

Sygn. akt I C 996/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 lutego 2016 roku

Sąd Rejonowy w Chełmnie Wydział I Cywilny

w składzie następującym :

Przewodniczący : SSR Julita Preis

Protokolant: sekr. sąd. Małgorzata Beska

po rozpoznaniu w dniu 17 lutego 2016 roku w Chełmnie

sprawy z powództwa A. K. (1)

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. z siedzibą w W.

o zapłatę

orzeka :

I. Oddala powództwo.

II. Zasądza od powoda A. K. (1) na rzecz pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. kwotę (...),36 z (jeden tysiąc sto dwadzieścia cztery złote trzydzieści sześć groszy) z tytułu kosztów procesu.

I C 996/14

UZASADNIENIE

Powód A. K. (1) w pozwie skierowanym przeciwko pozwanemu (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. domagał się zasądzenia od pozwanego na jego rzecz kwoty 4500,00 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 24.10.2014 roku do dnia zapłaty oraz zwrotu poniesionych przez niego kosztów.

W uzasadnieniu swego żądania powód wskazał, że w dniu 19 listopada 2013 roku przeszedł zawał serca. Dochodzona kwota 4500,00 zł należy mu się z tytułu zawartej umowy pomiędzy nim a pozwanym. Z racji umowy (...) na (...) S.A. wypłaciło mu pieniądze za dni spędzone w szpitalu tj. 225,00 zł według stawek zawartych w umowie i za ciężką chorobę 112,50 zł , nie chce zaś wypłacić za przebyty zawał 4500,00 zł, sugerując się tym, że ten zawał jest wynikiem choroby, na którą wcześniej powód chorował w 2002 roku. Powód podniósł, że w 2011 roku podpisał z (...) na (...) S.A. nową umowę i w umowie , którą powód otrzymał zawarta jest m.in. wypłata z tytułu zawału serca. (...) na (...) S.A. wyciąga teraz jakiś podpunkty, których nikt nie okazywał powodowi przed podpisaniem nowej umowy. Powód wskazał, że po przybyciu zawału w 2002 roku wrócił do pracy na to samo stanowisko tj. kierowcy tira , bo lekarze stwierdzili, że jest na tyle wyleczony, że może normalnie pracować i do tej pory przepracował 11 lat. Powód wskazał też, że odkąd zaczął pracować tj. od 1976 roku zawsze był ubezpieczony grupowo w (...), w 2002 roku też opłacał im zakład pracy składki do (...) i były podobne warunki ubezpieczeniowe jak obecnie. W 2010 roku w zakładzie, w którym powód pracował zmieniła się dyrekcja i ta dyrekcja zarządziła zmianę ubezpieczyciela , ponieważ byli firmą holenderską to powiedziano im, że wszyscy muszą przejść do holenderskiego ubezpieczyciela A. . Powód nie chcąc kłopotów pracy zgodził się na przejście do tegoż ubezpieczyciela. Dopiero po interwencji związków zawodowych w firmie był możliwy powrót do (...), tylko, że firma nie chciała opłacać pracownikom składek do (...) i każdy kto chciał wrócić musiał sam opłacać składki ubezpieczeniowe. Pracownicy, którzy chcieli powrotu do (...) stworzyli wspólnotę,

do której i powód należał, żeby wynegocjować jak najlepsze warunki. Powód zdecydował się na powrót do (...) ze względu na bliskość tej placówki i na dobre warunki, które im zaproponowano. Było to 01 sierpnia 2011 roku. Powód nadmienił, że odwołał się od decyzji (...) na (...) S.A., którą mu przesłano i przedstawił swoje argumenty oraz swój punkt widzenia, jednakże otrzymał odpowiedź negatywną.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Zakład (...) na (...) S.A. z siedzibą W. wyniósł o oddalenie powództwa w całości oraz wyniósł o rozpoznanie sprawy z pominięciem przepisów o postępowaniu uproszczonym, a także o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swego stanowiska pozwany wskazał, że poza sporem pozostaje, iż powód na dzień 19.11.2013 roku był objęty grupowym ubezpieczeniem pracowniczym Typ P (...) zgodnie z polisą nr (...). Do umowy ubezpieczenia zastosowanie mają ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...) zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) S.A. numer (...) z dnia 26.06.2007 roku z późn. zm. Umowa ubezpieczenia obejmowała również dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby, do którego zastosowanie mają ogólne warunki dodatkowego u grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego P. (...) zatwierdzony uchwałą Zarządu (...) S.A. Numer (...) z dnia 11.07.2007 roku z późn. zm. Zgodnie z deklaracją z dnia 05.07.2011 roku powód przystąpił do umowy ubezpieczenia z dniem 01.08.2011 roku. W ubezpieczeniu na wypadek ciężkiej choroby przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego. Natomiast zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie zdiagnozowanie lub leczenie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności (...) S.A. ciężkich chorób wymienionych enumeratywnie § 4 ogólnych warunków ubezpieczenia. Świadczenie z tytułu wystąpienia ciężkiej choroby wynosi 4500 zł. W dniu 22.10.2014 roku powód zgłosił wystąpienie ciężkiej choroby załączając dokumentację medyczną. Z dokumentacji medycznej wynika, że powód już od 2002 roku był leczony z powodu choroby z powodu choroby serca. Pozwany decyzją z dnia 10.11.2014 roku odmówił wypłaty świadczenia wskazując w uzasadnieniu, iż zgodnie § 18 pkt 2 ogólnych warunków odpowiedzialność pozwanego nie obejmuje ciężkich chorób, które były następstwem chorób i stanów, jeżeli wystąpiły ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności pozwanego stosunku do ubezpieczonego. W wyniku ponownego rozpoznania sprawy pozwany podtrzymał swoje wskazując, iż w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego dnia 19.11.2013 roku stan na rozpoznanie „Zawał serca bez uniesienia odcinka ST ostry (19.11.2013r.) ; Angioplastyka balonowa restenozy w gałęzi marginalnej lewej t. wieńcowej (19.11.2013 r.). Stan po angioplastyce gałęzi marginalnej i diagonalnej z implantacją stentów (2002 r.) . Nadciśnienie tętnicze. Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa ”. Pozwany wskazał, iż fakt rozpoznania i leczenia u powoda choroby wieńcowej przed przystąpieniem do dodatkowego ubezpieczenia, której następstwem był przebyty w dniu 19.11.2013 r. zawał serca, uzasadnia odmowę przyznania świadczenia na podstawie § 18 pkt.2 o.w.u. Pozwany podniósł też, iż zgodnie z § 5 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ubezpieczonemu z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości 0,5 % sumy ubezpieczenia tj. 45 zł. Jednocześnie zgodnie z treścią dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego P. (...) z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym pozwany wypłaca 0,25% sumy ubezpieczenia tj. 22,50 zł. Powód zgłosił roszczenie w związku z pobytem w szpitalu w dniach od 19.11.2013 roku do 23.11.2013 roku tj. 5 dni z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego obejmującego pobyt w szpitalu spowodowanego chorobą. Pozwany decyzją z dnia 24.10.2014 roku przyznał kwotę 225 zł tytułem świadczenia. Jednocześnie powód zgłosił roszczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego P. (...) obejmującego pobyt w szpitalu spowodowany zawałem oraz krwotokiem. Pozwany decyzją z dnia 27.10.2014 roku przyznał kwotę 112, 50 zł. Pozwany podniósł, iż z tytułu pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem przysługuje za sam fakt, że ubezpieczony przebywał w szpitalu w związku z zawałem bez względu na to czy pozwany ponadto ponosi odpowiedzialnej za zawał z tytułu dodatkowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Tym samym nie zasługuje na uznanie zarzut, iż pozwanym wypłaca świadczenie z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego P. (...), obejmującego pobyt w szpitalu spowodowany zawałem uznał swoją odpowiedzialność tytułu ciężkiej choroby. Pozwany wskazał, że należy pamiętać, iż powód przystąpił do grupowego ubezpieczenia pracowniczego potwierdzonego polisą numer (...) z dniem 1 sierpnia 2011 roku. Złożenie deklaracji jest wyłącznie zgodą wyrażaną przez osobę zamierzającą skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z zawartej umowy ubezpieczenia grupowego, o której mowa w art. 829 k.c. oraz

zgoda na potrącanie składki. Zgoda wyrażana jest przed przystąpieniem do umowy i jest warunkiem korzystania z ochrony, co literalnie wynika z powołanego przepisu. Zgodnie z §18 ust. 1 i 2 o.w.u. odpowiedzialność pozwanego nie obejmuje ciężkich chorób, które były następstwem chorób stanów, które wystąpiły ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności pozwanego. Zapis ten jest czytelny nawet dla osoby nieposiadającej wykształcenia prawniczego. Pozwany podniósł także, że powód podpisując deklarację przystąpienia do ubezpieczenia w punkcie V deklaracji złożył oświadczenie, iż zapoznał się z warunkami ubezpieczenia. Ubezpieczenie to należy do kategorii ubezpieczenia osobowych, które nie mają charakteru odszkodowawczego, natomiast ubezpieczonemu przysługuje umówiona suma ubezpieczenia tj. 4500 zł (art. 805 § 2 pkt. 2 oraz art. 829 pkt. 2 k.c.). Jednocześnie zgodnie z § 33 ogólnych warunków ubezpieczenia grupowego pracowniczego Typ P (...) świadczenie jest wypłacane w terminie 30 dni od daty zgłoszenia zdarzenia. Powód zgłosił zdarzenie w dniu ludzie z tym 2 października 2014 roku, tym samym nieuprawnione jest odsetek od dnia 24.10.2014 roku.

Postanowieniem z dnia 04 sierpnia 2015 r. Sąd , na podstawie art . 505 ⁷ kpc postanowił sprawę rozpoznać z pominięciem przepisów o postępowaniu uproszczonym.

Sąd ustalił , co następuje:

A. K. (1) w dniu 05 lipca 2011 r. złożył deklarację przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) i ubezpieczeń dodatkowych zawartych przez Centrum (...) S.A. nr polisy (...). Składając deklarację A. K. (1) złożył też oświadczenie , że zapoznał się z warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki oraz wyraził zgodę na objęcie ubezpieczeniem na tych warunkach. Do umowy grupowego ubezpieczenia, do której przystąpił A. K. (1)

zastosowanie miały ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...) zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) S.A. nr (...) z dnia 26.06.2007 r. z późniejszymi zmianami . Umowa ubezpieczenia do której przystąpił A. K. (1) obejmowała również dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby, do którego zastosowanie ogólne warunki zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) S.A nr (...) z dnia 11.07.2007 r. Ponadto umowa ta obejmowała dodatkowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego ,do którego zastosowanie miały ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) SA nr (...) z dnia 11.07.2007 r. z późniejszymi zmianami oraz dodatkowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego P. (...) ,do którego zastosowanie miały ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego P. (...) , zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) SA nr (...) z dnia 11.07.2007 r. z późniejszymi zmianami. § 4 pkt. 1 . 1 o.w.u. dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby przewidywał , że zakres ubezpieczenia w podstawowym wariantcie obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności (...) S. A. ciężkiej choroby m.in. zawału serca, który oznacza martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego. Z kolei § 18 tychże o.w.u. przewidywał , że odpowiedzialność (...) SA nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do ubezpieczonego bądź były następstwem chorób lub stanów, które wystąpiły u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) SA w stosunku do ubezpieczonego. Umowa ubezpieczenia , do której przystąpił A. K. (1) przewidywała wypłatę świadczenia w przypadku wystąpienia ciężkiej choroby ubezpieczonego w kwocie 4500,00 zł.

A. K. (2) w dacie przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) i ubezpieczeń dodatkowych, co nastąpiło z dniem 01 sierpnia 2011 r. pracował w (...) spółce z o.o. Przez długi czas był ubezpieczony w (...) S.A. Jednakże był okres , że pracodawca A. K. (1) wymagał , żeby pracownicy byli ubezpieczeni w A. (...). Gdy była możliwa zmiana ubezpieczyciela A. K. (1) ponownie przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego z (...) S.A.

dowód: - kopia deklaracji przystąpienia -k.2

- propozycja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) i ubezpieczeń dodatkowych zawartych przez Centrum (...) S.A. – k.3

- zmiana polisy nr (...) – k.32

- ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...) zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) S.A. nr (...) z dnia 26.06.2007 r. z późniejszymi zmianami – k.33 – 35

- ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) S.A. nr. (...) z dnia 11.07.2007 r. – k. 36 -37

- ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) SA nr (...) z dnia 11.07.2007 r. z późniejszymi zmianami - k. 38 – 39

- ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego (...) zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) SA nr (...) z dnia 11.07.2007 r. z późniejszymi zmianami - k. 40 – 41

- zeznania powoda – k. 171 v

A. K. (1) w 2002 roku z objawami zaostrzenia choroby niedokrwiennej serca trafił do szpitala na Oddział (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w T. , gdzie w koronarografii stwierdzono rozsiane zmiany w łożysku wieńcowym z istotnymi zwężeniami w dwóch naczyniach. Wówczas wykonano u niego zabieg angioplastyki gałęzi diagonalnej i brzeżnej z implantacją stentów. W karcie informacyjnej z pobytu w szpitalu w T. wskazano , że u A. K. (1) rozpoznano chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, hyperlipidemię i otyłość. Od tego czasu A. K. (1) systematycznie leczył się i był pod opieką (...) s.c. w C. . Nadal pracował i był zdolny do pracy . Ponownie A. K. (1) przebywał na Oddziale (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w T. w okresie od 15.03 – 16.03.2007 r. W karcie informacyjnej z tego pobytu w szpitalu w rozpoznaniu u A. K. (1) stwierdzono : chorobę wieńcową stabilną , nadciśnienie tętnicze i hyperlipidemię . Zalecono dalsze leczenie zachowawcze. W listopadzie 2013 roku A. K. (1) trafił do (...) Szpitala Miejskiego w T. z powodu nawracających od kilku dni bóli zamostkowych, rozpoznano u niego zawał serca bez uniesienia ST. W wykonanej koronarografii stwierdzono nawrót zwężenia (restenozę) w obu implantowanych w 2002 roku stentach. Wykonano u niego powtórny angioplastykę gałęzi marginalnej. W badaniu echokardiograficznym stwierdzono istotny koncentryczny przerost mięśnia lewej komory, poszerzenie lewego przedsionka oraz obniżenie kurczliwości globalnej do 40%. W październiku 2014 r. A. K. (1) ponownie przebywał na Oddziale (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w T..

dowód: - potwierdzona kopie dokumentacji medycznej powoda – k. 53 – 99, k. 103 – 117 , k. 129 , k. 136 – 160

- kopia zaświadczenia lekarskiego powoda z dnia 22.10.2010 r. – k. 14

- zeznania powoda – k. 171 v

Dnia 22.10.2014 r. A. K. (1) zgłosił do (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. swoje roszczenia ,w związku z przebyciem w listopadzie 2013 r. zawałem serca i umową ubezpieczenia do której w 2011 r. przystąpił. (...) na (...) S.A. wypłacił A. K. (1) świadczenie za pobyt w szpitalu w kwocie 225,00 zł oraz świadczenie za pobyt w szpitalu spowodowany zawałem w kwocie 112,50 zł. W piśmie z dnia 10.11.2014 r. (...) na (...) S.A. poinformowało A. K. (1) , że świadczenie z tytułu ciężkiej choroby nie może zostać mu przyznane, gdyż podstawą do przyznania świadczenia jest umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzonych uchwałą nr UZ/340/2007 z dnia 11 lipca 2007 roku Zarządu (...) SA, ze zmianami, a zgodnie z § 18 pkt. 1 ogólnych warunków odpowiedzialność (...) SA nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego. Stanowisko to podtrzymał w piśmie z dnia 12.12.2014 r. po rozpoznaniu odwołania złożonego przez A. K. (1).

dowód: - akta szkodowe pozwanego , z których dowód Sąd przeprowadził na rozprawie w dniu 17 czerwca 2015 r.

- pisma pozwanego do powoda : z dnia 23.10.2014 r. i z dnia 27.10.2014 r. – k. 9 -10

- zeznania powoda – k. 171 v

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie dokumentów zebranych w sprawie wyżej szczegółowo opisanych , w tym na podstawie akt szkodowych pozwanego. Sąd oparł się także na zeznaniach powoda A. K. (2) (k. 171 v) , które są w ocenie Sądu co do zasady wiarygodne , gdyż znajdują potwierdzenie w pozostałym zebranym materiale dowodowym. Sąd oparł się również na opinii biegłego z dziedziny kardiologii lek. med. D. L. (k. 159 - 160) , która w ocenie Sądu jest wyczerpująca i określa podstawy w oparciu , o które biegły dokonał swych ustaleń. Z opinii biegłego jednoznacznie wynika , że sformułowania dotyczące otyłości powoda i nikotynizmu wynikają z wpisów w jego dokumentacji medycznej.

Sąd zważył co następuje :

Powód A. K. (1) dochodzi swych roszczeń od pozwanego jako ubezpieczony na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) i ubezpieczeń dodatkowych , zgodnie z polisą nr (...).

Zgodnie z art. 805 § 1 kc przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Pozwany odmówił spełnienia świadczenia powodowi powołując się na to , że warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia powoda na wypadek ciężkiej choroby, do której zaliczane jest także wystąpienie u ubezpieczonego zawału serca, regulują ogólne warunki zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) S.A nr (...) z dnia 11.07.2007 r. § 18 tychże o.w.u. przewiduje, że odpowiedzialność (...) SA nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do ubezpieczonego bądź były następstwem chorób lub stanów, które wystąpiły u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) SA w stosunku do ubezpieczonego. Powód przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby dnia 01 sierpnia 2011r. Sąd ustalił , że stanowisko pozwanego odmawiające powodowi wypłaty świadczenia z tytułu ciężkiej choroby – przebytego zawału serca - w kwocie 4500 zł z uwagi na wyłączenie przewidziane w § 18 w/w o.w.u. jest uzasadnione , znajduje ono bowiem potwierdzenie w zebranej dokumentacji medycznej powoda i w opinii biegłego z dziedziny kardiologii lek. med. D. L., z których wynika, że przebyty przez powoda w listopadzie 2013 r. zawał serca jednym z wielu epizodów w przebiegu toczącego się w organizmie powoda procesu chorobowego już co najmniej od 2002 roku. Wystąpienie zawału w 2013 roku było bowiem następstwem postępującego u powoda schorzenia pod postacią miażdżycy naczyń wieńcowych, podobnie jak zdarzenie w 2002 r. , kiedy powód trafił do szpitala na Oddział (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w T. czyli było następstwem chorób lub stanów, które wystąpiły u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...).

Powód podniósł także zarzut , że pozwany powołuje się na jakieś podpunkty , o których nikt go przed podpisaniem deklaracji nie informował. Jednakże składając deklarację dnia 05.07.2011 r. A. K. (1) złożył też oświadczenie , że zapoznał się z warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki oraz wyraził zgodę na objęcie ubezpieczeniem na tych warunkach. Nadto powód A. K. (1) przystąpił do ubezpieczenia grupowego. W ubezpieczeniach grupowych , w okresie , gdy powód przystępował do umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel był zobowiązany jest przekazać ogólne warunki ubezpieczenia jedynie ubezpieczającemu . Ustawodawca w celu zabezpieczenia interesów ubezpieczonych wprowadził specjalne uregulowania dotyczące przekazywania ubezpieczonym istotnych informacji dotyczących umowy, w ramach której są objęci ochroną ubezpieczeniową , zgodnie bowiem z art. 13 ust. 3 b obowiązującej do dnia 31 grudnia 2015 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej ubezpieczający obowiązany był do przekazania ubezpieczonemu informacji określonych w ust. 2- 3a tegoż artykułu.

Mając na uwadze powyższe ustalenie Sąd stwierdził , że żądanie powoda jest niezasadne i w punkcie I sentencji orzeczenia oddalił powództwo.

W punkcie II wyroku Sąd zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 1124,36 zł z tytułu kosztów procesu, na podstawie 98 kpc . Sąd uwzględnił koszty zastępstwa procesowego pozwanego w wysokości 600,00 zł, ustalone na podstawie § 2 i § 6 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za

czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tj. Dz. U z 2013 r. , poz. 490 ze zmianami), przy uwzględnieniu § 21 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U z 2015 r. , poz. 1804), poniesioną opłatę skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł oraz wykorzystaną zaliczkę na wydatki, w pozostałym zakresie zaliczka zostanie zwrócona.