

**Sygn. akt I C 316/17**

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

31 października 2018 roku

Sąd Rejonowy w Wąbrzeźnie – Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Izabela Foksińska

Protokolant: starszy sekretarz sądowy Arleta Ratajczak

po rozpoznaniu w dniu 31 października 2018 roku na rozprawie

sprawy z powództwa **P. W.**

przeciwko **(...) na (...) Spółce akcyjnej w W.**

o zapłatę

I. zasądza od pozwanej (...) na (...) Spółki akcyjnej w W. na rzecz powoda P. W. kwotę 5.503,84 zł (pięć tysięcy pięćset trzy złote i osiemdziesiąt cztery grosze) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 22 marca 2017 roku do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanej (...) na (...) Spółki akcyjnej w W. na rzecz powoda P. W. kwotę 3.016,25 zł (trzy tysiące szesnaście złotych i dwadzieścia pięć groszy) tytułem zwrotu kosztów postępowania;

III. nakazuje pobrać od pozwanej (...) na (...) Spółki akcyjnej w W. na rzecz Skarbu Państwa (Sadu Rejonowego w Wąbrzeźnie) kwotę 116,32 zł (sto szesnaście złotych i trzydzieści dwa grosze) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

**Sygn. akt I C 316/17**

## UZASADNIENIE

W dniu 22 marca 2017 roku powód P. W., działając przez pełnomocnika będącego radcą prawnym, domagał się zasądzenia od pozwanego (...) na (...) Spółki akcyjnej w W. kwoty 5.503,84 złote wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz zasądzenia od pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. W uzasadnieniu żądania pozwu jego autor wyjaśnił, że jako pracownik (...) w C. podlegał grupowemu ubezpieczeniu na życie i na wypadek ciężkiej choroby oraz na wypadek leczenia szpitalnego (...)w (...) na (...) S.A. w W.. W dniu 19 maja 2015 roku powód został przyjęty do szpitala z rozpoznaniem zawału mięśnia sercowego (...) z implantacją dwóch stenów. Był hospitalizowany do dnia 25 maja 2015 roku. Lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uznał powoda za częściowo niezdolnego do pracy.

Powód wystąpił do pozwanego o wypłatę kwoty ubezpieczenia. Pozwany przyznał powodowi świadczenie z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, natomiast – decyzją z dnia 24 czerwca 2015 roku – odmówił spełnienia świadczenia z tytułu ciężkiej choroby uznając, że zawał, który przeszedł nie odpowiada definicji zawału serca zawartej w § 4 ust. 1 pkt 1 OWU. Wskazał, że powód nie przeżył zawału serca, albowiem stwierdzona u niego ciężka choroba nie spełnia dwóch z trzech elementów definicji zawału serca sformułowanych w OWU, mianowicie

nie wystąpiły u niego zmiany w zapisie EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia oraz nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości.

Tymczasem definicja "zawału serca" stosowana przez pozwanego była już przedmiotem analizy Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. W decyzji z dnia 10 grudnia 2010 roku uznał on, iż narusza ona zbiorowe interesy konsumentów. Dalej powód wywodził, że obecna definicja "zawału serca" określona w OWU jest niezgodna ze stanowiskiem (...) Towarzystwa (...), (...) Towarzystwa (...) czy (...) Stowarzyszenia (...), wedle których wystarczające jest pojawienie się jednego z objawów określonych w OWU. Zatem wyłączenia odpowiedzialności pozwanego nie wiążą powoda, gdyż OWU wprowadza pojęcia niedokreślone, niejednoznaczne, niezgodne z wiedzą medyczną i de facto z nomenklaturą medyczną. Należy je tłumaczyć na korzyść konsumenta.

Na dochodzone pozwem żądanie składa się: kwota 5.000 zł za przebycie ciężkiej choroby – zawału serca oraz kwota 503,84 zł tytułem skapitalizowanych odsetek za opóźnienie za okres od dnia 24 czerwca 2015 roku do dnia 6 marca 2017 roku.

W dniu 28 marca 2018 roku Sąd Rejonowy w Wąbrzeźnie wydał nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym, w którym uwzględnił żądanie pozwu i orzekł o kosztach procesu.

Od powyższego nakazu zapłaty pozwany, działając przez pełnomocnika będącego radcą prawnym, wniósł sprzeciw, w którym zaskarżył nakaz zapłaty w całości, domagając się oddalenia powództwa a także zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych. Uzasadniając swoje stanowisko strona pozwana przyznała, że powód w ramach umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego na wypadek ciężkiej choroby przystąpił do ubezpieczenia na warunkach określonych w ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, a strona pozwana zobowiązała się do zapłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zawału serca szczegółowo zdefiniowanego w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Wskazała, że żądanie powoda jest bezzasadne, gdyż odpowiedzialność pozwanego ma charakter odpowiedzialności kontraktowej. Winna być zatem oceniana wyłącznie w oparciu o ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 1 ogólnych warunków tegoż ubezpieczenia pozwany ponosi odpowiedzialność za zawał serca, który powoduje wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej), zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia oraz nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych. Na podstawie historii choroby i dokumentacji medycznej powoda pozwany przeprowadził postępowanie wyjaśniające. Ustalił, iż w badaniu echokardiograficznym nie stwierdzono zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego a w zapisie EKG nie stwierdzono zmian typowych dla nowo powstałego niedokrwienia. Wobec tego pozwany odmówił wypłaty świadczenia.

Pozwany wskazał, iż niezależnie od powyższego definicja zawału serca sformułowana w OWU jest zgodna z obowiązującymi kryteriami rozpoznawania świeżego zawału serca opracowanymi przez (...), (...) i (...). Zgodnie z nimi do rozpoznania zawału serca upoważnia wzrost biomarkerów sercowych oraz jeden z wykładników mięśnia sercowego, tj. objawy kliniczne, zmiany niedokrwienne w EKG lub odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych.

Skoro powód przed zawarciem umowy ubezpieczenia posiadał wiedzę, iż nie otrzyma świadczenia za każdy zawał serca a tylko za taki, który spełnia kryteria określone treścią zawartej umowy ubezpieczenia, a nadto nie podnosił wątpliwości co do zakresu ubezpieczenia, to oznacza, iż zapis ten zrozumiał.

W odpowiedzi na sprzeciw od nakazu zapłaty powód podtrzymał swoje stanowisko, W., że zawarta przez stronę pozwaną definicja zawału serca przyjęta w § 4 ust. 1 pkt 1 OWU stanowi postanowienie abuzywne, albowiem: nie zostało uzgodnione indywidualnie z konsumentem, nie określa jednoznacznie głównych świadczeń stron oraz kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne).

W toku postępowania strony podtrzymały swoje stanowiska.

**Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

P. W. objęty był grupowym ubezpieczeniem pracowniczym na podstawie umowy zawartej przez (...) Zakład (...) na (...) S.A. w W. oraz (...) w C.. Przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie ubezpieczonego a wśród ciężkich chorób, które objęto zakresem ubezpieczenia był między innymi zdiagnozowany zawał serca lub zawał serca, którego rozpoczęto leczenie (§ 4 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 1 i 3 OWU). W razie wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego w postaci ciężkiej choroby sumę ubezpieczenia określono na 5.000 złotych.

(dowód: okoliczności bezsporne a nadto: polisa nr (...) k. 16, deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia k. 19, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby k. 11-14, oferta dla pracowników (...) k. 15, ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego (...) k. 47-48)

W dniu 19 maja 2015 roku P. W. przyjęty został do Wojewódzkiego Szpitala (...) w T. na Oddział Kardiologii i Intensywnego N. Kardiologicznego, gdzie przebywał do dnia 25 maja 2015 roku i gdzie stwierdzono, że doznał zawału serca. Wobec złego samopoczucia w okresie od 16 czerwca 2015 roku do 7 lipca 2015 roku przechodził rehabilitację po doznanym zawale serca w Samodzielnym Publicznym ZOZ w R., gdzie miał wykonane zabiegi fizjoterapii i kinezyterapii.

P. W. w dniu 19 maja 2015 roku doznał zawału serca (...) z implantacją dwóch stentów.

(dowód: karta informacyjna z leczenia szpitalnego k. 76 i k. 83-102, dokumentacja leczenia szpitalnego k. 61-67, 69-75, k. 78-82 i k. 103, zaświadczenie k. 68, karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 77, opinia biegłego z zakresu kardiologii k. 151-157 i k. 192-194)

Do stwierdzenia zawału serca (zgodnie z definicją obowiązującą lekarzy wszystkich specjalizacji na całym świecie - uznaną i zalecaną przez (...)) tzw. "Uniwersalną, trzecią definicją zawału serca" konieczne jest:

a) wykrycie wzrostu i/lub spadku biomarkera sercowego (najlepiej troponiny sercowej lub innego biomarkera np. CK-MB)

oraz spełnienie conajmniej jednego z kryteriów:

b) objawy niedokrwienia,

c) nowe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST-załamka T (ST-T) lub nowy blok lewej odnogi pęczka H. ( (...)),

d) powstanie patologicznych załamków Q w EKG,

e) nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,

f) obecność zakrzepu w tętnicy sercowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub autopsji.

U P. W. wystąpiły: a) wzrost troponiny powyżej normy, b) objawy niedokrwienia, c) nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości stwierdzone w badaniu echokardiograficznym. Doszło u niego do zawału serca z typowymi objawami, spełniającymi w sposób niewątpliwy kryteria konieczne do rozpoznania zawału serca.

(dowód: opinia biegłego k. 151- 157 i k. 192-194, wydruk z (...) k. 121)

Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 1 OWU dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby (...) na (...) S.A. w W. zakres ubezpieczenia obejmuje zawał serca, który powoduje wzrost lub spadek podwyższonego stężenia

biomarkerów sercowych z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: a) objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej), b) zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia, c) nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych.

Wymienione kryteria zawału serca nie są zgodne z obowiązującymi kryteriami rozpoznania świeżego zawału serca opracowanymi przez Polskie, (...) i (...) Towarzystwo (...).

(dowód: ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby k. 11-14, opinia biegłego k. 151-157 i k. 192-194)

W dniu 3 czerwca 2015 roku wystąpiono do (...) na (...) S.A. w W. z żądaniem wypłaty na rzecz P. W. świadczenia z uwagi na zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

(dowód: zgłoszenie k. 51-52, potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia k. 119)

Decyzją z dnia 24 czerwca 2015 roku (...) Zakład (...) na (...) S.A. w W. odmówił wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia. Powodem nieuznania roszczenia było przyjęcie przez ubezpieczyciela, że zawał serca, którego doznał P. W., nie spełnia definicji zawału mięśnia sercowego zawartej w Ogólnych Warunkach Grupowego (...), tj. nie wystąpiły zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia oraz nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych. Mimo kilkukrotnego odwołania się od tej decyzji przez P. W., ubezpieczyciel podtrzymał swoje stanowisko.

(dowód: pismo z dnia 4 stycznia 2017 roku k. 21, pismo z dnia 15.12.2016r. k. 22, pismo z dnia 31.07.2015r. k. 23, pismo z dnia 24.06.2015r. k. 24, pismo z dnia 20.07.2015r. k. 49, pismo z dnia 15.12.2016r. k. 50, odwołanie z dnia 10.07.2015r. k. 109, pismo z dnia 3.06.2015r. k. 119).

Lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uznał P. W. za częściowo niezdolnego do pracy wskutek przebytego w dniu 19 maja 2015 roku zawału serca: w dniu 31 grudnia 2016 roku do dnia 31 grudnia 2016 roku a w dniu 2 stycznia 2017 roku do dnia 1 stycznia 2020 roku.

(dowód: orzeczenia k. 25-26 i k. 27-28, dokumentacja medyczna k. 57-68)

### **Sąd zważył co następuje:**

Powództwo jako uzasadnione należało uwzględnić.

Podstawą rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie była umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby potwierdzona deklaracją przystąpienia do ubezpieczenia pracowniczego TYP P plus z dnia 29 grudnia 2011 roku, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzone uchwałą nr (...) Zarządu (...) S.A. z dnia 11 lipca 2007 roku (kod warunków (...), na który wskazano w polisie, jak i pismach odmawiających przyznania odszkodowania) i art. 805 kc oraz art. 808 § 1 i 3 kc.

W myśl art. 805 § 1 i 2 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. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie: przy ubezpieczeniu majątkowym – określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku, a przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Zgodnie z art. 808 § 1 kc, ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Zatem w kodeksie cywilnym jednoznacznie ustanowiono, że zakres ubezpieczenia i przesłanki wypłaty odszkodowania mają wynikać z umowy.

W ramach umowy ubezpieczenia pozwany przyjął na siebie odpowiedzialność za wystąpienie u powoda zawału serca, który nastąpił w okresie ubezpieczenia. W § 4 ust. 1 pkt 1 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zdefiniowano przedmiot ubezpieczenia w postaci „zawału serca” jako zawał serca, który powoduje wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej), zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia oraz nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych.

W sprawie bezspornym było, że powód jako pracownik podlegał dodatkowemu ubezpieczeniu w ramach grupowego ubezpieczenia pracowników Przedsiębiorstwa (...) w C. na wypadek ciężkiej choroby, którą był między innymi zawał serca, a umowa przewidywała, iż ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia zawału serca przysługuje świadczenie od ubezpieczyciela w wysokości 5.000,00 zł. Niekwestionowaną okolicznością było również, że w okresie objętym ubezpieczeniem powód uległ chorobie, w związku z którą był hospitalizowany a następnie poddany rehabilitacji. Należy wskazać, że oświadczenia stron w tym zakresie były zgodne, dlatego mogły stanowić podstawę ustaleń stanu faktycznego. Stosownie do art. 229 kpc nie wymagają dowodu fakty przyznane w toku postępowania przez stronę przeciwną, jeżeli przyznanie nie budzi wątpliwości, co do swej zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy. Ponadto potwierdziły je dokumenty w postaci polisy, deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i kart informacyjnych z leczenia szpitalnego. Sporną była wyłącznie ocena doznanego przez powoda schorzenia, mianowicie czy zdiagnozowane objawy wyczerpały znamiona zawału serca określonego w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby i w związku z tym czy wystąpiły podstawy do wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

Powód stał na stanowisku, że z medycznego punktu widzenia doznał zawału serca, w związku z tym doszło do wypadku ubezpieczeniowego i podstawy wypłaty odszkodowania. Strona pozwana natomiast twierdziła, że w § 4 ust. 1 pkt 1 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby wskazano dokładne warunki, jakie ma spełniać schorzenie, aby zakwalifikować je jako zawał serca stanowiący podstawę wypłaty świadczenia, a schorzenie powoda tych warunków nie wypełniło.

Jak wynika z dokumentacji medycznej zebranej w przedmiotowej sprawie powód przebył świeży zawał mięśnia sercowego. Prawdziwość i rzetelność tej dokumentacji nie była kwestionowana w toku przedmiotowej sprawy. Mimo to pozwany pismem z dnia 24 czerwca 2016 roku uznał, iż stwierdzony u powoda zawał mięśnia sercowego nie spełnia definicji zawartej w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Tym samym, mimo rozpoznania przez lekarzy przyjmujących powoda do szpitala, pozwany niejako kwestionował postawioną diagnozę uznając, iż w dokumentacji medycznej nie ma danych wskazujących na ciężką chorobę określoną w treści § 4 ust. 1 pkt 1 OWU.

W oparciu o sporządzoną na potrzeby sprawy opinię biegłego sądowego z zakresu kardiologii dr. n. med. J. S. Sąd ustalił, że zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną w dniu 19 maja 2015 roku powód bez wątpienia doznał zawału serca. Wystąpiły u niego objawy wskazujące jednoznacznie na wystąpienie zawału serca.

Wskazać przy tym należy, że z istoty celu dowodu z opinii biegłego wynika, że jeśli rozstrzygnięcie sprawy, jak w tym przypadku, wymaga wiadomości specjalnych, dowód z opinii biegłego jest konieczny. W takim przypadku Sąd nie może poczynić ustaleń sprzecznych z opinią biegłego, jeśli jest ona prawidłowa i jeśli odmienne ustalenia nie mają oparcia w pozostałym materiale dowodowym. Zdaniem Sądu opinia biegłego co do kwalifikacji schorzenia powoda według wskazań aktualnej wiedzy medycznej znajduje oparcie w materiale dowodowym w postaci informacji z leczenia szpitalnego. Sąd oparł na niej ustalenia odnośnie uznania schorzenia powoda za zawał serca. W pozostałej części opinii biegły odniósł się do definicji zawału serca zawartej w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, którą kwestionował powód jako sprzeczną z powszechnym rozumieniem tego schorzenia. Z opinii tej wynika, że definicja zawału serca ustalona przez stronę pozwaną w OWU jest błędna i niezgodna z powszechną definicją tzw. „Trzecią uniwersalną definicją zawału serca”. Opinia ta jest zgodna z zasadami

logiki i wiedzy powszechnej. Osoba ją sporządzająca dysponuje wysokim poziomem wiedzy. Sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w opinii wniosków nie budził zastrzeżeń sądu. Przyjęte przez autorkę opinii wnioski zostały w logiczny i spójny sposób uzasadnione w oparciu o wskazania wiedzy z zakresu medycyny. Biegły w sposób jasny, wyczerpujący i przekonujący ustosunkował się do wszystkich uwag i zastrzeżeń pozwanego na piśmie, dlatego sąd oparł się na niej, rozstrzegając sprawę.

Jak wynika z treści opinii biegłego z zakresu kardiologii rozpoznanie zawału mięśnia sercowego może nastąpić jedynie na podstawie objawów klinicznych sugerujących niedokrwienie oraz wzrostu T.. W tym zakresie opinia biegłego z zakresu kardiologii jest jednoznaczna i nie była kwestionowana przez żadną ze stron procesu. Zarówno powód, jak i strona pozwana uznały stwierdzenie biegłego w tym zakresie za prawidłowe. Poza tym, jak w wskazał w swojej opinii biegły, w przypadku osób chorych ze zmianami odcinka ST w badaniu elektrokardiograficznym lub odcinkowym obniżeniem czy też brakiem kurczliwości mięśnia sercowego w badaniu echokardiograficznym ze względu na ich dynamiczny charakter, należy rozpoznać zawał serca także w razie prawidłowego obrazu badania EKG i prawidłowej kurczliwości mięśnia sercowego w badaniu echokardiograficznym. Tak było w przypadku powoda. W wykonanym w dniu 18 maja 2015 roku badaniu echokardiograficznym stwierdzono u P. W. odcinkowe zaburzenia kurczliwości środkowego segmentu ściany dolnej wskutek zwężenia jednej z tętnic wieńcowych stwierdzonych w późniejszej koronarografii. Jedynie szybki zabieg angioplastyki tętnic w dniu 19 maja 2015 roku spowodował, że w badaniu obrazowym już nie stwierdzono zaburzeń kurczliwości.

Zatem w toku postępowania strona powodowa zdołała wykazać, że ciężka choroba jakiej doznał powód w dniu 19 maja 2015 roku mieści się w zakresie definicji zawału serca stosowanej przez pozwaną we wzorcu umownym.

Z przedstawionej przez stronę powodów dokumentacji medycznej P. W. jednoznacznie wynika, że podczas hospitalizacji w dniu 19 maja 2015 roku zdiagnozowano u powoda ostry zawał serca, która wypełnia definicję odrębnej ciężkiej choroby sformułowaną w OWU. Skoro do tego zdiagnozowania doszło w okresie objętym odpowiedzialnością (...) S.A. powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości i dlatego orzeczono jak w pkt I wyroku.

W tym miejscu wskazać należy, że Sąd oddalił wniosek dowodowy pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego sądowego z zakresu kardiologii na okoliczność, że zawał serca u powoda nie stanowi ciężkiej choroby, albowiem - w ocenie Sądu - dowód ten zmierzał wyłącznie do przedłużenia postępowania i nieuzasadnionego generowania jego kosztów. Biegła udzieliła odpowiedzi na wszystkie pytania pełnomocnika w opinii uzupełniającej. Fakt, że treść i wnioski opinii nie są satysfakcjonujące dla strony nie może przesądzać o zasadności dopuszczenia kolejnego dowodu z opinii biegłego.

Niezależnie od powyższego wskazać należy, iż wobec zastosowania przez pozwanego wzorca umowy w postaci ogólnych warunków umownych, uwzględnić należało również przepisy dotyczące ochrony konsumenta w przypadku ich niejednoznacznego sformułowania (art. 384 § 1 kc w zw. z art. 385 § 2 kc).

Zgodnie z treścią art. 15 ust. 3 i 5 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. z 2018r., poz. 999 ze zm.) umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy są formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Postanowienia umowy ubezpieczenia, ogólnych warunków ubezpieczenia oraz innych wzorców umowy sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczyciel jako profesjonalista oraz autor ogólnych warunków ubezpieczenia ma obowiązek sformułować je precyzyjnie i dlatego w razie niejasności czy wątpliwości co do poszczególnych postanowień tych warunków, należy je interpretować na korzyść ubezpieczającego; byłoby bowiem sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, by niekorzystne konsekwencje wadliwej i niedbałej redakcji tych postanowień obciążały ubezpieczających. Pogląd taki przyjmowany jest od dawna w judykaturze (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 września 1998r., III CKN 605/97, LexPolonica nr 405187 oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2003r., IV CKN 1858/2000, Monitor Prawniczy 2006/3, str. 149 i z dnia 31 marca 2000r., II CKN 783/98, niepubl.)

Powyższe uregulowanie nawiązuje do treści art. 385 § 2 kc, który stanowi z kolei, że wzorzec umowy powinien być sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a w przypadku postanowień niejednoznacznych tłumaczy się je na korzyść konsumenta.

W ocenie Sądu wprowadzenie w OWU ubezpieczyciela definicji zawału serca zawierającej kilka przesłanek medycznych jest postanowieniem niejednoznaczny w rozumieniu art. 385 § 2 kc i jako takie, zgodnie z tym przepisem, winno być tłumaczone na korzyść konsumenta.

Należy mieć na uwadze, że wprowadzone przez stronę pozwaną w OWU kryteria uznania zdarzenia za zawał serca jest błędne i niezgodne z obowiązującą wiedzą medyczną, co wynika z opinii biegłego sądowego z zakresu kardiologii.

Godzi się zważyć, że powód pozostawał w przekonaniu, że zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest doznanie zawału serca. W powszechnym odczuciu zawał serca jest określonym zdarzeniem, którego wystąpienie stwierdza w rozpoznaniu lekarz. Osoba nie dysponująca specjalistyczną wiedzą medyczną nie wie, że schorzenie to charakteryzować się może różnymi objawami. Postanowienia OWU pozwanego w zakresie definicji zawału serca uznać należy za niejasne, wieloznaczne, mylące i obiektywnie niezrozumiałe dla przeciętnego adresata a użycie przez stronę pozwaną w OWU niejednoznacznych postanowień umownych skutkowało objęciem ochroną ubezpieczeniową tylko niektórych zawałów, z których wystąpieniem wiązały się nie towarzyszące zawsze temu schorzeniu objawy.

Ponadto, stosownie do art. 385<sup>1</sup> § 1 kc postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Jako, że umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną, to przy wykładni jej postanowień nie można tracić z pola widzenia tego jej zasadniczego celu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2002r., IV CKN 1421/00, niepubl.).

Za niezgodnione indywidualnie ustawodawca określił te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta (art. 385<sup>1</sup> § 3 kc). W niniejszej sprawie bezsporne jest, że powód jako konsument, przystępując do grupowego ubezpieczenia, nie miał wpływu na postanowienia umowy oraz na ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia. Umowa bowiem została zawarta w ramach ubezpieczenia grupowego a nie ubezpieczenia indywidualnego.

Przez „dobre obyczaje” w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 kc należy rozumieć pozaprawne reguły postępowania niesprzeczne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami. W tym aspekcie, odnosząc się do wzorca przeciętnego konsumenta, należy stwierdzić, że konsument zwraca uwagę na zakres ubezpieczenia, ale nawet jeśli zapozna się z powołanymi wyżej definicjami, nie może mieć wiedzy o tym, że definicja zawału narzucona przez stronę pozwaną w ogólnych warunkach ubezpieczenia jest nieadekwatna do współczesnej wiedzy medycznej i że w istocie prowadzi do objęcia ochroną ubezpieczeniową jedynie szczególnych, rzadziej występujących przypadków. Mając na uwadze, że dla przeciętnego konsumenta, działającego w zaufaniu do zakładu ubezpieczeń, podana przez ubezpieczyciela definicja jest zgodna z aktualnym stanem wiedzy medycznej, to może on sądzić, że zawierając umowę ubezpieczenia jest również ubezpieczony na wypadek wystąpienia zawału serca.

Bacząc na dysproporcję ekonomiczną pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym należało uznać, że określona w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby definicja zawału serca naruszała interesy konsumentów. Pozwany w sposób nieuprawniony w ogólnych warunkach ubezpieczenia określił definicję zawału mięśnia sercowego, ograniczając tym samym możliwość wypłaty świadczenia w sposób nieuzasadniony w sytuacji, kiedy nie wystąpiły łącznie określone w OWU objawy zawału mięśnia sercowego, a mimo to doszło do takiego zawału u ubezpieczonego. Przyjęcie takich rozwiązań przez ubezpieczyciela bezpodstawnie ogranicza

możliwości wypłaty świadczenia w sytuacji, kiedy dochodzi do zdarzenia ubezpieczeniowego tj. ciężkiej choroby w postaci zawału mięśnia sercowego.

Reasumując, postanowienie umowne zawarte w § 4 ust. 1 pkt 1 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby w zakresie ograniczenia odpowiedzialności tylko co do rzadziej występujących przypadków zawału serca należałoby uznać za spełniające przesłanki abuzywności, a przez to za niedopuszczalne. W konsekwencji uznania za niedozwolone postanowień umowy byłyby one wyłączone z umowy (art. 385<sup>3</sup> kc) i nie wiązałyby powoda, a ponieważ z opinii biegłego z zakresu kardiologii wynika, że powód z medycznego punktu widzenia przeżył zawał serca, to należałoby uznać, że wypełniły się warunki wypadku ubezpieczeniowego uzasadniającego wypłatę odszkodowania.

Za zasadne zatem należy uznać żądanie powoda o wypłatę świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia. Nie można bowiem w świetle powyższego uznać za wiążące postanowień § 4 ust. 1 pkt 1 OWU jako rażąco naruszających interesy ubezpieczonego.

Kwota świadczenia wynikająca z zawartej umowy ubezpieczenia nie była sprzeczna pomiędzy stronami. Zgodnie z treścią art. 817 § 1 kc ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Jak wynika z dokumentacji zawartej w aktach szkody zgłoszenie żądania wypłaty świadczenia miało miejsce w dniu 3 czerwca 2015 roku. Tym samym bieg skapitalizowanych odsetek od uwzględnionej kwoty rozpoczął się w dniu 4 lipca 2015 roku i zakończył dnia 6 marca 2017 roku. Odsetki ustawowe za okres od 4.07.2015r. do 31.12.2015r. wyniosły 197,26 zł a odsetki ustawowe za opóźnienie za okres od 1.01.2016r. do 7.03.2017r. wyniosły 413,29 zł, co łącznie stanowiło kwotę 610,55 zł.

Wobec powyższego Sąd uwzględnił żądanie powoda, tak co do zasądzenia kwoty 5.000 zł jak i odsetek, o których orzeczono stosownie do treści art. 481 kc i art. 482 kc w związku z art. 817 kc. Powód wniósł o zasądzenie odsetek od dnia wniesienia pozwu.

Rozstrzygnięcie o kosztach zapadło na podstawie art. 98 § 1 kpc oraz przepisów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz. U. z 2018r., poz. 265 ze zm.). Strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Powód wygrał proces w całości wobec czego strona pozwana obowiązana jest zwrócić mu koszty procesu w wysokości 3.016,25 zł (na które składają się: kwota 250 zł tytułem opłaty sądowej od pozwu, kwota 17 zł tytułem opłaty skarbowej od złożenia pełnomocnictwa, kwota 1.800 zł z tytułu kosztów zastępstwa procesowego, kwota 149,25 zł tytułem zwrotu kosztów dojazdu pełnomocnika powoda oraz 1.600,00 zł kosztów opinii biegłego sądowego).

Ponieważ koszt przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego przekroczył zaliczkę wniesioną przez strony, Sąd na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2018r., poz. 300 ze zm.) wydatkami poniesionymi tymczasowo przez Skarb Państwa obciążył pozwanego jako przegrywającego spór. Na wydatki te złożyły się koszt opinii biegłego w wysokości 116,32 zł.

Mając powyższe na uwadze, orzeczono jak w sentencji wyroku.

## ZARZĄDZENIE

1/(...)

-(...)

(...)

2/(...)



W., 21/11/2018 roku