

Sygn. akt: I C 746/18

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 grudnia 2018 r.

Sąd Rejonowy w Zawierciu I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Agnieszka Wolak
Protokolant:	stażysta Sylwia Duma-Syrek

po rozpoznaniu w dniu 14 grudnia 2018 r. w Zawierciu

sprawy z powództwa E. B.

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

o zapłatę

- zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. w W. na rzecz powoda E. B. kwotę 2 000,00 (dwa tysiące) zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 27.02.2018r. do dnia zapłaty;
- zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. w W. na rzecz powoda E. B. kwotę 30,00 (trzydzieści) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania.

Sygn. akt I C 746/18

## UZASADNIENIE

Powód E. B. wystąpił z pozwem przeciwko pozwanemu (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. o zapłatę kwoty 2 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 lutego 2018r. do dnia zapłaty. W uzasadnieniu pozwu wskazał, że w okresie od 8 do 21 lutego 2018r. przebywał na leczeniu szpitalnym w Szpitalu w G. na Oddziale Reumatologicznym z tego powodu, że choruje na reumatoidalne zapalenie stawów. Po pobycie w Szpitalu powód przebywał jeszcze na zwolnieniu lekarskim do dnia 4 marca 2018r. W związku z tym, że powód był objęty dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego, zgłosił on do pozwanego roszczenie o wypłatę określonych świadczeń, który jednakże odmówił wypłaty, uznając, że powód był na rehabilitacji.

Pozwany (...) Zakład (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na swoją rzecz od powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazywał, powołując się na treść § 19 ust. 1 pkt 14 owu (...), na zasadność odmowy wypłaty powodowi świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu pobytu w szpitalu w związku z leczeniem nie z powodu choroby ale pobytem rehabilitacyjnym. Z ostrożności procesowej pozwany zakwestionował także wysokość roszczenia.

W dalszym toku procesu strony podtrzymały swoje stanowiska procesowe.

Postępowanie w sprawie prowadzono w trybie uproszczonym.

### **Sąd Rejonowy ustalił co następuje:**

Powód E. B. przebywał w okresie od 8 do 21 lutego 2018r. w Szpitalu (...) wchodzącym w skład (...) Sp. z o.o. w G. na Oddziale Reumatologicznym na podstawie skierowania do szpitala wydanego przez lekarza POZ z adnotacją „pilne”, celem leczenia ostrego rzutu choroby reumatoidalnej - nasilenia się jej objawów. Powód choruje na reumatoidalne zapalenie stawów od 15 lat. Pobyt i leczenie w Oddziale miały charakter szpitalny. U powoda rozpoznano sero-dodatnie reumatoidalne zapalenie stawów, chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa z dyskopatią i osteoporozę. U powoda zastosowano leczenie fizjoterapeutyczne, dietetyczne oraz farmakologiczne. Wykonano szereg badań dodatkowych (EKG, USG jamy brzusznej, USG barków, Rtg rąk, stóp, kręgosłupa lędźwiowego a-p i boczne, badania laboratoryjne). Powód został wypisany ze Szpitala z zalecaniami m.in. dalszej kontroli i leczenia w Poradni Reumatologicznej, kontynuacji leczenia w Poradni Gastrologicznej i POZ, diety pełnowartościowej z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych, regularnej kontroli ciśnienia tętniczego, kontynuacji wyuczonych ćwiczeń usprawniających. Wystawiony został druk (...) za pobyt w szpitalu do 4 marca 2018r. Powód był na typowej rehabilitacji tylko jeden raz i rehabilitacja ta trwała 24 dni. Miało to miejsce około 8-9 lat temu. W związku z chorobą z powodu okresowego pogorszenia się stanu zdrowia powód był wcześniej leczony na oddziale szpitalnym w U., gdzie był około 3 razy, za które to pobyty powód otrzymał od pozwanego należne świadczenia.

Dowód: zaświadczenie ze Szpitala z dn. 12.03.2018r. /k. 5 akt/, karta informacyjna ze Szpitala /k. 6-7 akt/, skierowanie do szpitala /k. 21 akt/, zaświadczenie lekarskie /k. 31 akt/, zeznania powoda /k. 35 o. akt/.

Powód był objęty grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego potwierdzonym polisami o numerach (...). Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Dodatkowego (...) Na Wypadek (...) Szpitalnego (...), zwanych dalej OWU (...), przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie ubezpieczonego (§ 3). Zakres ubezpieczenia obejmował zgodnie z OWU (...) wystąpienie następujących zdarzeń w okresie odpowiedzialności pozwanego: pobyt w szpitalu spowodowany chorobą, pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (§4). Stosownie do zapisów OWU (...) S.A. wypłacał świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości 0,5 % sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 (§5 ust. 1). Wysokość należnego świadczenia ustalana była na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu pobytu w szpitalu (§5 ust. 3). Stosownie do zapisów § 19 ust. 1 pkt 14 OWU (...) S.A. nie ponosił odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do ubezpieczonego lub konieczność którego powstała w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością (...) S.A. pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego -odpowiednio- z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą. Stosownie z kolei do zapisów § 19 ust. 2 pkt 3 OWU (...) S.A. nie ponosił odpowiedzialności z tytułu pobytu w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych, z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w ust. 1 pkt 14. Zakresy świadczeń pozwanego w zakresie leczenia szpitalnego – pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą w ramach obejmującego powoda grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego potwierdzonego polisami o numerach (...) wynosiły 37,50 zł i 80 zł za dzień, a w przypadku rekonwalescencji (trwającej nieprzerwanie maksymalnie 30 dni – bezpośrednio po pobycie w szpitalu, który trwał co najmniej 14 dni - pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital) - 40 zł za dzień. W następstwie zgłoszonego przez powoda do pozwanego roszczenia o wypłatę świadczenia w związku z objęciem ww. ubezpieczeniem i zaistnieniem zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą, pozwany wydał w dniu 27 lutego 2018r. decyzje, w których odmówił wypłaty świadczenia. W uzasadnieniu decyzji pozwany wskazywał, powołując się na § 19 ust. 1 pkt 14 OWU (...), na brak podstaw do wypłaty świadczenia ze względu na to, że jak wynika z dokumentacji medycznej, pobyt powoda w szpitalu miał na celu rehabilitację i nie był poprzedzony w ciągu 6 miesięcy, objętym odpowiedzialnością, pobylem w szpitalu związanym z tą samą jednostką chorobową.

Dowód: informacje o wysokości świadczeń z obowiązujących polis /k. 40-41 akt/, OWU (...) S.A. (...)k. 25-27 akt/, decyzje pozwanego z dnia 27.02.2018r. /k. 8-9 akt/, zeznania powoda /k. 35 o. akt/.

W wyniku ponownego rozpatrzenia sprawy w związku ze złożoną przez powoda reklamacją, pozwany w kolejnej decyzji z dnia 30 marca 2018r. podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko, wyrażone w decyzjach z dnia 27 lutego 2018r.

Dowód: decyzja pozwanego z dn. 30.03.2018r. /k. 10 akt/.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o wskazane dowody z dokumentów przedstawionych przez strony oraz zeznania powoda. Treść dokumentów nie budziła wątpliwości Sądu i nie była kwestionowana przez żadną ze stron postępowania. Nadto Sąd dał wiarę zeznaniom powoda, które jedynie potwierdziły stan faktyczny wynikający z przedłożonych przez powoda dokumentów.

### **Sąd Rejonowy zważył co następuje:**

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Bezsporne było w niniejszej sprawie objęcie powoda ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego potwierdzonego polisami o numerach (...).

Sporne pomiędzy stronami było to, czy zaistniały przesłanki spełnienia świadczenia przez pozwanego oraz jego wysokość.

Podstawę prawną rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie stanowiły umowy ubezpieczenia wraz z Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego (...) Na Wypadek (...) Szpitalnego (...), które stanowiły integralną część umów ubezpieczenia oraz przepis art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym 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.

W niniejszej sprawie jak wynika z zebranego w sprawie materiału dowodowego powód E. B. przebywał w okresie od 8 do 21 lutego 2018r. w Szpitalu (...) wchodzącym w skład (...) Sp. z o.o. w G. na Oddziale Reumatologicznym na podstawie wydanego w trybie pilnym skierowania do szpitala celem leczenia ostrego rzutu choroby reumatoidalnej-nasilenia się jej objawów. Powód choruje na reumatoidalne zapalenie stawów od 15 lat. W związku z rozpoznaniem u powoda sero-dodatniego reumatoidalnego zapalenia stawów, choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa z dyskopatią i osteoporozy zostało zastosowane wobec niego leczenie fizjoterapeutyczne, dietetyczne i farmakologiczne oraz wykonano szereg badań dodatkowych. Nie było to zatem, jak twierdził pozwany, tylko leczenie rehabilitacyjne, ale leczenie szpitalne spowodowane chorobą. Powód nie był poddawany jedynie zabiegom rehabilitacyjnym, ale bardziej kompleksowemu leczeniu obejmującemu również leczenie farmakologiczne, dietetyczne i diagnostykę medyczną obejmującą wykonanie szeregu badań (badania laboratoryjne i obrazowe) oraz całodobową opiekę lekarską i pielęgnarską. Świadczy o tym także fakt, że Szpital, w którym przebywał powód to Szpital (...) wchodzący w skład (...) Sp. z o.o. w G. wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako jednostka udzielająca świadczeń Szpitala (...) pod kodem 1-stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, wykonująca wszelkie działania diagnostyczno-lecznicze traktowane jako pobyt i leczenie szpitalne zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U.2012.594), co potwierdza wydane przez Szpital zaświadczenie z dnia 12 marca 2018r. Następnie po pobycie w Szpitalu powód przebywał na zwolnieniu lekarskim wystawionym przez tenże Szpital do 4 marca 2018r.

Zgodnie z § 4 pkt 1 Ogólnych Warunków Dodatkowego (...) Na Wypadek (...) Szpitalnego (...) (zwanymi dalej OWU (...)), mających zastosowanie w niniejszej sprawie, zakres ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności pozwanego obejmował m.in. pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą. W § 2 ust. 1 OWU (...) wskazano, że: „choroba” oznacza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego. „Leczenie szpitalne” oznacza leczenie stacjonarne stanów nagłych, w których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia lub leczenie stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego, a „pobyt w szpitalu” oznacza całodobowy pobyt ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w

celu leczenia szpitalnego trwający dłużej niż 3 dni, za „szpital” uważa się zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego.

W niniejszej sprawie spełniony został w ocenie Sądu warunek przyznania powodowi świadczenia za pobyt w szpitalu określony w § 4 pkt 1 Ogólnych Warunków Dodatkowego (...) Na Wypadek (...) Szpitalnego (...). pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą, jak również spełniony został warunek przyznania świadczenia za okres rekonwalescencji. Stosownie do zapisów § 19 ust. 1 pkt 14 OWU (...) S.A. nie ponosił odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu, który rozpoczął się przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do ubezpieczonego lub konieczność którego powstała w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością (...) S.A. pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego -odpowiednio- z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą. Stosownie z kolei do zapisów § 19 ust. 2 pkt 3 OWU (...) S.A. nie ponosił odpowiedzialności z tytułu pobytu w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych, z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w ust. 1 pkt 14. W niniejszej sprawie wyłączenia te nie zachodzą. Powód przebywał w Szpitalu (...) wchodzącym w skład (...) Sp. z o.o. w G. na Oddziale Reumatologicznym i celem tego pobytu było nie tylko leczenie rehabilitacyjne. Następnie po przebytych leczeniu szpitalnym trwającym 14 dni powód przebywał na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ww. Szpital przez okres 11 dni. W przypadku rekonwalescencji świadczenie przysługiwało, jeśli trwała ona nieprzerwanie maksymalnie 30 dni – bezpośrednio po pobycie w szpitalu, który trwał co najmniej 14 dni - pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital.

Zakresy świadczeń pozwanego w zakresie leczenia szpitalnego – pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą w ramach obejmującego powoda grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego potwierdzonego polisami o numerach (...) wynosiły odpowiednio 37,50 zł i 80 zł za dzień, a w przypadku rekonwalescencji (trwającej nieprzerwanie maksymalnie 30 dni – bezpośrednio po pobycie w szpitalu, który trwał co najmniej 14 dni - pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez ten szpital) 40 zł za dzień. Jak wynika z ustaleń faktycznych powód przebywał w Szpitalu (...) wchodzącym w skład (...) Sp. z o.o. w G. na Oddziale Reumatologicznym przez okres 14 dni (od 8 do 21 lutego 2018r.), a następnie przez okres 11 dni (do 4 marca 2018r.) na zwolnieniu lekarskim. Stąd za pobyt w szpitalu powodowi należy się kwota 1 645 zł (14 dni x 37,50 zł i 14 dni x 80 zł), natomiast za pobyt na zwolnieniu lekarskim należy się powodowi kwota 440 zł (11 dni x 40 zł), tj. ogółem 2 085 zł.

Mając na względzie powyższe oraz treść żądania i określoną w art. 321 k.p.c. zasadę, zgodnie z którą Sąd nie może orzekać ponad żądanie, Sąd na podstawie art. 805 § 1 k.c., zasądził na rzecz powoda od pozwanego kwotę zgłoszoną w pozwie, tj. kwotę 2 000 zł.

O odsetkach orzeczono na podstawie art. 481 k.c., uznając za uzasadnione w tym zakresie żądanie pozwu, wiążące datę początkową ich naliczania z datą wydania przez stronę pozwaną decyzji o odmowie wypłaty świadczeń. W ocenie Sądu już w tej dacie pozwany dysponował informacjami, które pozwalały na przyznanie na rzecz powoda przedmiotowych świadczeń z umów ubezpieczenia.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. Na kwotę zasądzonych kosztów złożyła się kwota 30 zł tytułem zwrotu uiszczonej opłaty sądowej.