

Sygn. akt I C 1004/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 maja 2016 r.

Sąd Rejonowy w Gliwicach Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSR Kamilla Gos-Górska

Protokolant: Sabina Drewniak - Szczepek

po rozpoznaniu w dniu 6 maja 2016 roku w Gliwicach

na rozprawie sprawy z powództwa A. W.

przeciwko A. Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. nie obciąża powódki kosztami procesu.

SSR Kamilla Gos-Górska

Sygn. akt I C 1004/14

UZASADNIENIE

A. W. wniosła o zasądzenie od pozwanej A. Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 67.944 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wydania orzeczenia do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje żądanie powódka wskazała, że zawarła ze stroną pozwaną umowę ubezpieczenia na życie, której zakres obejmował ryzyko dodatkowe w postaci niezdolności do pracy. Z uwagi na chorobę nowotworową powódki, od dnia 8 października 2012 roku przebywała na zwolnieniu lekarskim, a tym samym była osobą niezdolną do pracy. Orzeczeniem z dnia 18 kwietnia 2013 roku powódka została uznana za osobę niepełnosprawną w stopniu znacznym a od kwietnia do października 2013 r. otrzymywała świadczenie rehabilitacyjne. W wyniku zgłoszenia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel, pomimo upływu 12 miesięcy nieprzerwanej niezdolności do pracy powódki, odmówił wypłaty świadczenia, wskazując na brak wystąpienia u powódki cech trwałej i nieodwracalnej niezdolności do jakiegokolwiek pracy zawodowej. Z T. umowy wynika, że ubezpieczony nabywa uprawnienie do świadczenia z chwilą złożenia wystarczającego dowodu pozostawania w niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres 12 miesięcy. Wystarczającym dowodem jest, w ocenie powódki, złożenie zaświadczenia lekarskiego. Powódka zaznaczyła przy tym, że postanowienia umowy winny być jasne a ubezpieczony już w chwili zawarcia umowy winien dokładnie wiedzieć co jest przedmiotem ubezpieczenia. Pojęcia użyte w umowie jak „przewidywalna przyszłość” czy „wystarczający dowód” są niejasne. Zdaniem powódki, wbrew stanowisku pozwanej, istnieją uzasadnione podstawy do wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.

W odpowiedzi na pozew (k. 35) pozwana A. Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna w W. wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwana wskazała, że na podstawie przedłożonej przez powódkę dokumentacji oraz po zasięgnięciu dodatkowej opinii konsultanta medycznego uznano, iż brak jest spełnienia przesłanki trwałej i całkowitej niezdolności do pracy. W związku z tym pozwana podjęła decyzję o odmowie wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. W wyniku odwołania powódki, pozwana po ponownym wnikliwym przeanalizowaniu sprawy nie znalazła podstaw do uwzględnienia roszczenia powódki. Pozwana podkreśliła, że stan zdrowia powódki nie kwalifikuje jej do uznania, iż jest ona osobą całkowicie i trwale niezdolną do wykonywania pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie. Z treści postanowień umowy wynika, że świadczenie należne jest w przypadku, gdy niezdolność do pracy ma charakter całkowity, czyli dotyczy jakiejkolwiek działalności zarobkowej i jest trwała, czyli posiada charakter nieodwracalny. Zawarte w Ogólnych Warunkach Umów (§ 3.2.2 OWU) postanowienie dotyczące okresu 12 miesięcy określa jedynie moment, od którego ubezpieczony może zwrócić się o wypłatę świadczenia, o ile wcześniej zaszło zdarzenie objęte ochroną (trwała i całkowita niezdolność do pracy). Tymczasem pozwana sama złożyła orzeczenie lekarza ZUS, z którego wynika, że powódka nie jest osobą niezdolną do pracy i istnieje możliwość przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji.

Na rozprawie w dniu 6 maja 2016 roku strona powodowa wskazała, że spełniła warunki do wypłaty świadczenia, albowiem pozostawała niezdolna do pracy przez okres 12 miesięcy. Podkreślono także, że Ogólne Warunki Umowy zawierają zwroty niedookreślone, które należy interpretować na korzyść ubezpieczonej. Powołano się również na okoliczność, iż polisa jest stara i zwroty w niej użyte mogą być nieaktualne.

Z kolei pozwana podkreśliła, iż strona przeciwna nie wykazała przesłanek wypłaty świadczenia, a to trwałości i całkowitej niezdolności do pracy.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

A. W. (wówczas M.) zawarła z poprzednikiem prawnym pozwanej umowę ubezpieczenia na życie. Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej nastąpiło z dniem 8 listopada 1994 roku. Zakres ubezpieczenia obejmował między innymi niezdolność do pracy (inwalidztwo). Inwalidztwo zdefiniowano w treści umowy jako: trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej ubezpieczonego na życie (w dowolnym zawodzie), istniejącą w chwili zgłoszenia roszczenia i w przewidywalnej przyszłości. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci niezdolności do pracy, świadczenie wynosiło 65.964 zł.

/okoliczności częściowo bezsporne, a ponadto: polisa ubezpieczeniowa nr (...) k. 16- 17, Ogólne warunki uniwersalnego ubezpieczenia na życie k. 46- 53/

W § 3.2.2 OWU przewidziano, że uprawnienie do świadczenia z tytułu niezdolności do pracy powstaje z chwilą otrzymania przez Towarzystwo wystarczającego dowodu na pozostawanie przez Ubezpieczonego w niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres 12 miesięcy, który zaczął swój bieg po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, a przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 60 lat.

/dowód: Ogólne warunki uniwersalnego ubezpieczenia na życie k. 46- 53/

W 2012 roku u A. W. wykryto nowotwór złośliwy gruczołu piersiowego lewego. W październiku 20102 r. wykonano zabieg operacyjny usunięcia gruczołu piersiowego z okolicznymi węzłami chłonnymi. A następnie próbę rekonstrukcji z przeszczepem płata skórniego zakończoną niepowodzeniem. Następnie A. W. została poddana pooperacyjnemu leczeniu onkologicznemu radioterapią, chemioterapią i hormonoterapią.

/dowody: dokumentacja medyczna k. 128- 172/

W dniu 18 kwietnia 2013 roku Miejski Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w G. uznał A. W. za osobę niepełnosprawną w stopniu znacznym, uznając jednocześnie, że jest osobą zdolną do pracy w warunkach pracy chronionej. W okresie od 8 kwietnia 2013 roku do 4 października 2013 roku, po wyczerpaniu zasiłku chorobowego, A. W. pobierała świadczenie rehabilitacyjne. Po 4 października 2013 r. odmówiono prawa do zasiłku rehabilitacyjnego

/dowody: decyzja z dnia 16.04.2013r. k. 20, decyzja z dnia 18.11.2013r. k. 19, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z dnia 18.04.2013r. k. 18/

W dniu 26 września 2013 roku Komisja Lekarska ZUS orzekła, że A. W. nie jest osobą niezdolną do pracy.

/dowody: orzeczenie komisji lekarskiej ZUS nr (...) z dnia 26.09.2013r. k. 21, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 31.10.2013r. k. 22/

W dniu 23 kwietnia 2013 roku A. W. zgłosiła A. Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w W. zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową i zwróciła się o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.

/dowody: zgłoszenie roszczenia k. 54- 56/

A. Towarzystwo (...) S.A. w W., po przeanalizowaniu dokumentacji dołączonej przez powódkę, odmówiła powódce wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy. Decyzję swoją podtrzymała w kolejnych pismach, odmawiając wypłaty świadczenia.

/dowody: pismo pozwanej k. 12, pismo powódki z dnia 3.10.2013r. k. 13, pismo pozwanej z dnia 24.04.2013r. k. 14, pismo powódki z dnia 4.11.2013r. k. 57- 92, pismo pozwanej z dnia 11.12.2013r. k. 93/

Lekarz orzecznik ZUS uznał A. W. za częściowo niezdolną do pracy w okresie od 27 stycznia 2014 r. do 31 lipca 2015 r.

/dowody: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 22.07.2014r. k. 120- 121/

W okresie po zabiegu operacyjnym i w trakcie radio- i chemioterapii A. W. była bezwzględnie niezdolna do każdej pracy, niezdolność ta istniała także 23 kwietnia 2013 r. Niezdolność ta ustała na skutek adekwatnego leczenia. Aktualne skutki rozstroju zdrowia A. W. nie skutkują u niej trwałą i całkowitą niezdolnością do pracy w dowolnym zawodzie.

/dowód: opinia biegłego sądowego specjalisty chorób wewnętrznych lek. med. M. D. z dnia 2.06.2015r. k. 222- 225/

Powyższy stan faktyczny został ustalony częściowo na podstawie okoliczności bezspornych, a w pozostałym zakresie w oparciu o wymienione powyżej dokumenty i opinię biegłego. Spór stron dotyczył zasadniczo okoliczności prawnych, a to czy zaistniały stan uzasadnia roszczenie powódki – żądanie wypłaty świadczenia. Treść jak i autentyczność dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy nie była kwestionowana przez żadną ze stron. Sąd uznał sporządzoną w toku postępowania opinię biegłego za całkowicie wiarygodną, oceniając ją jako rzetelną i jasną. Biegły rzeczowo uzasadnił swoje stanowisko, przy tym był osobą niezainteresowaną wynikiem postępowania. Początkowo pełnomocnik powódki zgłosił wniosek o uzupełnienie opinii (pismo z 5 sierpnia 2015 r.), jednakże wniosek ten cofnął w piśmie z dnia 17 września 2015 r. Na rozprawie w dniu 6 maja 2016 r. uchylono pkt 1 postanowienia z 6 lutego 2015 r. dotyczącego wniosku dowodowego pochodzącego od powódki, wobec cofnięcia tego wniosku przez pełnomocnika powódki.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

W niniejszej sprawie poza sporem pozostawała okoliczność, że A. W. z pozwaną łączyła umowa ubezpieczenia na życie, jak również fakt przebycia przez nią choroby nowotworowej. Sporna natomiast była kwestia obowiązku pozwanej wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności powódki do pracy.

Strony niniejszego postępowania łączyła umowa na życie, do której w przypadkach nie uregulowanych przez strony zastosowanie znajdują przepisy art. 805 i n. k.c., a nadto Ogólne warunki uniwersalnego ubezpieczenia na życie.

Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. 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. Przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Odpowiedzialność zakładu jest zatem uwarunkowana opłaceniem składki ubezpieczeniowej i zajściem przewidzianego w umowie przypadku.

Zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia, do którego przystąpiła powódka, zakresem ubezpieczenia, poza życiem ubezpieczonego, objęte było ryzyko dodatkowe w postaci niezdolności do pracy. Na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia świadczenie z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu w sytuacji trwałego i całkowitego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego, które powodują trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej ubezpieczonego (w dowolnym zawodzie), istniejącą w chwili zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego i w przewidywalnej przyszłości (§ 3.2.1 OWU). Uprawnienie do takiego świadczenia powstaje z chwilą otrzymania przez Towarzystwo wystarczającego dowodu na pozostawanie przez ubezpieczonego w niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres 12 miesięcy, który zaczął swój bieg po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, a przed ukończeniem przez ubezpieczonego 60 lat (§ 3.2.2 OWU).

W ocenie Sądu, w niniejszej sprawie nie wystąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe, a zatem nie zaistniał stan aktualizujący obowiązek wypłaty świadczenia przez ubezpieczającego. Zdaniem Sądu postanowienia umowy pozwalają na określenie przesłanek ustalenia wystąpienia tego zdarzenia. Należą do nich: trwała i całkowita niezdolność do pracy w dowolnym zawodzie, która istnieje w chwili zgłoszenia roszczenia i w przewidywalnej przyszłości. Sąd uznał przy tym, że w u powódki zaistniała całkowita niezdolność do pracy, co wynika z niekwestionowanej opinii biegłego, a nadto znajduje odzwierciedlenie w dokumentach stanowiących wyraz oceny innych podmiotów (lekarz orzecznik, komisja). Jak wynika z opinii biegłego całkowita niezdolność do pracy powódki występowała w okresie poddania jej operacji, jak też dalszemu leczeniu, w tym istniała w dniu 23 kwietnia 2013 roku, a zatem w dniu zgłoszenia roszczenia ubezpieczycielowi. Niezdolność ta jednak w wyniku podjętego leczenia ustąpiła, co w ocenie Sądu oznacza, że miała charakter przejściowy. Na marginesie należy zauważyć, że powódka w dniu badania przez biegłego była osobą pracującą zawodowo, co wynika z treści opinii.

Niezdolność powódki do pracy nie miała jednak, w ocenie Sądu, charakteru trwałego w rozumieniu postanowień umowy. Wynika z nich, że niezdolność ma istnieć w chwili zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego, ale też w przewidywalnej przyszłości. Choć pojęcie „przewidywalna przyszłość” nie zawiera określenia terminu i odwołuje się do sytuacji przyszłej, to zdaniem Sądu, użycie tego pojęcia nie uniemożliwia ustalenia warunków zdarzenia. Sąd uznał, że posłużenie się tym pojęciem w zestawieniu z pojęciem „trwałej niezdolności” dotyczy sytuacji, gdy według aktualnej wiedzy medycznej stan ten nie rokuje w przyszłości odzyskania zdolności do pracy. Przy tym w niniejszym przypadku stan ten ma wykluczać jakąkolwiek pracę (w dowolnym zawodzie). Tymczasem już w dniu 26 września 2013 roku Komisja Lekarska ZUS orzekła, że A. W. nie jest osobą niezdolną do pracy, w kolejnych orzeczeniach była uznawana za osobę częściowo niezdolną do pracy. Zresztą w samym orzeczeniu o niepełnosprawności wskazano na możliwość podjęcia pracy w warunkach pracy chronionej. W świetle tych wszystkich okoliczności, Sąd uznał, że zaistniały stan wykluczający całkowicie powódkę od wykonywania jakiejkolwiek pracy posiadał charakter przejściowy, przemijający i uzasadnione było stanowisko, mając na uwadze konieczność trwania tego stanu w przewidywalnej przyszłości – że nie jest stanem trwałym. Przy tym, zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego a dalej art. 232 k.p.c., to na powódce spoczywał ciężar udowodnienia faktu, z którego wywodziła skutki prawne, a na wykazanie tych okoliczności, zobowiązana była wskazywać dowody.

Oceny Sądu nie zmienia treść postanowienia zawartego w § 3.2.2 OWU, zgodnie z którym uprawnienie do świadczenia z tytułu niezdolności do pracy powstaje z chwilą otrzymania przez Towarzystwo wystarczającego dowodu na pozostawanie przez Ubezpieczonego w niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres 12 miesięcy, który zaczął swój bieg po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, a przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 60 lat. Postanowienie to określa jedynie moment wymagalności świadczenia, a nie przesłanki oceny zaistnienia tego zdarzenia, w szczególności

odraczając go o 12 m-cy od chwili wystąpienia przedmiotowego zdarzenia. Odroczenie to pozwala zresztą dokonać oceny perspektywy stanu na przyszłość, tj. oceny „przewidywalnej przyszłości” co do stanu zdrowia ubezpieczonego i możliwości podjęcia pracy. Sąd uznał za nieuzasadnione stanowisko interpretujące to postanowienie w ten sposób, że przedłożenie zaświadczenia lekarskiego o niezdolności do pracy przez okres 12 m-cy jest wystarczające dla przyjęcia, iż zaistniał stan trwałej niezdolności do pracy w jakimkolwiek zawodzie a zatem, że doszło do zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Mając na uwadze powyższe, Sąd orzekł jak w punkcie pierwszym sentencji wyroku.

Sąd, na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył powódki kosztami procesu. Sąd miał tu na uwadze sytuację strony powodowej - jej stan zdrowia, jak również to, iż powódka sama oceniając swój stan mogła mylnie uznać, że spełnia przesłanki przyznania świadczenia.

SSR Kamilla Gos – Górska