

Sygn. akt II Ca 447/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 listopada 2016 roku

Sąd Okręgowy w Lublinie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Andrzej Mikołajewski

po rozpoznaniu w dniu 22 listopada 2016 roku w Lublinie

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa H. G.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego w Białej Podlaskiej z dnia 12 lutego 2016 roku, sygn. akt I C 1059/15

I. zmienia zaskarżony wyrok:

a) w punkcie 1. w ten sposób, że oddala powództwo także co do żądania zapłaty kwoty 1980 zł (tysiąc dziewięćset osiemdziesiąt złotych) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 3 lutego 2015 roku,

b) w punkcie 3. w ten sposób, że zasądza od H. G. na rzecz (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 600 zł (sześćset złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;

II. zasądza od H. G. na rzecz (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 630 zł (sześćset trzydzieści złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego;

III. nakazuje sprostować oczywiste omyłki w zaskarżonym wyroku w ten sposób, że dwukrotnie nakazuje usunąć słowo (...).

Sygn. akt II Ca 447/16

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 30 lipca 2015 roku H. G. domagał się od (...) (...) Spółki Akcyjnej w W. zapłaty kwoty 3150 zł, w tym kwoty 2835 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 3 lutego 2015 roku do dnia zapłaty i kwoty 315 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 9 sierpnia 2012 roku do dnia zapłaty.

Powód dochodził tych roszczeń z umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...), obejmującej również dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego oraz dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby. W dniu 3 lipca 2012 roku powód przeszedł zawał serca, po którym w okresie od 3 lipca do 9 lipca 2012 roku przebywał w szpitalu. Strona pozwana przyznała powodowi za każdy dzień pobytu w szpitalu kwotę 90 zł, kwestionując to, iż pobyt powoda w szpitalu związany był z zawałem serca. W związku z powyższym powód dochodził różnicy w stawce dziennej za dzień pobytu w szpitalu w związku z zawałem (135 zł) a stawką wypłaconą.

Nadto strona pozwana odmówiła powodowi wypłaty świadczenia za leczenie szpitalne w (...) – Zakładzie (...) w okresie od 7 stycznia do 28 stycznia 2013 roku, związane z przebytych pół roku wcześniej zawałem serca i powikłaniami po zawale.

*

Wyrokiem z dnia 12 lutego 2016 roku Sąd Rejonowy w Białej Podlaskiej:

1. zasądził od (...) (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz H. G. kwotę 1980 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 lutego 2015 roku do dnia zapłaty;
2. oddalił powództwo w pozostałej części;
3. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 227,74 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;
4. zwrócił powodowi kwotę 58 zł tytułem różnicy między uiszczoną opłatą sądową a opłatą należną.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

H. G. jako pracownik straży ochrony kolei w 2010 roku przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu (...) W ramach tego ubezpieczenia objęty był dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego (kod warunków (...)) i dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek leczenia szpitalnego (...) (kod warunków (...)). Suma ubezpieczenia wynosiła kwotę 18000 zł. Przedmiotowe ubezpieczenie powód kontynuuje do chwili obecnej.

W dniu 3 lipca 2012 roku H. G. został przewieziony do szpitala w B. na oddział kardiologii, w którym przebywał do dnia 7 lipca 2012 roku w związku z rozpoznany zawałem mięśnia sercowego. W trakcie wówczas przeprowadzonych badań stwierdzono u powoda objawy kliniczne niedokrwienia w postaci bólu w klatce piersiowej i podwyższony poziomu troponiny. Nie stwierdzono natomiast zmian w zapisie EKG odpowiadających świeżemu niedokrwieniu serca oraz zaburzeń kurczliwości w badaniu ECHO serca.

W dniu 30 lipca 2012 roku powód zwrócił się do strony pozwanej o wypłatę świadczenia w związku z przedmiotowym pobytem w szpitalu, związanym z przebytych zawałem. Strona pozwana wypłaciła powodowi kwotę 90 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, natomiast odmówiła przyznania tego świadczenia w kwocie 135 zł za każdy dzień pobytu, wskazując, że przebyty przed niego zawał nie odpowiada definicji zawału zawartej w ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia.

W okresie od 7 stycznia 2013 roku do 28 stycznia 2013 roku powód odbywał rehabilitację na oddziale kardiologii w Zakładzie (...) w B.. W trakcie pobytu w tym zakładzie powód objęty był rehabilitacją związaną z przebytych zawałem, a także stwierdzonymi u powoda zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa oraz zaburzeniami korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych.

Strona pozwana odmówiła wypłaty świadczenia za przedmiotowy pobyt.

Sąd Rejonowy wskazał, na podstawie jakich dowodów ustalił powyższy stan faktyczny, dodając, że w większości jest on bezsporny i został przyznany przez obie strony.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał powództwo za częściowo zasadne.

Zgodnie z art. 805 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku.

W niniejszej sprawie bezspornym jest, że strony łączyła umowa ubezpieczenia osobowego, o której mowa w art. 805 § 2 pkt 2 k.c., na podstawie której strona pozwana zobowiązała się do wypłaty powodowi świadczenia pieniężnego m.

in. w razie pobytu w szpitalu, przy czym wysokość tego świadczenia miała być odpowiednio wyższa, gdyby pobyt ten był spowodowany zawałem serca.

Sąd Rejonowy wskazał, że zawał serca doznany przez powoda nie odpowiadał definicji zawału serca zawartej w § 2 pkt 9 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego (...), w którym za zawał serca uznano wyłącznie taki, który powoduje wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: objawy kliniczne niedokrwienia, zmiany w zapisie EKG typowe dla nowo powstałego niedokrwienia oraz nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych.

Strona powodowa wskazywała, że definicja zawału zawarta w o.w.u. jest sprzeczna z obowiązującą wiedzą medyczną i wprowadza w błąd konsumentów, w związku z czym stanowi niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385 k.c.

Zgodnie z art. 385 § 2 k.c. wzorzec umowy powinien być sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta. Zasady wyrażonej w zdaniu poprzedzającym nie stosuje się w postępowaniu w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Stosownie do art. 385¹ § 1 k.c. 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.

Stałym elementem umów adhezyjnych, zawieranych za pośrednictwem wzorców umownych są definicje umowne. Tak jest też w przypadku ogólnych warunków ubezpieczenia. Abuzywność postanowienia umowy zachodzi wówczas, gdy postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz gdy na skutek owej sprzeczności dochodzi do rażącego naruszenia interesów konsumenta. Zauważyć należy, że strony stosunku prawnego zgodnie z zasadą swobody umów mogą wprowadzać definicje umowne, które nawet modyfikują powszechne rozumienie określonych pojęć, w ten sposób zawężając odpowiedzialności ubezpieczyciela.

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. Jednak wbrew twierdzeniom powoda definicja zawału zawarta w tych postanowieniach nie stanowi niedozwolonej klauzuli umownej. Została sformułowana w sposób jednoznaczny, jasny, nadto nie stwierdzono, aby wprowadzała ona w błąd, bądź też by odbiegała od definicji zawału, jaka obowiązuje obecnie w medycynie. Decyzja Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nr (...) z dnia 10 grudnia 2010 roku dotyczyła innej definicji zawału, wcześniej obowiązującej w ogólnych warunkach ubezpieczenia (...) Zakładu (...) na (...) S. A. w W..

Z tych też względów Sąd Rejonowy oddalił powództwo w zakresie kwoty 315 zł z tytułu dopłaty świadczenia za pobyt powoda w szpitalu w okresie od 3 do 7 lipca 2012 roku.

Za częściowo zasadne Sąd Rejonowy uznał roszczenie powoda o świadczenie za pobyt w Zakładzie (...) w B. w okresie od 7 stycznia 2013 roku do 28 stycznia 2013 roku.

Zgodnie z § 19 ust. 1 pkt 14 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek leczenia szpitalnego ((...)) ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pierwszy pobyt 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.

Powód przebywając w Zakładzie (...) w B. na Oddziale Kardiologii odbywał pierwszą rehabilitację związaną m. in. z przebyciem zawałem serca. Równocześnie rehabilitacja powoda w tym zakładzie nastąpiła przed upływem 6 miesięcy od czasu zakończenia jego pobytu w szpitalu w B., w związku z tą samą chorobą, za którą pozwany ubezpieczyciel

przyjął swoją odpowiedzialność. Fakt, że powód w trakcie pobytu w tym zakładzie był rehabilitowany także w związku z innymi schorzeniami, nie może stanowić podstawy do wyłączenia odpowiedzialności strony pozwanej. Powołane postanowienie o.w.u. nie wymaga, aby ubezpieczony podczas pobytu w szpitalu miał odbywać wyłącznie rehabilitację związaną tą samą chorobą, za którą ubezpieczyciel ponosił wcześniej odpowiedzialność i nie mógł być przy tym rehabilitowany także w związku z innymi schorzeniami. Nadto zauważyć należy, że rehabilitacja powoda w trakcie przedmiotowego pobytu dotyczyła głównie przebytego zawału serca. Powód przebywał bowiem na oddziale kardiologicznym i w większości odbywał ćwiczenia związane z układem krążenia.

Z tych względów Sąd Rejonowy uwzględnił roszczenie powoda za 22 dni pobytu w tym zakładzie w stawce 90 zł za dzień pobytu, ustalonej zgodnie z § 5 ust. 1 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego. Sąd Rejonowy uznał, że brak było podstaw do przyjęcia stawki 135 zł za dzień pobytu, gdyż pobyt ten nie odpowiadał definicji leczenia szpitalnego zawartej w § 2 pkt 2 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek leczenia szpitalnego ((...)) i nie był związany z zawałem serca w rozumieniu tych warunków.

Na podstawie art. 481 § 1 k.c. Sąd Rejonowy zasądził na rzecz powoda odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia 3 lutego 2015 roku, uznając, że w tej dacie roszczenie powoda było już wymagalne, zaś podstawę zasądzenia odsetek stanowi art. 481 § 1 k.c.

O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., stosunkowo je rozdzielając. Powód wygrał niniejszą sprawę w 62,85 %. Koszty procesu wyniosły łącznie 1317 zł, w tym po stronie powoda wyniosły one kwotę 717 zł, zaś po stronie pozwanego kwotę 600 zł. W związku z tym powód powinien ponieść koszty w kwocie 489,26 zł i Sąd Rejonowy zasądził na jego rzecz różnicę pomiędzy kosztami poniesionymi, a kosztami, jakie powinien ponieść.

*

Apelację od tego wyroku wniósł pozwany (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjna w W., zaskarżając wyrok w punktach 1. i 3.

Pozwany zarzucił zaskarżonemu wyrokowi naruszenie prawa materialnego, tj. art. 65 § 2 k.c. przez błędną wykładnię umowy ubezpieczenia w zw. z § 19 ust. 2 pkt 2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego (lsgp32), stanowiących jej integralną część, poprzez niezastosowanie tego postanowienia i błędną wykładnię umowy ubezpieczenia, skutkującą przyjęciem, że pozwany ponosi odpowiedzialność z tytułu pobytu powoda na leczeniu rehabilitacyjnym w Uzdrowskim Szpitalu (...) w (...), a także naruszenie prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez niewszechstronne rozważenie zebranego w sprawie materiału i pominięcie, że na podstawie § 19 ust. 2 pkt 2 o.w.u. lsgp32 pozwany nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu na leczeniu m. in. w zakładach lecznictwa uzdrowskiego.

Pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa w zaskarżonej części oraz o zasądzenie na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania za obie instancje.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego jest zasadna.

Sąd Rejonowy poczynił prawidłowe ustalenia faktyczne i ocenił dowody zgodnie z dyspozycją art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy przyjmuje je za własne.

Podkreślić należy, że, wbrew drugiemu z zarzutów apelacji pozwanego, stan faktyczny sprawy w zakresie pobytu w Uzdrowskim Szpitalu (...) w (...) był bezsporny, a istotą sporu jest to, czy pobyt w tym szpitalu uzasadnia wypłatę powodowi świadczenia zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

W tym zakresie w pełni podzielić należy argumentację pozwanego. Sąd Rejonowy przyjął, że powodowi należy się świadczenie za pobyt w tym zakładzie odwołując się do § 19 ust. 1 pkt 14 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, całkowicie pomijając jednoznaczny zapis § 19 ust. 2 pkt 2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, zgodnie z którym (...) S. A. nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności sanatoriach, prewentoriach, szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjno-uzdrowiskowych.

Tymczasem z karty leczenia szpitalnego powoda w tym zakładzie jednoznacznie wynika, że przebywał on w (...) S. A. Zakładzie (...), tj. w jednostce objętej wyłączeniem przewidzianym w § 19 ust. 2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

Nie sposób jest inaczej wyłożyć tak jednoznacznego postanowienia ogólnych warunków umowy ubezpieczenia (art. 65 § 2 k.c.).

Wobec powyższego nie można przyjąć, aby pobyt powoda w tym zakładzie był wypadkiem przewidzianym w umowie ubezpieczenia, uzasadniającym wypłatę świadczenia (art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c.).

Ostatecznie powództwo zostało oddalone w całości, toteż na podstawie art. 98 § 1 i § 3 k.c. w zw. z art. 99 k.p.c. powód powinien zwrócić pozwanemu koszty procesu obejmujące wynagrodzenie pełnomocnika – radcy prawnego w stawce minimalnej wynikającej z § 6 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. z 2013 roku, poz. 490, ze zm.) w zw. z § 21 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 roku, poz. 1804).

Apelacja pozwanego została uwzględniona w całości, toteż na podstawie art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. należało zasądzić od powoda na rzecz pozwanego zwrot kosztów postępowania odwoławczego obejmujących wynagrodzenie pełnomocnika – radcy prawnego w stawce minimalnej przewidzianej w § 10 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych w brzmieniu obowiązującym przed dniem 27 października 2016 roku (por. § 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie opłat za czynności radców prawnych, Dz. U. z 2016 roku, poz. 1667) i opłatę od apelacji, ustalone dla prawidłowej wartości przedmiotu zaskarżenia.

Na podstawie art. 350 § 3 k.p.c. Sąd Okręgowy sprostował oczywiste omyłki w zaskarżonym wyroku w firmie strony pozwanej.

Z tych względów na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji wyroku.