

Sygn. akt **IC 995/13**

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 lutego 2014 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	<i>SSR (del.) Ewa Ligoń-Krawczyk</i>
Protokolant:	protokolant Ewa Rokicka

po rozpoznaniu w dniu 31 stycznia 2014 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa **A. J.**

przeciwko (...) **S.A. z siedzibą w W.**

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od A. J. na rzecz (...) S.A. z siedzibą w W. kwotę (...) (trzy tysiące sześćset siedemnaście) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt: IC 995/13

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 3 września 2013 roku powód A. J. wniósł przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. w W. o zasądzenie kwoty 80.000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 lipca 2012 roku do dnia zapłaty tytułem odszkodowania oraz zasądzenie kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego. Jednocześnie powód zgłosił wniosek o zwolnienie go od kosztów sądowych. W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, iż w dniu 31 maja 2010 roku zakładowe organizacje związkowe reprezentujące pracowników (...) podpisały Program Ubezpieczeniowy dla pracowników (...). W dniu 21 czerwca 2010 roku powód przystąpił do nowego pakietu ubezpieczeniowego zaliczającego dotychczasowy staż ubezpieczeniowy od 11 lipca 1994 roku. Zgodnie z formularzem polisy zdaniem powoda ubezpieczenie obejmuje wariant VI i pakiet dodatkowy III, to jest dający świadczenia znaczenie przekraczające zakres standardowy. Przystąpienie do ubezpieczenia nie wymagało przedłożenia jakiegokolwiek dokumentacji medycznej. W dniu 26 lutego 2012 roku u powoda wykonano implantację układu stymulującego serce typu (...) i od tego dnia powód pozostaje niezdolny do pracy na stanowisku kierowcy autobusu. Pozwane towarzystwo odmówiło powodowi wypłaty świadczenia powołując się na OWU. Zdaniem pozwanego odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, będącej następstwem chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno – lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności. Zdaniem powoda powoływanie się pozwanego na ten warunek ow jest nieuzasadniony bowiem powód był objęty ubezpieczeniem od 11 lipca 1994 roku bowiem nowy pakiet ubezpieczeniowy był kontynuacją poprzedniego, co potwierdza informacja z dnia 1 czerwca 2010 roku skierowana do pracowników (...) przez organizacje związkowe. Nad to przy przystępowaniu do polisy nie miał możliwości zapoznania się z owu. Gdyby znał

treść postanowień owu w tym wyłączeń w nich zawartych nie zdecydował by się na wykupienie pakietu dodatkowego III. (pozew k. 2 – 44 akt sprawy)

Postanowieniem z dnia 10 września 2013 roku powód został zwolniony częściowo od kosztów sądowych to jest od opłaty sądowej od pozwu ponad kwotę 1.000 złotych, a w pozostałej części wniosek oddalono. (postanowienie k. 38 – 40 akt sprawy)

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości. Pozwany podniósł, iż żądanie zapłaty świadczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy jest bezzasadne bowiem zgodnie z § 17 owu, odpowiedzialność (...) S.A. nie obejmuje niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego będącej następstwem chorób lub stanów istniejących przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do ubezpieczonego. Pozwany bowiem twierdził, iż przed datą przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy u powoda wystąpiła bradykaria oraz leczył się on z powodu nadciśnienia tętniczego i cukrzycy. Tym samym zdaniem pozwanego powodem utraty zdolności do wykonywania pracy w zawodzie kierowcy jest stan chorobowy, który został rozpoznany przed datą przystąpienia do dodatkowego ubezpieczenia i przed początkiem odpowiedzialności pozwanego zakładu ubezpieczeń, a strona powodowa nie wykazała, iż niezdolność do pracy nie jest następstwem chorób lub stanów istniejących przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ponadto pozwany podniósł, iż oferta – w tym wypadku dane zawarte w treści kolorowej tabeli – nie mogą stanowić podstawy dochodzenia roszczeń, a jedynie podstawą może być umowa oraz będące jej integralną częścią ogólne warunki ubezpieczenia. Dodatkowo z treści deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, którą powód podpisał wynika, iż w programie mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczeń, a powód zapoznał się z ich treścią. Podkreślił jednocześnie, iż powód przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na warunkach wynegocjowanych z jego pracodawcą i do momentu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie kwestionował ani warunków umowy, ani postanowień owu, ani nie wystąpił o wydanie tego dokumentu, tym samym wniosek o dopuszczenie dowodu z zeznań świadków na okoliczność, iż dokument w postaci owu nie istnieje nie ma znaczenia dla rozpoznania sprawy. Pozwany również podniósł, iż umowa ubezpieczenia została zawarta pomiędzy pozwanym jako ubezpieczycielem, a (...) spółka z o.o. w W. jako ubezpieczającym, który nie podnosił zarzutu, aby nie doręczono mu owu. (odpowiedź na pozew k. 48 – 59 akt sprawy)

W piśmie procesowym z dnia 28 listopada 2013 roku pełnomocnik powoda odniósł się do twierdzeń strony pozwanej podniesionych w odpowiedzi na pozew, podnosząc iż z Programu Ubezpieczeniowego dla (...) spółka z o.o. nie wynika, by kontynuacja ubezpieczenia była uzależniona od zakresu ochrony poprzedniej polisy. Ponad to pełnomocnik powoda twierdził, iż pracownikom przystępującym do ubezpieczenia została okazana tylko i wyłącznie oferta ubezpieczenia, tym samym powoda jako konsumenta owu nie obowiązują, bowiem tylko i wyłącznie pozwany był zobowiązany do doręczenia owu, a nie osoby prowadzące obsługę ubezpieczenia na terenie zakładu powoda, podobnie jak nie obciąża agenta czy pośrednika działającego na rynku ubezpieczeń. Ponad to w treści tabeli nie znajduje się sformułowanie, iż nie stanowi ona oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Powód powołując się na przepis art. 384 kc wskazał, iż przy zawieraniu umów konsumenckich konieczne jest doręczenie owu przed zawarciem umowy i przywołanie ich na polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia, a domniemanie doręczenia owu jest niedopuszczalne. (pismo k. 63 – 67 akt sprawy)

W pismach z dnia 12 grudnia 2013 roku i 20 stycznia 2014 roku pełnomocnik pozwanego podtrzymując dotychczasowe stanowisko podniósł, iż powód był objęty grupowym ubezpieczeniem pracowniczym od 1 kwietnia 2005 roku – polisa nr (...). W piśmie z dnia 20 stycznia 2014 roku dodatkowo wskazał, iż umowa grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...) jest szczególną umową na rzecz osoby trzeciej, o której mowa w art. 808 kc, a w ubezpieczeniach grupowych brak jest obowiązku doręczania owu ubezpieczonemu, tym samym twierdzenia powoda o obowiązku doręczenia mu owu są nieuzasadnione bowiem mają one zastosowanie do ubezpieczeń indywidualnych a nie grupowych. Ponad to zgodnie z art. 808 § 4 kc ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz owu, tym samym obowiązek ich doręczenia aktualizuje się w momencie wystąpienia przez ubezpieczonego z takim żądaniem. (pisma k. 71 – 79 akt sprawy)

Na terminie rozprawy pełnomocnik powoda podtrzymał dotychczasowe stanowisko w sprawie. (protokół k. 81 – 82 akt sprawy)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Od 11 lipca 1994 roku powód A. J. jest zatrudniony w Miejskich Zakładach (...) w W.. (umowa k. 15 – 15v akt sprawy) Od dnia 1 kwietnia 2005 roku powód był objęty ubezpieczeniem grupowym – nr polisy (...). Ubezpieczenie to nie obejmowało trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji. (okoliczność bezsporna)

W dniu 31 maja 2010 roku został podpisany pomiędzy (...) S.A. z siedzibą w W. a (...) Region M., Komisja (...) Nr (...) Miejskich Zakładów (...) spółka z o.o. z siedzibą w W., Związkiem Zawodowym (...) w (...) W. z siedzibą w W., (...) Związkiem Zawodowym (...), zarząd Zakładowy przy (...) spółka z o.o. z siedzibą w W. Program Ubezpieczeniowy dla (...) spółka z o.o. oraz ich Małżonków i Pełnoletnich Dzieci. Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 3 w związku z § 6 ust. 1 Programu trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza utratę zdolności psychofizycznych do wykonywania zawodu kierowcy lub motorniczego będącą rezultatem nieszczęśliwego wypadku bądź choroby. (okoliczność bezsporna)

W dniu 21 czerwca 2010 roku powód podpisał deklarację przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...) i ubezpieczeń dodatkowych w wariantcie VI i Pakiecie dodatkowym III – to jest na wypadek trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – polisa (...). Składka miesięczna wynosiła 110 złotych. Powód upoważnił ubezpieczającego do potrącania składek za ubezpieczenie z wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat i przekazywania ich do (...) S.A.. Jednocześnie oświadczył, iż 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, które ubezpieczyciel potwierdzi Indywidualnym Potwierdzeniem. (deklaracja k. 24 – 24v akt sprawy)

Zgodnie z § 17 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji zatwierdzonych uchwałą nr UZ/340/2007 z dnia 11 lipca 2007 roku Zarządu (...) S.A. ze zmianami zatwierdzonymi Uchwałą Nr UZ/19/2011 z dnia 24 stycznia 2011 roku Zarządu (...) SA, odpowiedzialność (...) nie obejmuje niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego będącej następstwem chorób lub stanów, istniejących przed początkiem odpowiedzialności (...) SA w stosunku do ubezpieczonego. (ogólne warunki ubezpieczenia k. 58 – 58v akt sprawy)

Od 1993 roku powód leczy się na nadciśnienie tętnicze. (karty badań – akta szkody) B. zatokowa została rozpoznana u powoda w 1997 roku w trakcie badań okresowych, co zostało potwierdzone w trakcie kolejnych badań w 2000 roku. Schorzeniem to stwierdzono również w badaniu z dnia 22 września 2009 roku. Ponadto powód był leczony z powodu cukrzycy od 2009 roku. (badanie okresowe z 24 lutego 1997 roku, karta badania z dnia 13 stycznia 2000 roku, historia choroby – akta szkody) W dniu 12 grudnia 2011 roku z powodu bradykarii powód został zakwalifikowany do wszczepienia stymulatora serca. (historia zdrowia i choroby Centrum (...) i medycyny Pracy (...) SPZOZ Poradnia Medycyny Pracy w W. - akta szkody) W okresie od 26 do 29 lutego 2012 roku powód był hospitalizowany z powodu zespołu chorej zatoki w I Katedrze i Klinice (...) w W.. Stwierdzono nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2, stan po cholecystektomii i zaburzenia gospodarki lipidowo – hipercholesterolemii. W dniu 27 lutego 2012 roku powodowi implantowano układ stymulujący serce typu (...), elektrodę komorową i elektrodę przedsionkową. (karta informacyjna k. 36 akt sprawy) W związku z wszczepieniem rozrusznika serca powód utracił zdolność do pracy w zawodzie kierowcy. (zaświadczenie k. 35 akt sprawy)

W dniu 11 czerwca 2012 roku powód zgłosił do ubezpieczyciela zdarzenie medyczne wnosząc o zapłatę świadczenia z tytułu niezdolności do pracy na stanowisku kierowcy. (okoliczność bezsporna)

Ustalając stan faktyczny sąd oprął się na dokumentach, których wiarygodność nie była kwestionowana przez żadną ze stron, tym samym brak było podstaw do jej podważenia przez sąd.

Sąd oddalił wnioski o dopuszczenie dowodu z zeznań świadków i przesłuchania powoda jako nie mające znaczenia w rozstrzygnięciu sporu. Natomiast przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego na okoliczności sformułowane w pozwie było zbędne bowiem okoliczności te nie były kwestionowane przez stronę pozwaną.

Sąd zważył co następuje:

Powództwo podlegało oddaleniu w całości.

Powód żądanie zapłaty świadczenia oparł na zawartej umowie grupowego ubezpieczenia pracowniczego pomiędzy pozwanym jako ubezpieczycielem, a (...) spółka z o.o. w W. jako ubezpieczającym, do którego przystąpił twierdząc, iż przy składaniu deklaracji o przystąpieniu do ubezpieczenia nie miał możliwości zapoznania się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia tym samym nie wiążą one stron, a wiąże je oferta skierowana do pracowników w postaci kolorowej tabeli. Wbrew twierdzeniom strony powodowej nie sposób przyjąć, aby umowa ubezpieczenia została zawarta przez ubezpieczającego na warunkach wynikających z dokumentu zatytułowanego „Oferta dla pracowników, współmałżonków i dorosłych dzieci (...) Miejskich Zakładów (...) spółka zo.o.” w formie kolorowej tabelki. Z żadnego dokumentu dotyczącego zawartej umowy ubezpieczenia nie wynika, aby umowa została zawarta na warunkach wskazanych w „ofercie”. Nie można pominąć, iż deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...), nie zawiera jakiegokolwiek odniesienia do „oferty”. Przeciwnie, wskazuje na przystąpienie do ubezpieczenia typu P (...) oraz dodatkowych grupowych ubezpieczeń oraz na zapoznanie się przez przystępującego z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, również w zakresie świadczeń i sumy ubezpieczenia. Z treści polisy wynika, że ubezpieczający znał ogólne warunki ubezpieczenia. Wobec powyższego Sąd uznał, iż warunki ubezpieczenia określone w tej ofercie nie kształtowały treści stosunku prawnego łączącego strony umowy. Umowa grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) jest szczególną umową na rzecz osoby trzeciej, o której mowa w art. 808 kc, to jest umową ubezpieczenia na cudzy rachunek. W konsekwencji, kto inny jest ubezpieczającym, a kto inną osobą, w interesie której zawiera się umowę ubezpieczenia. W takiej sytuacji ubezpieczony nie jest podmiotem samej umowy ubezpieczenia, lecz stosunku prawnego ubezpieczenia. Zgodnie z treścią art. 808 § 4 kc, w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia grupowego, powód jako ubezpieczony mógł w każdym czasie zażądać od ubezpieczyciela informacji o postanowieniach umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie w jakim go dotyczyły. Nie można natomiast zgodzić się z twierdzeniem pełnomocnika powoda, iż w tym wypadku ma zastosowanie przepis art. 384 kc, bowiem jak wynika z treści art. 808 § 5 kc mówi on jedynie o odpowiednim stosowaniu przepisów art. 385¹ - 385³ kc.

Pozwany odmawiając wypłaty świadczenia powołał się na postanowienia ogólnych warunków umów - § 17, który wyłącza odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, wskazując na schorzenia które wystąpiły u powoda przed podpisaniem umowy, które były powodem utraty zdolności powoda do wykonywania zawodu kierowcy.

Powód nie kwestionował okoliczności, iż przed dniem 1 lipca 2010 roku została stwierdzona u niego bradykardia oraz że od lat choruje na nadciśnienie tętnicze i cukrzycę. Pozwany natomiast powołując się na warunki umowy twierdził, iż brak jest podstaw do wypłaty świadczenia bowiem schorzenia te były powodem utraty zdolności do wykonywania zawodu kierowcy spowodowanej impalntowaniem układu stymulującego serce typu (...), elektrodę komorową i elektrodę przedsionkową, a zabieg ten był związany z wystąpieniem u powoda bradykardii. Okoliczności te potwierdza dokumentacja medyczna powoda załączona do akt szkody. W związku z tym w ocenie sądu to powód winien wykazać, iż niezdolność do pracy na stanowisku kierowcy nie ma związku z bradykardią, cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym stwierdzonym u powoda przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a tym samym iż w jego przypadku nie ma zastosowania § 17 owu. Strona powodowa zgłosiła wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego kardiologa na okoliczność ustalenia rodzaju i charakteru schorzenia powoda, jego związku z wykonywaną pracą, określenia czy jest zdolny do pracy w zawodzie, a także rokowań na przyszłość. W ocenie sądu rację należy przyznać stronie pozwanej, iż przeprowadzenie tego dowodu było nieuzasadnione bowiem, po pierwsze okoliczności tych pozwany nie kwestionował, nad to biegły winien wypowiedzieć się przede wszystkim na okoliczność ustalenia czy w świetle zgromadzonej dokumentacji medycznej niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji powoda stwierdzona w 2012 roku jest następstwem chorób i stanów istniejących przed dniem 1 lipca 2010 roku, a takiego wniosku strona

powodowa nie zgłosiła. Z uwagi na to, iż powód był reprezentowany przez pełnomocnika profesjonalnego brak było podstaw do dopuszczenia dowodu w takim kształcie z urzędu. Zgodnie z treścią art. 6 k.c., ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. Z przywołanego przepisu płynie generalny wniosek, że prawa podmiotowe mogą być skutecznie dochodzone o tyle, o ile strona jest w stanie przekonać sąd co do faktów, z których wyprowadza korzystne dla siebie twierdzenia. Istota procesu cywilnego sprowadza się do ryzyka poniesienia przez stronę ujemnych konsekwencji braku wywiązania się z powinności przedstawienia dowodów. Skutkiem braku wykazania przez stronę prawdziwości twierdzeń o faktach istotnych dla sprawy jest tylko to, że twierdzenia takie zasadniczo nie będą mogły leżeć u podstaw sądowego rozstrzygnięcia. Strona, która nie udowodni przytoczonych twierdzeń, utraci korzyści, jakie uzyskałaby aktywnym działaniem. Samo twierdzenie strony nie jest dowodem, a twierdzenie dotyczące istotnej dla sprawy okoliczności powinno być udowodnione przez stronę to twierdzenie zgłaszającą (zob. wyrok Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 23 marca 2006 r., sygn. akt IX GC 451/05, LEX nr 522321).

Powód w toku postępowania twierdził również, iż był objęty ubezpieczeniem grupowym od 2005 roku, tym samym dotychczasowy staż ubezpieczeniowy winien być mu zaliczony po przystąpieniu do ubezpieczenia grupowego z dniem 1 lipca 2010 roku. Należy zgodzić się z pozwanym, iż zakresem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji powód był objęty od dnia 1 lipca 2010 roku, tym samym dotychczasowy staż ubezpieczeniowy mógł być zaliczony jedynie do ryzyk ubezpieczeniowych jakimi powód był objęty polisą o nr (...).

Mając powyższe okoliczności na względzie sąd oddalił powództwo w całości.

Na podstawie art. 98 kpc sąd orzekł o kosztach postępowania obciążając nimi stronę przegrywającą proces - powoda.

SSR (del.) Ewa Ligoń - Krawczyk