

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 stycznia 2014 roku

Sąd Okręgowy Warszawa - Praga w Warszawie III Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Błażej Domagała

Protokolant: protokolant Klaudia Sobczyńska

po rozpoznaniu w dniu 29 stycznia 2014 roku w Warszawie

sprawy z powództwa Z. P.

przeciwko A. Towarzystwo (...) SA w W.

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. nie obciąża powódki kosztami procesu;

III. poleca wypłacić adwokatowi B. L. kwotę 3600 (trzy tysiące sześćset) złotych wraz z należnym podatkiem VAT, tytułem nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej Z. P. z urzędu.

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 25 maja 2012 r. (data wpływu) powódka Z. P. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) Towarzystwo (...) S.A. w W. (dalej (...)) kwoty 109.222 zł, z tytułu świadczenia z umowy ubezpieczenia.

Pozwane Towarzystwo (...) wносиło o oddalenie powództwa.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny.

Powódka zawarła z pozwanym (...) umowę ubezpieczenia „Ubezpieczenie Uniwersalne (...) (Ochrona Maksymalna)”. Przedmiotem ubezpieczenia było życie osoby ubezpieczonej i następstwo nieszczęśliwych wypadków. Ochrona rozpoczęła się dnia 20 marca 1998 r., suma ubezpieczenia wynosiła 52.499 zł. Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia obejmuje m.in. zdolność do pracy. Stosownie do pkt 5 OWU niezdolność do pracy oznacza powstałą wskutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała trwałą i całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu oraz jakiejkolwiek działalności zarobkowej, jeżeli niezdolność istnieje w chwili zgłoszenia roszczenia o zapłatę świadczenia i będzie istnieć w przewidywanej przyszłości. Uprawnienie do świadczenia powstaje z chwilą otrzymania przez Towarzystwo dowodu na pozostawanie przez Ubezpieczonego w stanie niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres 12 miesięcy, który zaczął swój bieg przed osiągnięciem 60 roku życia, a w okresie ochrony ubezpieczeniowej. W razie wystąpienia niezdolności do pracy wypłacone świadczenie będzie równe większej z wartości: sumie ubezpieczeniowej lub wartości polisy.

(bezsporne, polisa, OWU - k. 31-47).

W związku ze stanem zdrowia powódki i uznaniem jej przez orzecznika KRUS za okresowo całkowicie niezdolną do pracy rolniczej, zgłosiła ona roszczenie o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego. Dnia 23 lutego 2011 r. (...) poinformowała ubezpieczoną o odmowie wypłaty świadczenia. Wskazano, że stwierdzone u powódki schorzenia nie powodują całkowitej i trwałej niezdolności do pracy. Po odwołaniu się powódki pozwana podtrzymała wcześniejszą decyzję.

(zgłoszenie roszczenia, dokumentacja medyczna, orzeczenia KRUS, pisma pozwanego – k. 91-120).

Z. M.-P. cierpi na przewlekłą chorobę niedokrwienną serca, hiperlipidemię mieszaną, chorobę zwyrodnieniową stawów kręgosłupa oraz prawoboczne skrzywienie kręgosłupa z przewlekłym zespołem bólowym korzeniowym szyjnym i lędźwiowym, depresję. W ocenie lekarza specjalisty chorób wewnętrznych brak jest podstaw do uznania powódki za osobę trwale i całkowicie niezdolną do wykonywania jakichkolwiek pracy zawodowej z przyczyn internistycznych.

(k. 166-174 – opinia biegłego P. D.).

Psychiatra rozpoznał u Z. M.-P. zaburzenia depresyjne nawracające, w fazie nawrotu. Na datę badania nie była ona w stanie podjąć pracy, jednakże brak było podstaw do stwierdzenia, że jest to trwała i całkowita niezdolność do pracy, powódka nie wyczerpała możliwości leczenia.

(opinia psychiatry D. K. – k. 195-200).

Powyższy stan faktyczny ustalono na podstawie powołanych dowodów. Zarówno dokumenty prywatne (ich kopie), dokumentacja medyczna, jak i opinie biegłych nie były kwestionowane przez strony. Sąd nie znalazł podstaw, aby odmówić im wiarygodności.

Opinie biegłych lekarzy były poprawne metodologicznie, spójne, oparte na przedstawionej dokumentacji medycznej oraz badaniu powódki, weryfikowalne i logiczne. W związku z koniecznością zasięgnięcia wiadomości specjalnych w niniejszej sprawie, opinie biegłych stanowiły podstawę do poczynienia ustaleń.

Sąd zważył, co następuje.

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 805 § 1 i 2 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. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu ubezpieczonego przy ubezpieczeniach osobowych.

Strony umowy ubezpieczenia zawierając ją regulują stosunki, a w szczególności zdarzenie, jakie zobowiązywać będzie ubezpieczyciela do świadczenia, w sposób dowolny, o ile umowa jest zgodna z przepisami prawa. W szczególności nie może budzić wątpliwości, że mogą one precyzyjnie określić konkretne zdarzenie uzasadniające odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń.

Takie okoliczności wystąpiły też w niniejszej sprawie, gdzie powódka zawarła umowę z (...), godząc się na OWU, z których w sposób wyraźny i nie wymagający wykładni wynikało, że świadczenie z tytułu niezdolności do pracy należne jest w przypadku, gdy oznacza ona trwałą i całkowitą niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy na podstawie umowy o pracę, cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu oraz jakiegokolwiek działalności zarobkowej.

Ponieważ poczynienie ustaleń, czy stan zdrowia powódki odpowiada powyższym wymaganiom, a więc stwierdzenie czy nastąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe, wymagało wiedzy specjalnej, w sprawie dopuszczono dowody z opinii biegłych. Lekarz specjalista do spraw chorób wewnętrznych nie znalazł podstaw do tego, aby uznać Z. M.-P. za trwale

i całkowicie niezdolną do wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej. Biegła psychiatra potwierdziła aktualnie występującą u powódki depresję w fazie nawrotu, jednakże nie stwierdziła, aby choroba ta wpływała na trwałą i całkowitą niezdolność do pracy.

Powyżej wskazane opinie nie budziły wątpliwości i co za tym idzie brak było podstaw, aby stawiać wnioski z nimi sprzeczne. Dokumentacja medyczna pozasądowa nie wносиła w tym zakresie nic istotnego, jako że Sąd nie posiada specjalistycznej wiedzy umożliwiającej jej weryfikację. Decyzja KRUS nie zmieniała obrazu stanu faktycznego, gdyż pomimo stwierdzenia w niej całkowitej niezdolności do pracy, dotyczyła to działalności rolniczej i nie wskazano tam, aby miała ona charakter trwały.

Reasumując. Przeprowadzone postępowanie dowodowe nie dało podstaw do ustalenia, że nastąpiło zdarzenie uzasadniające świadczenie (...), gdyż zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia podstawą do zapłaty na rzecz powódki była jedynie całkowita i trwała niezdolność do wykonania jakiejkolwiek pracy czy działalności, a na podstawie opinii biegłych nie można było uznać, że takowa u niej występuje.

Brak było innych podstaw do uwzględnienia roszczenia. W szczególności nie było możliwe oparcie rozstrzygnięcia na zasadach współżycia społecznego czy słuszności, jako że mogą one być podnoszone co do zasady dla obrony, a nie w celu wykazania zasadności zgłoszonych żądań.

Mając to na uwadze powództwo oddalono na podstawie art. 805 § 1 i 2 k.c.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. W ocenie Sądu w tym przypadku zasady słuszności wymagały odstąpienie od obciążenia powódki kosztami, jakie poniósł przeciwnik. Jej roszczenie nie miało charakteru oczywiście bezzasadnego, zaś jej sytuacja materialna i zdrowotna, którą można było ustalić na podstawie akt, uzasadniały stwierdzenie, że zachodzi szczególny wypadek do nieobciążenia jej kosztami procesu. Aktualna niemożliwość pracy, utrzymywanie się ze skromnej renty i jej ogólny stan zdrowia w pełni przemawiały za tego rodzaju rozstrzygnięciem.

O nieopłaconych kosztach pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu orzeczono na podstawie art. 29 ust. 1 ustawy prawo o adwokaturze, przy uwzględnieniu przepisów wykonawczych wydanych na podstawie ust. 2 tego przepisu.