

*Sygn. akt VIII C 5/14*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 kwietnia 2014r.

Sąd Rejonowy w Wałbrzychu VIII Wydział Cywilny

w składzie następującym:

**Przewodniczący SSR Beata Koźbiał - Kawalko**

**Protokolant Ewa Dziłińska**

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 03 kwietnia 2014 r. w W.

sprawy z powództwa A. D.

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

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej (...) S.A. w W. na rzecz powoda A. D. kwotę 1 430 zł (tysiąc czterysta trzydzieści złotych) wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 19 grudnia 2013 r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od strony pozwanej (...) S.A. w W. na rzecz powoda A. D. kwotę 30 złotych tytułem kosztów procesu.

### UZASADNIENIE

Powód A. D. wniósł o zasądzenie od strony pozwanej (...) Zakładu (...) na (...) S.A. we W. kwoty 1.430 zł z ustawowymi odsetkami od dnia

19 grudnia 2013 roku, wskazując że w oparciu o umowę grupowego ubezpieczenia na życie domagał się od pozwanej wypłaty należnego świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu. Natomiast pozwana w piśmie z dnia 24 października 2012 odmówiła wypłaty tego świadczenia.

Strona pozwana (...) Zakład (...) na (...) S.A. we W. wniosła

o oddalenie powództwa z całości podnosząc, że pobyt powoda w szpitalu nie może być objęty odpowiedzialnością pozwanej, ponieważ wg ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego pozwana nie odpowiada za pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku rehabilitacji.

**Poza sporem w niniejszej sprawie pozostaje:**

- Powód był ubezpieczony w ramach umowy grupowego dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.
- W umowie ustalono kwotę 65 zł za jeden dzień leczenia szpitalnego.
- Powód w okresie od 1 sierpnia 2012 roku do 22 sierpnia 2012 roku przebywał w (...) Sp. z o.o. (...) w K. na Oddziale Rehabilitacyjnym V.
- W piśmie z dnia 24 października 2012 roku pozwana odmówiła wypłaty świadczenia z tytułu pobytu powoda w/w szpitalu.

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

Powód od 2002 roku leczy się z powodu dyskopatii lędźwiowej wielopoziomowej.

W związku z zaostrzeniem choroby w 2012 roku został skierowany przez lekarza prowadzącego (W. Ż. – chirurga, ortopedę, traumatologa) na leczenie szpitalne do (...) Sp. z o.o. (...) w K..

Dowód:

- zaświadczenie lekarskie, k. 59
- karta informacyjna, k. 41

Zgodnie z zawartą przez strony umową dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, zakres ubezpieczenia obejmuje m. in. pobyt w szpitalu spowodowany chorobą. Wg ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego - leczeniem szpitalnym jest leczenie stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego.

Dowód:

- OWU, k. 43.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo zasługuje na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że z zaświadczenia lekarskiego przedłożonego przez powoda wynika, że w przypadku choroby powoda zastosowano uprzednio wszelkie możliwe sposoby leczenia ambulatoryjnego (leki, rehabilitację), mimo tego jego stan uległ zaostrzeniu

i wobec tego został zakwalifikowany przez lekarza prowadzącego do leczenia szpitalnego

(w zakładzie lecznictwa zamkniętego przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych

w zakresie leczenia szpitalnego). Zatem, bez znaczenia pozostaje w niniejszej sprawie nazwa szpitala do którego powód został skierowany, skoro z karty informacyjnej wynika, że objęty został leczeniem szpitalnym.

Wobec powyższego – w ocenie Sądu zastosowania w niższej sprawie nie mają postanowienia § 19 ust. pkt 14 i ust. 2 pkt 3 OWU, ponieważ pobyt powoda w szpitalu nie był spowodowany procesem jego rehabilitacji lecz zaostrzeniem choroby, który należy traktować jako pierwszy pobyt w szpitalu związany z tą jednostką chorobową. A dopiero dalsza rehabilitacja, będąca kontynuacją zastosowanego leczenia szpitalnego ewentualnie rozpatrywana będzie w świetle tych postanowień OWU.

Ponadto podkreślić należy, że OWU nie mogą być tak sformułowane, aby jedynie nazwa szpitala lub oddziału szpitalnego decydowała o podstawie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Szpital do którego skierowano powoda został wskazany przez lekarza prowadzącego jako jednostka wyspecjalizowana w udzielaniu świadczeń szpitalnych niezbędnych do poprawy stanu zdrowia powoda. Nie może zatem wybór ZOZ, dokonany przez lekarza, pozbawiać ubezpieczonego przysługującego mu świadczenia, jedynie z powodu wyboru placówki lub oddziału zawierającego w nazwie przymiotnik „rehabilitacyjny”.

Ubezpieczyciel ma obowiązek jasnego i jednoznacznego formułowania ogólnych warunków ubezpieczenia oraz pozostałych dokumentów koniecznych przy zawarciu umowy i ponosi konsekwencje wszelkich uchybień w tym zakresie, a dla zwolnienia go od odpowiedzialności nie wystarczy stwierdzenie, że przedstawił OWU powodowi, który mógł się z nimi zapoznać, jeżeli dokumenty te zawierały uregulowania niejasne, wieloznaczne, mylące i obiektywnie niezrozumiałe dla przeciętnego adresata.

Sąd w niniejszej sprawie doszedł do przekonania, iż postanowienia zawarte

w § 19 ust. pkt 14 i ust. 2 pkt 3 OWU są niejasne, mylące i obiektywnie niezrozumiałe dla powoda. Postanowienia z wzorca umowy, nie zostały uzgodnione indywidualnie z powodem, powód nie miał na nie wpływu, dlatego nie mogą go wiązać w zakresie ustaleń, iż nazwa szpitala lub jego oddziału pozbawia go ochrony ubezpieczeniowej. Postanowienia powyższe, kształtują prawa i obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszają jego interes. Zatem, działanie strony pozwanej, wykorzystującej niewiedzę konsumenta, należy zakwalifikować jako przejaw nieuczciwej praktyki rynkowej (art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.) A takie zachowanie – w ocenie Sądu - nie może podlegać ochronie prawnej.

W świetle powyższego Sąd uznał, iż powód w dostateczny sposób wykazał zasadność swojego roszczenia i wobec tego – na podstawie art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. - zasądził na jego rzecz kwotę dochodzoną niniejszym pozwem (1430 zł), stanowiącą iloczyn świadczenia przysługującego za jeden dzień leczenia szpitalnego (65 zł) i ilości dni pobytu w szpitalu (od 1 sierpnia 2012 roku do 22 sierpnia 2012 roku).

Dokonując ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie Sąd oparł się o treść niekwestionowanych przez strony dokumentów, których autentyczność nie budzi wątpliwości.

Orzeczenie w przedmiocie odsetek oparto o przepis art. 481 k.c., przyjmując za ich datę początkową datę wskazaną w pozwie (wytoczenie powództwa).

O kosztach postępowania Sąd orzekł w oparciu o zasadę odpowiedzialności za wynik procesu, wyrażoną w art. 98 k.p.c.