Sygn. akt I C 1558/16

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 sierpnia 2017 roku

Sąd Rejonowy w Koszalinie Wydział I Cywilny

w składzie następującym :

Przewodniczący: Sędzia SR Marta Knotz

Protokolant: Adam Jędrys

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 17 sierpnia 2017 roku sprawy

z powództwa K. P.

przeciwko (...) Towarzystwo (...) spółce akcyjnej w W.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanej (...) Towarzystwa (...) spółki akcyjnej w W. na rzecz powódki K. P. kwotę 4.098 zł (cztery tysiące dziewięćdziesiąt osiem złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od kwot:

- 525 zł od dnia 1 sierpnia 2013 roku do dnia zapłaty,

- 3.573 zł od dnia 18 sierpnia 2013 roku do dnia zapłaty,

2. oddala powództwo w pozostałej części,

3. zasądza od pozwanej na rzecz powódki kwotę 1.000 zł (tysiąc złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania.

(SSR Marta Knotz)

I C 1558/16

UZASADNIENIE

Powódka K. P. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) spółki akcyjnej w (...) kwoty 20.000 złotych tytułem odszkodowania z umowy ubezpieczenia życia i zdrowia.

Pozwane towarzystwo wniosło o oddalenie powództwa zarzucając, iż nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe powódki z powodu wyłączeń odpowiedzialności przewidzianych umownie – karencji oraz stanu zdrowia powódki z okresu sprzed zawarcia umowy.

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 1 lutego 2013 roku powódka K. P. przystąpiła w zakładzie pracy do grupowego ubezpieczenia na życie, rozszerzając zakres ubezpieczenia o ryzyko leczenia szpitalnego oraz ryzyko leczenia operacyjnego. Sumę ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego określono na 9.000 zł, świadczenia szpitalnego (...) na 7.500 zł.

(dowód: polisa i dokumenty ubezpieczeniowe - k. 41-67)

Ochroną ubezpieczeniową w ramach ryzyka leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych objęto leczenie szpitalne powódki trwające nie mniej niż 5 dni. Wysokość świadczenia określono na 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy dzień leczenia w okresie jego pierwszych 14 dni (co do leczenia spowodowanego inną przyczyną niż nieszczęśliwy wypadek, wypadek komunikacyjny, zawał serca lub udar mózgu). W ogólnych warunkach ubezpieczenia zastrzeżono, iż jeżeli ubezpieczony przystąpił do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy po dniu, w którym spełnił on warunki przystępowania do ubezpieczenia – przysługująca mu w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa w okresie pierwszych 180 dni od dnia jej rozpoczęcia jest ograniczona do zapłaty wyłącznie w przypadku leczenia szpitalnego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku.

(dowód: OWU – k. 57v.-58v.)

Ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia świadczenia szpitalnego (...) objęto leczenie operacyjne w trakcie hospitalizacji, zastosowane do określonej w wykazie choroby. Świadczenie z tytułu leczenia żylaków kończyny dolnej leczonych operacyjnie określono na 7% sumy ubezpieczenia, a choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego leczonej protezoplastyką całkowitą określono na 39%. W ogólnych warunkach ubezpieczenia zastrzeżono, iż w okresie pierwszych 90 dni po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ochrona ta ograniczona jest wyłącznie do zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku. Wyłączono także odpowiedzialność ubezpieczyciela za zdarzenia ubezpieczeniowe spowodowane lub związane z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi u ubezpieczonego przed zawarciem umowy.

(dowód: OWU – k. 59-64v.)

W dniach 25-26 kwietnia 2013 roku powódka była hospitalizowana w związku z zabiegiem usunięcia żylaków. Żylaki prawej nogi zostały u powódki zdiagnozowane w listopadzie 2012 roku.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 79-91)

W dniach 23 czerwca – 4 lipca 2013 roku powódka była hospitalizowana z powodu wykonania zabiegu wszczepienia endoprotezy biodra. Z uwagi na bardzo długi okres oczekiwania powódka wykonała zabieg prywatnie, samodzielnie go finansując w wysokości 16.000 zł. Choroba zwyrodnieniowa prawego stawu biodrowego została u powódki zdiagnozowana w okresie luty-marzec 2012 roku.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 79-91, rachunek – k. 105-106)

Powódka zgłosiła pozwanemu roszczenie z tytułu leczenia szpitalnego i operacji biodra w dniu 18 lipca 2013 roku, a roszczenie z tytułu operacji żylaków w dniu 27 czerwca 2013 roku.

(dowód: zgłoszenie szkody – k. 68-73)

Pozwany odmówił wypłaty świadczeń, wskazując, iż hospitalizacja wystąpiła w okresie ograniczonej odpowiedzialności – 3 i 6 miesięcznej karencji po zawarciu umowy oraz z powodu rozpoznania leczonych schorzeń zdrowotnych przed objęciem powódki ochroną ubezpieczeniową.

(dowód: korespondencja stron i Rzecznika Ubezpieczonych - k. 6-14, 121)

Sąd zważył, co następuje:

Powódka dochodziła w niniejszej sprawie roszczeń odszkodowawczych z zawartej przez nią z pozwanym Towarzystwem umowy ubezpieczenia życia i zdrowia.

Pozwany zarzucał brak swej odpowiedzialności z uwagi na zastrzeżone w ogólnych warunkach umowy ubezpieczenia (dalej OWU) wyłączenia w postaci karencji i stwierdzonych nieprawidłowości zdrowotnych powódki przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Okoliczności faktyczne niniejszej sprawy nie były sporne między stronami, powódka nie kwestionowała faktów przywoływanych przez pozwanego jako podstaw wyłączenia jego odpowiedzialności, w szczególności faktu, iż do zdarzeń ubezpieczeniowych doszło w okresie karencji przewidzianej w OWU jak i faktu, iż na schorzenia będące podstawą jej roszczeń cierpiała już przed zawarciem umowy.

Strony pozostawały w sporze wyłącznie co do interpretacji przepisów prawa – dopuszczalności klauzul zawartych w OWU, wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy.

Sąd uznał niniejsze klauzule za niedozwolone w rozumieniu art. 385^1 §1 k.c., zgodnie z którym Postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne).

Sąd uznał za abuzywny zapis §3 pkt 5 OWU ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych o treści:

Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:

1) uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;

2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała;

przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa, w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej rozpoczęcia, ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie w przypadku leczenia szpitalnego uczestnika będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, o ile leczenie to rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

W pierwszej kolejności wskazać należy, iż zapis powyższy jest trudny do zrozumienia, nawet dla prawnika. Zapis wprowadza bardzo istotne i długotrwałe (6 miesięcy) ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, a sposób jego sformułowania jako niejasny. Zapisy OWU winny w sposób klarowny informować o zakresie ubezpieczenia, w sposób nie budzący wątpliwości klientów, w szczególności, gdy są adresowane nie do przedsiębiorców, profesjonalistów na danym rynku, lecz do grup pracowników.

W dalszej kolejności wskazać należy, iż zapis ten narusza prawo powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, gdyż pomimo istotnego i długotrwałego ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela powódce naliczono pełną składkę ubezpieczeniową. Narusza to normę z art. 813 § 1 k.c., zgodnie z którym Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. Prowadzi to do sytuacji, kiedy pomimo zapłaty składki w pełnej wysokości świadczenie drugiej strony umowy jest znacznie ograniczone. Stanowi to w ocenie Sądu jaskrawe naruszenie ekwiwalentności świadczeń stron.

Sąd podziela tu w pełni stanowisko wraz z uzasadnieniem z dnia 4 kwietnia 2017 roku wyrażone w niniejszej sprawie przez Rzecznika (...) (k. 276-279) oraz stanowiska wyrażone przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w wyrokach w sprawach XVII Ama135/07, 3XVII AmC 3034/12, XVII AmA 97/09.

Jednocześnie Sąd uznał za niewykazany zarzut pozwanego, iż składka za okres karencji jest w rzeczywistości obniżona, a nie jest to widoczne w jej miesięcznej wysokości z uwagi na jej uśrednienie - celem ułatwienia płatności ubezpieczonym. Pozwany nie przedstawił wyliczenia wysokości składki za okres objęty pełną ochroną i ochroną ograniczoną, ani sposobu jej uśrednienia. Nie wykazał również, by w kolejnym roku ubezpieczenia (pełnego) składka ubezpieczeniowa była wyższa.

W ten sam sposób Sąd ocenił ograniczenie odpowiedzialności z tytułu karencji przewidziane w §3 pkt 3 OWU ubezpieczenia świadczenia szpitalnego (...), uznając je również za niedozwolone w rozumieniu art. 385^1 §1 k.c. ze wskazanych wyżej przyczyn.

Sąd uznał za abuzywny również zapis §5 pkt 2 w zw. z § 1 ust. 1 pkt 4 OWU ubezpieczenia świadczenia szpitalnego (...) o treści:

Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane lub związane z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi u uczestnika przed zawarciem umowy dodatkowej. Przy czym „nieprawidłowości zdrowotne" definiowane są jako każda choroba lub uraz uczestnika, które przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia wymagały stosowania leków, wykonywania badań lub korzystania z porad lekarskich.

Zgodnie z art. 815§ 1 k.c. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

Obowiązek ubezpieczającego nałożony ww. przepisem związany jest z koniecznością oszacowania przez ubezpieczyciela ryzyka ubezpieczeniowego i odpowiedniego określenia wysokości składki ubezpieczeniowej w stosunku do ryzyka. W niniejszej sprawie Towarzystwo (...) całkowicie zrezygnowało z rozpytania ubezpieczającej o okoliczności dotyczące jej stanu zdrowia. Pozwany wskazał, iż w przypadku tego ubezpieczenia ryzyko zostało ocenione w stosunku do grupy ubezpieczonych, a relacja ubezpieczyciela z pojedynczymi ubezpieczonymi nie miała istotnego znaczenia. Składki ubezpieczeniowe zostały pobrane od wszystkich ubezpieczonych w tej samej wysokości przy wyłączeniu blokowym świadczeń związanych z dolegliwościami zdrowotnymi występującymi dla wszystkich ubezpieczonych, którzy przed zawarciem umowy cierpieli na dolegliwości zdrowotne.

W ocenie Sądu taki sposób zawierania umów prowadzi w istocie do naruszenia uprawnień szeregu ubezpieczonych, którzy praktycznie nie są w stanie uzyskać żadnego świadczenia z umowy ubezpieczenia pomimo opłacania składki ubezpieczeniowej. Dotyczyć to będzie zwłaszcza osób starszych i schorowanych. Ogólne sformułowanie wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela za leczenie szpitalne i zabiegi w jakikolwiek sposób „związane" z wcześniejszymi dolegliwościami zdrowotnymi czyni ochronę ubezpieczeniową praktycznie iluzoryczną. W stosunku do takich osób (jak powódka) ograniczenie odpowiedzialności przewidziane w OWU ogranicza odpowiedzialność ubezpieczyciela do takiego minimum, iż nie spełnia celu zamierzonego przez ubezpieczonego.

W szczególności należy tu podkreślić, iż zapis tak silnie ograniczający możliwości uzyskania świadczeń z ubezpieczenia zawarty jest tylko w OWU. Przy zawarciu umowy ubezpieczenia ubezpieczający nie są informowani o tak istotnym ograniczeniu, informacja taka nie jest zawarta ani w ofercie, ani w deklaracji ubezpieczeniowej.

Konstrukcja oferty ubezpieczenia (k. 123) silnie akcentuje wysokość świadczeń, jakie można uzyskać z tytułu ubezpieczenia, przykładowo co do świadczeń z tytułu leczenia szpitalnego wskazane są kraje w których można się leczyć (np. Australia, Japonia), wskazane są wysokości należnych odszkodowań w zależności od przyczyny leczenia, ale nigdzie nie wskazano, że odszkodowanie jest nienależne przez pół roku od zawarcia umowy (dotyczy wszystkich przyczyn leczenia za wyjątkiem nieszczęśliwego wypadku). Tak samo oferta świadczeń szpitalnych (...) wnikliwie i szczegółowo wymienia szereg chorób, z tytułu zachorowania na które można uzyskać odszkodowanie, ale w żadnym miejscu nie jest napisane, iż odszkodowanie będzie wypłacone tylko w przypadku, gdy w chwili przystąpienia do ubezpieczenia ubezpieczony nie leczy się na daną chorobę.

Dodatkowo zaniechanie zapytań o stan zdrowia ubezpieczonego (nawet choćby w formie standardowego oświadczenia zdrowotnego) może wywoływać u ubezpieczającego fałszywe wrażenie, iż okoliczności dotyczące stanu zdrowia nie są istotne i nie mają żadnego znaczenia dla warunków ubezpieczenia i świadczeń z ubezpieczenia należnych.

W tych okolicznościach Sąd uznał, iż wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela za wszelkie zdarzenia ubezpieczeniowe choćby pośrednio związane z wcześniej występującymi dolegliwościami zdrowotnymi – przy braku jasnego wskazania tego wyłączenia w ofercie, polisie czy deklaracji ubezpieczeniowej, braku jakiegokolwiek oszacowania ryzyka wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego u danego ubezpieczonego – narusza dobre obyczaje na rynku ubezpieczeń i równowagę stron umowy, ograniczając nadmiernie uprawnienia ubezpieczonego.

Sąd w tym zakresie podziela stanowisko wyrażone w niniejszej sprawie przez Rzecznika (...) (k. 276-279), stanowisko Sądu Okręgowego w Koszalinie w sprawie I C 152/12 i Sądu Apelacyjnego w Szczecinie oraz stanowisko wyrażone przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w wyrokach w sprawie XVII Ama135/07, 3XVII AmC 3034/12, XVII AmA 97/09.

Sąd podziela również stanowisko wyrażone przez W. K. w artykule Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela z uwagi na przyczyny wypadku dotyczące okresu przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej opublikowane w: Rozprawy Ubezpieczeniowe nr 18 ((...)) wraz z jego pełnym uzasadnieniem. Autor ten wyraża pogląd, iż: jeżeli ubezpieczony nie został zapytany o konkretne schorzenia zdrowotne, to ogólne wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela za zajście wypadku ubezpieczeniowego z tych przyczyn jest nieskuteczne ze względu na sprzeczność z normatywnym modelem deklaracji ryzyka (art. 815 i art. 834 k.c.), naturą umowy ubezpieczenia (art. 3531 k.c.) oraz domniemaniem dobrej wiary (art. 7 k.c.).

Sąd nie podzielił zarzutów pozwanego, iż wyżej omawiane klauzule OWU stanowią postanowienia określające główne świadczenia stron (art. 385^1§1 zd. drugie k.c.). W pierwszej kolejności Sąd wskazuje w tym zakresie, iż główne świadczenia stron winny być sformułowane w umowie ubezpieczeniowej (polisie). Umieszczenie spornych zapisów wyłącznie w OWU, świadczy o tym, iż doprecyzowują one jedynie świadczenia stron, nie „określają" ich, a tylko ich „dotyczą". Sąd podziela tu stanowisko Sądu Apelacyjnego w Szczecinie wyrażone w uzasadnieniu wyroku w sprawie I ACa 20/16.

Wnioski dowodowe pozwanego zmierzające do wykazania stanu zdrowia powódki oddalono, albowiem okoliczności te nie były sporne między stronami.

Uznając wyłączenia odpowiedzialności pozwanego za niedozwolone należało uwzględnić żądania powódki zasądzenia świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia.

Z ubezpieczenia leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych przyznano powódce kwotę 648 złotych z tytułu hospitalizacji w dniach 23 czerwca - 4 lipca 2013 roku, tj. 12 dni x 0,6% sumy ubezpieczenia (9.000 zł) za każdy dzień leczenia.

Z ubezpieczenia świadczenia szpitalnego (...) przyznano świadczenie z tytułu leczenia żylaków kończyny dolnej leczonych operacyjnie w wysokości 7% sumy ubezpieczenia (7.500 zł), tj. kwotę 525 złotych oraz z tytułu leczenia choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego protezoplastyką całkowitą w wysokości 39% sumy ubezpieczenia (7.500 zł), tj. kwotę 2925 złotych. Łącznie 4098 złotych.

O odsetkach od uwzględnionego roszczenia orzeczono zgodnie z treścią żądania (żądane odsetki ustawowe) na podstawie art. 817§1 k.c. Powódka zgłosiła pozwanemu roszczenie z tytułu leczenia szpitalnego i operacji biodra w dniu 18 lipca 2013 roku, a roszczenie z tytułu operacji żylaków w dniu 27 czerwca 2013 roku. Wobec czego odsetki od kwoty 525 złotych przyznano zgodnie z żądaniem od dnia 1 sierpnia 2013 roku, natomiast odsetki od kwot 2925 złotych i 648 złotych przyznano po upływie 30 dni od zgłoszenia roszczenia, tj. 18 sierpnia 2013 roku.

W pozostałym zakresie powództwo jako niezasadne oddalono.

Na podstawie art. 100 k.p.c. kosztami procesu obciążono pozwanego w całości, uznając, iż określenie należnej powódce kwoty zależało od obrachunku, którego winien dokonać pozwany. Ubezpieczyciel nigdy w tym postępowaniu nie zarzucił, by świadczenie, którego dochodzi powódka było zbyt wysokie. Ani w postępowaniu likwidacyjnym ani sądowym nie przedstawiono powódce wyliczenia wysokości ewentualnego świadczenia, które w ogóle w tej sprawie może być dochodzone. Sformułowanie OWU jest natomiast na tyle skomplikowane i tak obszerne, iż nie można oczekiwać od osoby, która nie jest prawnikiem, bądź specjalistą z zakresu ubezpieczeń, by umiała sama je wyliczyć. Nie można też zarzucić powódce, iż całkowicie bezzasadnie wygórowała swoje żądanie w pozwie, skoro za samą operację biodra zmuszona była zapłacić 16.000 złotych.

Koszty procesu zasądzone na rzecz powódki wyniosły 1.000 złotych opłaty od pozwu.

(SSR Marta Knotz)