

Sygn. akt III Ca 1230/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 października 2015 roku

Sąd Okręgowy w Łodzi III Wydział Cywilny Odwoławczy

w następującym składzie:

Przewodniczący – SSO Izabela Wawrzynekiewicz

po rozpoznaniu w dniu 14 października 2015 roku w Łodzi

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa **A. R.**

przeciwko **(...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.**

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi

z dnia 22 kwietnia 2015 roku sygn. akt XVIII C 4858/14

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz A. R. kwotę 300 (trzysta) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

Sygn. akt III Ca 1230/15

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 22 kwietnia 2015 roku sygn. akt XVIII C 4858/14 Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi zasądził od (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz A. R. kwotę 4 000 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 11 maja 2013 roku tytułem odszkodowania z umowy dodatkowego ubezpieczenia grupowego na wypadek ciężkiej choroby za szkodę powstałą na skutek zdiagnozowania niewydolności nerek oraz kwotę 717 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu i oddalił powództwo w pozostałej części.

Apelację od powyższego orzeczenia złożył pozwany, który zaskarżając wyrok w punkcie 1. Zarzucił naruszenie prawa materialnego, tj. art. 6 KC poprzez niewłaściwe zastosowanie i przyjęciu, że na stronie pozwanej spoczywał obowiązek wykazania swojej odpowiedzialności na podstawie § 4 ust. 1 pkt 5 owu oraz art. 805 § 2 pkt 2 KC w związku z § 4 ust. 1 pkt 5 owu poprzez błędną interpretację przepisów i uznanie, że powódka przebyła ciężką chorobę wymienioną w wykazie owu dodatkowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Wskazując na powyższe podstawy apelacyjne pełnomocnik pozwanego wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu za obie instancje.

W odpowiedzi na apelację pełnomocnik powódki wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania odwoławczego według norm przepisanych prawem.

Sąd Okręgowy w Łodzi zważył, co następuje.

Apelację podlegała oddaleniu.

Rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji zostało wydane na podstawie prawidłowo ustalonego stanu faktycznego, które to ustalenia Sąd Okręgowy w pełni podziela. Sąd Rejonowy dokonał właściwej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, jak również trafnej wykładni prawa materialnego. Stosownie do treści art. 505¹³ § 2 KPC w uzasadnieniu Sąd drugiej instancji w postępowaniu uproszczonym wyjaśnia podstawę prawną wyroku z przytoczeniem przepisów prawa, jeśli nie przeprowadzono postępowania dowodowego.

W sprawie spór dotyczył interpretacji postanowień ogólnych warunków umów, tj. ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, któremu to ubezpieczeniu podlegała powódka. Sporne było przede wszystkim to, czy pomimo nie przeprowadzenia dializ w okresie ubezpieczenia niewydolność nerek jest ciężką chorobą, za którą ubezpieczyciel ponosi zgodnie z umową odpowiedzialność. Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 5 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzonych uchwałą UZ/432/2003 Zarządu (...) S.A. z dnia 26 listopada 2003 roku – zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie (zdiagnozowanie lub leczenie) m.in. niewydolność nerek, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki.

Wbrew zarzutom apelującego definicja ciężkiej choroby z § 4 owu jest jasna, a mianowicie wystarczające jest dla przypisania odpowiedzialności ubezpieczycielowi jest zdiagnozowanie u ubezpieczonego jednej z ciężkich chorób określonych w tym przepisie. Co więcej, w myśl § 5 (...) SA wypłaca świadczenie w przypadku wystąpienia ciężkiej choroby w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej rozpoznania albo przeprowadzenia zabiegu albo zdarzenia ją wywołującego. Warto podkreślić, pozwany był zobowiązany do wypłacenia świadczenia w dniu rozpoznania ciężkiej choroby. Takie określenie ciężkiej choroby przez pozwanego wskazuje, iż ubezpieczenie obejmuje każdą końcową niewydolność nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, która spowodowała konieczność stałych i regularnych dializ.

Nie można zgodzić się z poglądem pozwanego i dokonywaną interpretacją § 4 ust. 1 pkt 5 owu w ten sposób, że warunkiem jest dokonanie w okresie ubezpieczenia regularnych, stałych dializ. Należy rozważyć, jak zdaniem skarżącego należałoby interpretować powyższy zapis owu, jeśli byłaby to przeprowadzona już jedna dializa, a kolejne już po zakończeniu okresu ubezpieczenia, czy byłaby to już, w ocenie apelującego, stała i regularna dializoterapia, czy jednak nadal nie zostałby spełniony ten warunek, ile musiałoby być przeprowadzonych dializ w okresie ubezpieczenia po uprzednim zdiagnozowaniu, aby ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność.

Jak wynika z ustaleń Sądu Rejonowego, które Sąd Okręgowy w całości podziela, u powódki w okresie ubezpieczenia zdiagnozowano schyłkową niewydolność nerek stopnia 5 i została w tym czasie zakwalifikowana do rozpoczęcia dializ, ale już same zabiegi wykonano po 31 marca 2013 roku, czyli po zakończeniu okresu odpowiedzialności pozwanego. W dniu 13 maja 2013 roku wytworzono u powódki po zabiegu operacyjnym przetokę dializacyjną na lewym przedramieniu, ale na skutek niesprawności tej przetoki w dniach 7 – 10 czerwca 2013 roku w Szpitalu im. (...) założono cewnik do żyły szyjnej wewnętrznej prawej oraz w dniu 11 czerwca 2013 roku dokonano operacji ginekologicznej (karta informacyjna k. 24 i 31). Powódka przewieziona została po operacji z powrotem do Szpitala im (...) na Oddział Kliniczny Nefrologii, H. i transplantologii N. z Pododdziałem Dializ (karta informacyjna k. 34). W odpowiedzi na pozew pozwany nie kwestionował samego faktu zachorowania powódki na ciężką chorobę z § 4 ust. 1 pkt 5 owu, ale wskazywał, że nie spełniła przesłanki konieczności dializ w marcu 2013 roku, ponieważ załączyła jedynie zaświadczenie lekarskie na jej wniosek. Dializy zaś wykonano dopiero w czerwcu 2013 roku, czyli po zakończeniu okresu ubezpieczenia.

Zgodnie z utrwalonym poglądem judykatury (m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2004 r. V CK 481/03; L.) warunki umów, stanowiące integralną część zawartej przez strony umowy ubezpieczenia, podlegają wykładni

według reguł określonych w art. 65 § 2 KC, gdy ich postanowienia nie są precyzyjne i stwarzają wątpliwości co do ich istotnej treści. Wykładnia ta nie może pomijać celu, w jakim umowa została zawarta, a także natury i funkcji zobowiązania. Celem umowy jest zaś niewątpliwie udzielenie ubezpieczonemu ochrony na wypadek określonego w umowie ryzyka, w zamian za zapłatę składki. Umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny do wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony. Celem umowy jest zaś niewątpliwie udzielenie ubezpieczonemu ochrony na wypadek określonego w umowie ryzyka, w zamian za zapłatę składki. Umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny do wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony (por. wyrok SN z dnia 28 maja 1997 r., III CKN 76/97 (L.)). Z tego więc punktu widzenia należało ocenić zawartą przez strony umowę. Jak wynika z dokonanych ustaleń, umowa została zawarta w wariantcie rozszerzonym i obejmowała ubezpieczenie wypadki wystąpienia ciężkiej choroby. Z istoty umowy ubezpieczenia nie wynika oczywiście zakaz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, gdy szkoda powstała lub uległa zwiększeniu wskutek zaistnienia przesłanek określonych w samej umowie lub w stanowiących jej część kwalifikowanych wzorcach, jakimi są ogólne warunki umów. Niewątpliwie jednak spełnienie funkcji ochronnej umowy ubezpieczenia wymaga, aby przed jej zawarciem ubezpieczający miał świadomość, jakie wypadki ograniczają lub wyłączają odpowiedzialność kontrahenta. Ogólne warunki powinny zatem w sposób precyzyjny takie wypadki określać, a w razie niejasności czy wątpliwości postanowienia te należy interpretować na korzyść ubezpieczającego (por. wyrok SN z dnia 18 marca 2003 r., IV CKN 1858/00, L.). Nie można aprobować wykładni pozwalającej na odmowę wypłaty odszkodowania w sytuacji, w której ubezpieczony dopiero po zajściu zdarzenia dowiadyuje się, że nie spełnia wymagań do wypłaty odszkodowania.

Ubezpieczyciel, jako autor ogólnych warunków ubezpieczenia, a przy tym profesjonalista, ma obowiązek sformułować je precyzyjnie. W razie niejasności czy wątpliwości, co do poszczególnych postanowień należy je interpretować na korzyść ubezpieczającego. Byłoby, bowiem sprzeczne z zasadami współzycia społecznego, by konsekwencje nieściślej redakcji tych postanowień obciążały ubezpieczającego (Wyrok SN z dnia 18 marca 2003 r. IV CKN 1858/00; L.). Wykładnia postanowień wzorca umowy stworzonego m.in. przez ubezpieczyciela musi uwzględniać określony cel umowy ubezpieczenia (art. 65 § 2 KC), którym jest ochrona ubezpieczonego realizowana poprzez uwzględnienie jako zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela, przy jednoczesnym ograniczonym rozumieniu przesłanek wyłączających tę odpowiedzialność. Ma to szczególne znaczenie zwłaszcza przy interpretacji postanowień nieostrych czy wprowadzających kryteria ocenne. Cel umowy jako kryterium wykładni także postanowień wzorca umowy nakazuje położenie nacisku na ochronny charakter stosunku prawnego ubezpieczenia. Wykładnia postanowień wzorca umowy stworzonego przez ubezpieczyciela nie może prowadzić do zaostrzenia wymagań stawianych ubezpieczającemu i ograniczania obowiązków ubezpieczyciela. Taki kierunek wykładni przesądzałby o naruszeniu art. 65 § 2 KC w powiązaniu z celem i istotą umowy ubezpieczenia wynikającymi z art. 805 § 1 KC. (Wyrok SN z dnia 6 lutego 2015 r. II CSK 295/14; L.).

Sąd Okręgowy uznał, że powódce, która wykazała poprzez dokumenty w postaci kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, że zdiagnozowano u niej ciężką chorobę w rozumieniu § 4 ust.1 pkt 5 owu w okresie ubezpieczenia (okoliczność bezsporna), przysługuje zatem umówione świadczenie z umowy ubezpieczenia wobec zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego. Wysokość roszczenia nie była sporna.

Podkreślić należy, że zgodnie z rozkładem ciężaru dowodu (art. 6 KC, w związku z art. 3 KPC i art. 232 KPC) to na pozwanym spoczywa ciężar dowodu na okoliczność wystąpienia faktów prawnotamujących, gdyż to pozwany ubezpieczyciel z faktów tych wywodzi skutki prawne i temu obowiązkowi nie podołał, co więcej nie kwestionował faktu wystąpienia ciężkiej choroby w rozumieniu owu ani też podjęcia dializoterapii, ale podnosił, że były one faktycznie wykonane po zakończeniu stosunku umownego.

Z tych względów Sąd Okręgowy w Łodzi w oparciu o art. 385 kpc oddalił apelację jako bezzasadną orzekając o kosztach postępowania odwoławczego na podstawie art. 98 kpc w związku z art. 108 §1 kpc i art. 391 § 1 kpc oraz § 6 pkt 3 i § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności

adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. nr 163, poz.1348 ze zm.).