

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 18 kwietnia 2016 r., wydanym w sprawie z powództwa M. W. przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę, Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 4.312,50 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty z tym zastrzeżeniem, iż od dnia 1 stycznia 2016 r. będą to odsetki ustawowe za opóźnienie, oddalił powództwo w pozostałej części i zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 717,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd I instancji ustalił, że w dniu 2 października 2013 r. powódka wykupiła na rzecz K. S. (1) uczestnictwo w imprezie turystycznej w dniach od 19 grudnia 2012 r. (w uzasadnieniu omyłkowo – „19.12.2013 r.”) do 8 stycznia 2013 r. oraz ubezpieczenie kosztów rezygnacji przez K. S. (1) z imprezy turystycznej w pozwanym Towarzystwie, stwierdzone polisą nr (...), przy czym integralną część umowy ubezpieczeniowej stanowiły ogólne warunki ubezpieczenia „Bezpieczne podróże” z dnia 2 lipca 2012 r. W dniu 31 października 2012 r. powódka złożyła do zakładu ubezpieczeń pismo o rezygnacji ubezpieczonej z przedmiotowej imprezy turystycznej z uwagi na chorobę żołądka, a w dniu 26 listopada 2012 r. wydano zaświadczenie o planowanym u K. S. (1) w okresie od 18 do 24 grudnia 2012 r. zabiegu lekarskim dotyczącym choroby jamy brzusznej. K. S. (1) poddana została jednak kuracji farmakologicznej, która okazała się na tyle skuteczna, że ostatecznie zrezygnowano z planowanego zabiegu i w grudniu 2012 r. biuro turystyczne, z którym powódka pozostawała w stałym kontakcie, zostało poinformowane o możliwości uczestniczenia przez K. S. (1) w imprezie turystycznej. Było to nadal możliwe, gdyż bilet lotniczy na przelot do miejsca, gdzie miał odbywać się pobyt w ramach imprezy turystycznej był cały czas zarezerwowany przez biuro. W dniu 16 grudnia 2012 r. K. S. (1) zachorowała jednak na bakteryjne zapalenie płuc. Spowodowane chorobą złe samopoczucie i konieczność poddania się antybiotykoterapii skutkowały koniecznością rezygnacji z imprezy turystycznej, o czym biuro turystyczne zostało poinformowane przez powódkę. Koszty rezygnacji wyniosły 4.312,59 zł. W toku postępowania likwidacyjnego pozwane Towarzystwo wysłało do powódki w dniu 24 grudnia 2012 r. oraz w dniu 8 kwietnia 2013 r. wezwanie do przedstawienia dokumentacji medycznej, a w odpowiedzi powódka przesłała ubezpieczycielowi dokumentację medyczną dotyczącą zachorowania na zapalenie płuc (w postaci pochodzącego od lekarza zaświadczenia) wraz z pismem z dnia 11 marca 2013 r. i wniosła o rozpoznanie zgłoszonych roszczeń. W dniu 23 września 2015 r. powódka i K. S. (1) zawarły umowę przelewu wierzytelności z umowy ubezpieczenia stwierdzonego przedmiotową polisą.

Czyniąc ustalenia faktyczne w niniejszej sprawie, Sąd Rejonowy zwrócił uwagę, że twierdzenia pozwu nie były poparte żadnymi stwierdzonymi na piśmie wynikami badań, jednakże nie dyskwalifikowało to ich, ponieważ świadek K. S. wiarygodnie wytłumaczyła, iż stało się tak dlatego, że jej matka, będąca lekarzem prowadzącym od 10 lat praktykę w Niemczech, sama zdiagnozowała chorobę i przeprowadziła niezbędne badania laboratoryjne we własnym gabinecie. W ocenie Sądu zeznania tego świadka nie budziły żadnych wątpliwości co do ich wiarygodności, zarówno ze względu na sam sposób ich składania, jak i biorąc pod uwagę fakt, iż w świetle doświadczenia życiowego wydaje się niezwykle mało prawdopodobne, by świadek zrezygnowała z wyjazdu świątecznego z rodziną, na który wcześniej się zdecydowała, gdyby nie zmusiła jej do tego obłożna choroba. Nadto Sąd meriti uznał za wiarygodne twierdzenia, że K. S. (1) nie poddała się w okresie czasu, w którym miała odbyć się przedmiotowa impreza turystyczna, żadnemu zabiegowi lekarskiemu związanemu z wcześniej wykrytą chorobą żołądka wobec powodzenia kuracji farmakologicznej, i podniósł, że okoliczności zachorowania przez świadka na zapalenie płuc oraz konieczność zastosowania kuracji była stwierdzona zaświadczeniem lekarskim, którego prawdziwość nie została przez pozwane Towarzystwo zakwestionowana.

Sąd Rejonowy uznał, że w takim stanie faktycznym powództwo w zakresie roszczenia głównego zasługuje na uwzględnienie w całości. Zdaniem Sądu, powódce przysługuje legitymacja czynna w sprawie wobec dokonania przez K. S. (1) przelewu wierzytelności z umowy ubezpieczenia. Sąd wyjaśnił dalej, że zgodnie z § 22 ust. 1 i 2 ogólnych warunków ubezpieczenia „Bezpieczne podróże” z dnia 2 lipca 2012 r. (dalej: o.w.u.) przedmiotem ubezpieczenia są koszty rezygnacji z imprezy turystycznej zakupionej w biurze podróży prowadzącym swą działalność na terminie RP, spowodowane przyczynami losowymi wymienionymi w ust. 4. W myśl § 22 ust. 4 lit. c o.w.u. ubezpieczyciel

(w uzasadnieniu omyłkowo – „biuro”) zobowiązał się zwrócić opłaty poniesione przez ubezpieczonego w związku z rezygnacją, gdy wynikała ona z nagłego zachorowania, które § 2 pkt. 29 o.w.u. definiuje jako powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej, w związku z którym nastąpiła konieczność poddania się leczeniu przez zakończeniem podróży zagranicznej. Sąd Rejonowy nie miał żadnych wątpliwości, że stan chorobowy polegający na bakteryjnym zapaleniu płuc, który powstał u powódki stanowi nagłe zachorowanie w rozumieniu § 2 pkt. 29 o.w.u. i zaznaczył przy tym wyraźnie, że nie oceniał, czy zdiagnozowana wcześniej u K. S. (1) choroba żołądka stanowiła zdarzenie podlegające ochronie ubezpieczeniowej, gdyż ostatecznie nie ona była przyczyną niemożności uczestniczenia przez K. S. (1) w imprezie turystycznej. Sąd argumentował, że o.w.u. nie wykluczają zgłaszania dalszych zdarzeń ubezpieczeniowych i wobec tego za skuteczne uznać należy zgłoszenie pozwanemu pismem z dnia 11 marca 2012 r. roszczenia, wynikającego ze zdarzenia z dnia 16 grudnia 2012 r. Ostatecznie Sąd I instancji, wobec zaistnienia zdarzenia podlegającego ochronie, zasądził od pozwanego dochodzoną pozwem kwotę, zaznaczając jeszcze, iż ubezpieczyciel nie wykazał, aby zaistniała sytuacja przewidziana w § 26 ust. 2 lub 3 o.w.u. uzasadniająca zmniejszenie należnego świadczenia lub odmowę wypłaty odszkodowania.

O żądanych przez powódkę odsetkach Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 481 § 1 i § 2 k.c., mając na uwadze, iż brzmienie tego przepisu uległo zmianie, poczynając od dnia 1 stycznia 2016 r. Zdaniem Sądu, pozwany mógł dowiedzieć się o wystąpieniu u K. S. (1) choroby zapalenia płuc dopiero w dniu 15 marca 2013 r., czyli po upływie 3 dni od daty nadania pisma z dnia 11 marca 2012 r., a tym samym odsetki ustawowe należą się dopiero z upływem 30 dni od tej daty, to jest od dnia 16 kwietnia 2013 r. O kosztach procesu rozstrzygnięto w oparciu o art. 98 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku złożył pozwany, zaskarżając go w zakresie pkt. 1 i 3 oraz wnosząc o jego zmianę i oddalenie powództwa w całości, jak również o zasądzenie na jego rzecz od powódki zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych, ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Rejonowemu do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia. Skarżący zarzucił naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. z związku z art. 233 § 2 k.p.c. w związku z art. 6 k.c. oraz w związku z art. 805 k.c. i w związku z § 2 pkt. 29 o.w.u., argumentując, że wbrew ustaleniom Sądu zebrany w toku postępowania materiał dowodowy nie pozwala przyjąć, iż ubezpieczona K. S. (1) zachorowała w dniu 16 grudnia 2012 r. na zapalenie płuc, ponieważ skoro powódka nie przedłożyła dokumentacji medycznej, na podstawie której wydano zaświadczenie lekarskie z dnia 28 grudnia 2012 r., to nie sposób w oparciu o ten tylko dokument przyjąć zaistnienia takiej okoliczności. Apelujący zarzucił także naruszenie art. 805 k.c. w związku z § 22 ust. 4 lit. a) o.w.u. w związku z § 2 pkt. 29 o.w.u. w związku z art. 6 k.c. i w związku z art. 278 § 1 k.p.c., twierdząc, że nawet gdyby możliwe było ustalenie, iż ubezpieczona rzeczywiście zachorowała na zapalenie płuc w dniu 16 grudnia 2012 r., to nie oznacza to jeszcze, iż wystąpiło nagłe zachorowanie w rozumieniu postanowień o.w.u. uniemożliwiające udział w imprezie turystycznej, bowiem o tym rozstrzygnąć może jedynie biegły sądowy posiadający wiadomości specjalne. Skarżący podniósł również naruszenie art. 509 § 1 k.c. w związku z § 5 ust. 5 i 6 o.w.u., wywodząc, iż zawarta przez powódkę z K. S. (1) umowa cesji jest nieważna jako dokonana wbrew wyraźnemu zastrzeżeniu umownemu, ponieważ z przytoczonego postanowienia o.w.u. wynika, że zmiana ubezpieczonego możliwa jest tylko przed rozpoczęciem imprezy turystycznej i tylko pod warunkiem powiadomienia ubezpieczyciela.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jako zupełnie bezzasadna podlegała oddaleniu.

Skarżący twierdzi, że w toku postępowania nie zostało wykazane, iż po stronie K. S. (1) powstało roszczenie o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia, ponieważ powódka nie udowodniła, że ubezpieczona zachorowała na zapalenie płuc, jak również że taka choroba – nawet jeśli rzeczywiście zaistniała – zagrażała zdrowiu lub życiu ubezpieczonej, wymagała natychmiastowej pomocy lekarskiej i powodowała konieczność poddania się leczeniu. Jeśli chodzi o pierwszą z tych okoliczności, to Sąd odwoławczy jest zdania, że nie znajduje żadnego oparcia w przepisach procedury cywilnej twierdzenie, na którym skarżący opiera swoje wywody, że fakt zachorowania może zostać wykazany w toku postępowania sądowego jedynie za pomocą szczegółowej dokumentacji medycznej, a jeśli strona takiego dowodu

nie przedstawi, to innym powołanym przez nią dowodom należałoby odmówić wiarygodności i mocy dowodowej. W ocenie Sądu II instancji przepisy Kodeksu postępowania cywilnego pozwalają stronom procesu wykazywać swoje twierdzenia faktyczne wszelkimi środkami dowodowymi, w tym także takimi, jakimi posłużyła się powódka, to jest dokumentami w postaci zaświadczeń lekarskich i zeznaniami świadków, i nie sposób zgodzić się z wywodami autora apelacji, w myśl których taki materiał dowodowy nie ma żadnej wartości, a jedynym sposobem wykazania twierdzeń będących podstawą faktyczną powództwa jest złożenie kompletu badań lekarskich. Sąd odwoławczy uważa, że stosunkowo obszerne wywody apelacji w tym zakresie stanowią próbę usprawiedliwienia bierności pozwanego na etapie procesu przed Sądem I instancji, bo choć skarżący powołuje się na niezłożenie tej dokumentacji przez ubezpieczoną mimo wezwań ubezpieczyciela, to jednak pomija skrętnie fakt niezgłoszenia w toku postępowania sądowego jakiegokolwiek wniosku o zobowiązanie powódki przez Sąd do przedstawienia wspomnianych w apelacji wyników badań. Gdyby taki wniosek został złożony i gdyby powódka – mimo stosowanego zobowiązania – nie uczyniłaby zadość ewentualnie nałożonemu na nią obowiązkowi, wówczas Sąd musiałby z pewnością wziąć tę okoliczność pod uwagę, stosownie do art. 233 § 2 k.p.c., przy dokonywaniu oceny całokształtu materiału dowodowego, co mogłoby znacząco wpłynąć na ocenę innych dowodów przeprowadzonych w sprawie, skoro jednak ubezpieczyciel takiego żądania nie zgłosił – a jedynie wykazywał fakt niezłożenia przedmiotowej dokumentacji w toku postępowania likwidacyjnego – Sąd meriti nie miał żadnych podstaw, aby negatywnie oceniać decyzję powódki o skorzystaniu z innych środków dowodowych dla wykazania spornej okoliczności.

Na uwzględnienie nie zasługiwał ponadto zarzut pozwanego, iż jedynie biegły sądowy, posiadający wiadomości specjalne, jest w stanie ocenić, czy bakteryjne zapalenie płuc wymaga natychmiastowej pomocy lekarskiej i powoduje konieczność poddania się leczeniu – co pozwoliłoby na potraktowanie tej dolegliwości jako nagłego zachorowania w rozumieniu § 2 pkt. 29 o.w.u. W istocie, w postępowaniu sądowym niejednokrotnie zachodzi potrzeba skorzystania z wiadomości specjalnych – wtedy mianowicie, kiedy rozstrzygnięcie danej kwestii z zakresu ustaleń faktycznych wymaga wiedzy wykraczającej poza zakres wiadomości i doświadczenia życiowego przeciętnego człowieka. Zdaniem Sądu odwoławczego jednak, taka sytuacja nie zachodzi przy dokonywaniu ustaleń co do okoliczności, której dotyczy postawiony w apelacji zarzut. Nie wymaga doprawdy pogłębionej wiedzy medycznej stwierdzenie, że osoba, która niespodziewanie zachorowała na bakteryjne zapalenie płuc, wymaga poddania się leczeniu bez zbędnej zwłoki, a jeśli zamiast tego weźmie udział w imprezie turystycznej, to może łączyć się to z poważnym zagrożeniem dla jej zdrowia. W ocenie zatem Sądu II instancji Sąd Rejonowy mógł bez przeszkód oprzeć ustalenia faktyczne w tym przedmiocie na własnym doświadczeniu życiowym i wiedzy powszechnej, co z pewnością nie stanowi naruszenia przepisów normujących postępowanie dowodowe.

Rażąco nietrafny jest też zarzut pozwanego odnoszący się do rzekomego naruszenia przez Sąd I instancji art. 509 § 1 k.c. w związku z § 5 ust. 5 i 6 o.w.u., poprzez uznanie za ważną umowy przelewu wierzytelności zawartej przez powódkę z K. S. (1). Zgodnie ze wskazanym przez autora apelacji art. 509 § 1 k.c., wierzyciel nie może bez zgody dłużnika przenieść wierzytelności na osobę trzecią, jeśli sprzeciwiałoby się to zastrzeżeniu umownemu, przy czym skarżący dopatruje się zakazu zbywania wierzytelności wynikającej z umowy ubezpieczenia w treści § 5 ust. 5 i 6 o.w.u. Podnieść tu zatem należy, że przedmiotowy zapis o.w.u. dotyczy jedynie zmiany ubezpieczonego, a więc – zgodnie z § 2 pkt. 52 o.w.u., jak również z art. 808 § 1 k.c. – osoby, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia, zaś w okolicznościach sprawy niniejszej w żadnym razie do takiej zmiany nie doszło – umowę ubezpieczenia zawarto bowiem na rzecz K. S. (1) i była ona osobą ubezpieczoną przez cały okres trwania ochrony ubezpieczeniowej. Natomiast żadne postanowienia umowne, a w szczególności te, które powołuje w swojej apelacji skarżący, nie zakazują osobie uprawnionej z umowy do zbycia na rzecz innego podmiotu wierzytelności o zapłatę świadczenia, która powstała już w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego. Przedstawienie w apelacji twierdzenia, iż powódka dochodząca roszczeń objętych pozwem przypisuje sobie w związku z dokonaniem przelewu – w sprzeczności z postanowieniami o.w.u. – status osoby ubezpieczonej, a więc podmiotu objętego udzielaną przez pozwane towarzystwo ochroną na wypadek zaistnienia dotyczącego jej zdarzenia ubezpieczeniowego, mogłoby się wydawać niewiarygodne, zważywszy, że złożony środek zaskarżenia sporządził profesjonalny pełnomocnik, który winien bez większych problemów odróżniać zmianę wierzyciela w ramach powstałego już wskutek zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia wypadku roszczenia o

zapłatę świadczenia od zmiany podmiotu, któremu w ramach tejże umowy ubezpieczyciel udziela ochrony związanej z możliwym zajściem takiego wypadku w przyszłości.

Mając na uwadze powyższe, Sąd odwoławczy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako niezasadną.