

Sygn. akt III Ca 399/21

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 kwietnia 2022 r.

Sąd Okręgowy w Gliwicach III Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący – Sędzia Sądu Okręgowego Roman Troll

po rozpoznaniu w dniu 14 kwietnia 2022 r. w Gliwicach na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa J. N.

przeciwko Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanej

od wyroku Sądu Rejonowego w Zabrze

z dnia 2 marca 2021 r., sygn. akt VIII C 858/17

1) oddała apelację,

2) zasądza od pozwanej na rzecz powoda 900 zł (dziewięćset złotych) z tytułu zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu odwoławczym.

SSO Roman Troll

Sygn. akt III Ca 399/21

## UZASADNIENIE

Powód J. N., w pozwie złożonym 16 października 2017 r., domagał się zasądzenia od pozwanej Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej

w W. 9000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa oraz zwrotu kosztów procesu z uwagi na zajęcie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,

a ciężka niewydolność nerek została rozpoznana u niego w czerwcu 2008 roku.

Pozwana wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda kosztów procesu, przyznając, że powód na mocy umowy z 1 czerwca 2006 r. był objęty ochroną ubezpieczeniową, ale zaprzeczając jakoby u powoda nie wystąpiło przez rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej poważne zachorowanie w rozumieniu § 1 ust. 11 Ogólnych Warunków Dodatkowego (...) Wystąpienia Poważnego Zachorowania.

Wyrokiem z 2 marca 2021 r. Sąd Rejonowy w Zabrze zasądził od pozwanej na rzecz powoda 9000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 16 października 2017 r. (pkt 1. po sprostowaniu postanowieniem z 26 marca 2021 t. / k. 605/); zasądził od pozwanej na rzecz powoda 2267 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (pkt 2.) oraz nakazał pobrać od pozwanej na rzecz Skarbu Państwa-Sądu Rejonowego w Zabrze 2764,27 zł tytułem nieuiszczonych wydatków (pkt 3.).

Orzeczenie to zapadło przy następujących ustaleniach faktycznych: u powoda we wczesnych latach dzieciństwa stwierdzono wadę układu moczowego pod postacią wstecznych odpływów pęcherzowo-moczowodowych, w 1980

roku stwierdzono brak funkcji nerki prawej oraz przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek i zakwalifikowano do usunięcia nerki prawej, wówczas nerka lewa była wydolna. 1 czerwca 2006 r. pomiędzy (...) Towarzystwem (...) na (...) Spółką Akcyjną z w W. a Gminą Miejską Z. Jednostką (...) Finansowej (...) zawarta została umowa grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a powód, jako pracownik ubezpieczającego, został objęty ochroną ubezpieczeniową; zgodnie z umową i Ogólnymi Warunkami (...) ubezpieczonymi objętymi ochroną z tytułu ww. umowy były pracownicy i współpracownicy ubezpieczającego, zaś przedmiotem umowy życie ubezpieczonego oraz, w zależności od wybranego M./Rozmiaru, jego zdrowie oraz życie i zdrowie współubezpieczonego; zgodnie z Ogólnymi Warunkami Dodatkowego (...) Wystąpienia Poważnego Zachorowania zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową było wystąpienie u ubezpieczonego (po objęciu go ochroną – § 3 ust. 3) poważnego zachorowania w postaci m.in. schyłkowej niewydolności nerek, rozumianej jako chroniczne, nieodwracalne i całkowite uszkodzenie obu nerek uniemożliwiający ich funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu i rozpoznane przez specjalistę nefrologa (§ 1 pkt 11); umowa przewidywała wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku, jeżeli poważne zachorowanie lub jednostka chorobowa, w przebiegu której doszło do wystąpienia niewydolności nerek, wystąpiła u Ubezpieczonego przed objęciem go ubezpieczeniem dodatkowym (§ 7 ust. 2); od 1 marca 2010 r. wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego wynosiła 9000 zł. Obecnie ubezpieczyciel działa pod nazwą: Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna. W dacie objęcia powoda ochroną ubezpieczeniową powód nie miał niewydolności nerek; dopiero w marcu 2008 roku pojawiło się nadciśnienie tętnicze i podwyższoną ilość leukocytów, przeprowadzono pogłębioną diagnostykę i okazało się że u powoda dopuszczalny poziom kreatyniny był dwukrotnie przekroczony; w kwietniu 2008 roku powód chorował na przewlekłą chorobę nerek w stadium 3b, bez istotnych objawów klinicznych, a w późniejszych latach choroba nerek postępowała.; w kwietniu 2017 roku u powoda rozpoznano schyłkową niewydolność nerek. Na dzień przystąpienia do grupowego ubezpieczenia powód nie miał świadomości o toczącym się procesie chorobowym w postaci przewlekłego zakażenia dróg moczowych, gdyż proces niszczenia nerki lewej przebiegał bardzo wolno i skrycie; przez wiele lat nie odczuwał żadnych objawów klinicznych mogących świadczyć o rozwoju choroby i był przekonany, że w okresie dzieciństwa został wyleczony. Wnioskiem z 8 maja 2017 r. powód zgłosił pozwaną zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci poważnego zachorowania i domagał się wypłaty świadczenia, ale pozwana odmówiła dokonania wypłaty świadczenia.

Przy tak dokonanych ustaleniach faktycznych Sąd Rejonowy, przywołując regulacje art. 805 k.c., art. 808 k.c., art. 815 k.c., art. 829 § 1 k.c., art. 834 k.c. i umowne związane z zawartym kontraktem (§ 1 pkt 11, § 3 ust. 2 pkt c i ust. 3, § 7 ust. 2 Ogólnych Warunków Dodatkowego (...) Wystąpienia Poważnego Zachorowania), uznał powództwo za zasadne. Wskazał, że zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową było wystąpienie poważnego zachorowania w postaci schyłkowej niewydolności nerek, rozumianej jako chroniczne, nieodwracalne i całkowite uszkodzenie obu nerek uniemożliwiający ich funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu i rozpoznane przez specjalistę nefrologa, a odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona, jeżeli poważne zachorowanie lub jednostka chorobowa, w przebiegu której doszło do niewydolności nerek, wystąpiło u ubezpieczonego przed objęciem go ubezpieczeniem dodatkowym, zaś u powoda zaś rozpoznano schyłkową niewydolność nerek w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w kwietniu 2017 roku, prawie 12 lat po dacie objęcia ochroną ubezpieczeniową. Powód w dobrej wierze przystąpił do dodatkowego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia poważnego zachorowania w ramach grupowego pracowniczego ubezpieczenia na życie, a składka należna ubezpieczycielowi była opłacana, a przed 2008 rokiem nie miał żadnych objawów klinicznych rozwijającej się u niego choroby nerek, zaś schyłkowa niewydolność nerek została u niego rozpoznana dopiero w 2017 roku. W ocenie Sądu Rejonowego nie można czynić powodowi zarzutu, że umyślnie zataił przed ubezpieczycielem swój stan zdrowia, gdyż do 2008 roku nie miał żadnych objawów klinicznych i był przekonany, że schorzenie, które rozpoznano u niego w dzieciństwie zostało wyleczone, a biegły z zakresu nefrologii R. L. potwierdził, że przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek nie zawsze prowadzi do schyłkowej niewydolności nerek, czyli występująca u powoda przed zawarciem umowy jednostka chorobowa mogła, ale nie musiała doprowadzić do wystąpienia niewydolności nerek, na którą zresztą, jak wynikało z ustnej opinii biegłego sądowego, powód nie chorował w dacie objęcia go ochroną ubezpieczeniową; zaś zdarzenie ubezpieczeniowe, tj. poważne zachorowanie w postaci schyłkowej niewydolności nerek wystąpiło u powoda po wielu latach od objęcia go ochroną ubezpieczeniową.

Dodatkowo zaznaczył, że pozwana nie mogła skutecznie powoływać się na wyłączenie swojej odpowiedzialności, gdyż poważne zachorowanie wystąpiło u powoda dopiero w 2017 roku, a zatem niewątpliwie po upływie 3 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia (2006 rok). O odsetkach Sąd rejonowy orzekła na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c., a o kosztach na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. oraz art. 83 ust. 1 ustawy z 28 lipca 2015 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Apelację od tego wyroku złożyła pozwana, zaskarżając go w całości i zarzucając mu naruszenie: art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną i wybiórczą ocenę materiału dowodowego w postaci Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (OWU), w tym m.in. dowodu z głównej i uzupełniającej opinii biegłego sądowego R. L., Ogólnych Warunków Dodatkowego (...) Wystąpienia Poważnego Zachorowania (...), a w szczególności: dowolną ocenę § 1 ust. 11 (...) wyrażającą się w błędnym przyjęciu, że zakres ochrony ubezpieczeniowej pozwanej z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy również tych poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane u powoda przed objęciem ochroną ubezpieczeniową tego zdarzenia ubezpieczeniowego, w sytuacji, gdy nie wynika to żaden sposób treści (...), albowiem poważne zachorowanie w postaci schyłkowej niewydolności nerek w rozumieniu § 1 ust. 11 (...) nastąpiło u powoda przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, gdyż niewydolność nerek została rozpoznana w 2008 r., pominięcie § 3 ust. 2 punktu c) (...) i § 7 ust. 2 OWU zgodnie, z którym odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania nie dotyczy tych rodzajów poważnych zachorowań, które były zdiagnozowane lub leczone przed objęciem ochroną ubezpieczeniową tego zdarzenia ubezpieczeniowego, co skutkowało błędnym ustaleniem, że pozwana ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową za schorzenia powoda zdiagnozowane i leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania oraz z tytułu schyłkowej niewydolności nerek; art. 815 § 1 i 3 k.c. w związku z art. 834 k.c. poprzez ich zastosowanie i zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda od dochodzonego świadczenia, podczas gdy ubezpieczony zataił przed pozwaną istotną okoliczność, że choruje na schyłkową niewydolność nerek, o którą to okoliczność pozwana zapytała we wniosku o ubezpieczeniu, a na skutek tej choroby, wbrew rozstrzygnięciu Sądu Rejonowego, nie doszło do żadnego wypadku, o którym mowa w art. 834 k.c., w efekcie pozwana nie może ponosić odpowiedzialności ubezpieczeniowej za niewydolność nerek; art. 805 § 1 i 2 k.c. w związku z art. 808 § 3 k.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie i zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda 9000 zł z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poważnego zachorowania powoda oraz z tytułu schyłkowej niewydolności nerek u powoda, gdy w okolicznościach tej sprawy odpowiedzialność ubezpieczeniowa nie zachodzi.

Przy tak postawionych zarzutach wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa w całości i rozstrzygnięcia o kosztach procesu za obie instancje.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanej na jego rzecz kosztów postępowania odwoławczego

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Sąd Okręgowy rozpoznawał sprawę w postępowaniu uproszczonym, gdyż dotyczy żądania zasądzenia świadczenia, które nie przekracza 20000 zł (art. 505<sup>1</sup> § 1 k.p.c.).

Orzeczenie zostało wydane na posiedzeniu niejawnym, gdyż żadna ze stron (w apelacji oraz w odpowiedzi na apelację) nie wносиła o przeprowadzenie rozprawy, a nie było konieczności jej przeprowadzenia (art. 374 k.p.c.).

Jeżeli chodzi o zarzuty naruszenia regulacji prawa procesowego, to stanowią one jedynie nieuzasadnioną polemikę z prawidłowo wykonanymi ustaleniami stanu faktycznego przez Sąd Rejonowy, który ustalił treść regulacji umownych; apelująca nawet nie wskazuje, że treść tych postanowień umownych była inna niż została ustalona przez ten Sąd. Pozwana nie wskazuje innej treści postanowień umownych tylko inaczej je interpretuje. Z tych względów zarzuty w tym zakresie są bezzasadne. Ocena materiału dowodowego dokonana przez Sąd Rejonowy mieści się w granicach

zakreślonych art. 233 § 1 k.p.c., nie została przekroczona granica swobodnej oceny dowodów, a wnioski co do faktów w sposób logiczny wynikają z treści dowodów zgromadzonych w sprawie. Sąd Rejonowy poddał ocenie w sposób kompleksowy i właściwy cały materiał dowodowy zebrany w sprawie, a skarżąca nie wykazała, aby uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, tymczasem tylko takie uchybienia mogą być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów, nie jest bowiem wystarczające samo przekonanie strony o innej niż przyjął sąd wadze poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie, niż ocena sądu.

Z tych względów ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd Rejonowy są prawidłowe i jako takie Sąd Okręgowy uznaje za własne.

Sąd Rejonowy brał pod uwagę cały materiał dowodowy zebrany w tej sprawie, także podnoszone w apelacji postanowienia umowne w zakresie ogólnych warunków. Z uzasadnienia Sądu Rejonowego wyraźnie wynika, że przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek nie zawsze prowadzi do schyłkowej niewydolności nerek, a biegły wyraźnie zaznaczył w ustnej opinii uzupełniającej – że w marcu 2008 r. niewydolność nerek nie była klinicznie istotna, bo powód nie miał niedokrwistości i nie było jej objawów klinicznych ani laboratoryjnych. Oczywistym jest to, że powód leczył się w dzieciństwie właśnie z uwagi na przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek, ale jak sam powód zeznał, a Sąd Rejonowy ustalił, doszło do jego wyleczenia, usunięto powodowi prawą nerkę i potem przez dziesiątki lat nie miał żadnych objawów, ani nie leczył się (nie było więc podstaw do twierdzeń o istnieniu jednostki chorobowej, o której nikt nie wiedział). Z tych względów nie można przyjąć, jak chce apelująca, że powód zataił pewne okoliczności we wniosku z pytaniami, którego nawet nie przedstawiła (tak też zauważył Sąd Rejonowy), a to ją obciąża ciężar dowodowy w tej części (art. 6 k.c.). W realiach tej sprawy sytuację powoda należy ocenić w ten sposób, że co do zasady doszło do jego wyleczenia, a choroba odnowiła się już po zawarciu umowy ubezpieczenia.

Jak wynika z ustnej opinii biegłego R. L. w chwili zawierania umowy powód nie miał niedokrwistości, a dotyczy to także badań z 23 marca 2008 r. Dlatego też ciąg zdarzeń wskazujący na to, że wada układu moczowego u powoda spowodowała przewlekłe odmiedniczkowe zapalenie nerek, a to doprowadziło do uszkodzenia nerki lewej, co w konsekwencji doprowadziło do schyłkowej niewydolności nerki nie może stanowić o tym, że wyłączona jest odpowiedzialność ubezpieczyciela, albowiem pomiędzy podjętym w dzieciństwie leczeniem, a objęciem ubezpieczeniem nie doszło do odnowienia się tej jednostki chorobowej - biegły wskazuje, że nie było nawet klinicznych i laboratoryjnych jej objawów. Wszystko to jest związane z tym, że tego rodzaju choroba może doprowadzić do schyłkowej niewydolności nerek, ale wcale nie musi tego zrobić, albowiem pacjent nie musi wiedzieć, że choruje - co potwierdza stan faktyczny w tej sprawie, gdyż powód leczony w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku objawy zaczął mieć dopiero po zawarciu umowy ubezpieczenia, i to po 2 latach od jej zawarcia, a po prawie 30 latach od zakończenia leczenia w dzieciństwie; a nadto w chwili dokonywania badań w marcu 2008 r. niewydolność nerki nie była klinicznie istotna; jak stwierdził biegły, gdyby powód miał również nerkę prawą, to nie byłoby problemu, gdyż w 2008 r. miał niewielkie podwyższenie kreatyniny, bez objawów klinicznych choroby.

Dlatego też zdaniem Sądu Okręgowego nie można uznać, aby w realiach tej sprawy powód ubezpieczając się w 2006 r., pozostając w usprawiedliwionej świadomości tego, że jest wyleczony, był jednocześnie objęty jednostką chorobową, w przebiegu której doszło do wystąpienia niewydolności nerek. Jak wynika ze stanu faktycznego sprawy od 28 lat przed zawarciem ubezpieczenia powód nie leczył się (i nie było podstaw do jego leczenia), a co za tym idzie nie chorował, czyli nie był objęty jednostką chorobową, która doprowadziła do niewydolności nerek. Jego choroba musiała być wówczas w stadium uśpienia, a to oznacza, że prawnie musi być kwalifikowany jako osoba zdrowa, czyli nie objęta jednostką chorobową ujętą w § 7 ust. 2 Ogólnych Warunków (...) przywołanych w apelacji. Ochrona ubezpieczeniowa przysługiwała bowiem powodowi przed zdarzeniem przyszłym, które nie istniało w chwili jej zawarcia (strony nie wiedziały o istnieniu tego zdarzenia pomimo zachowania należytej staranności – brak wówczas było objawów klinicznych choroby). Inna sytuacja byłaby wówczas, gdyby powód leczył się już w czasie zawierania ubezpieczenia na jednostkę chorobową, która ostatecznie doprowadziła do niewydolności nerek lub zaniedbał objawy chorobowe, ale w tej sprawie brak takich ustaleń, nie zostało to wykazane, a dowód w tym zakresie obciąża pozwaną (art. 6 k.c.).

Zastosowana przez Sąd Rejonowy regulacja prawna jest prawidłowa.

Dlatego też zarzuty apelacji są bezzasadne.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 385 k.p.c. w związku z art. 505<sup>10</sup> § 1 k.p.c., należało orzec jak w punkcie 1. sentencji.

O kosztach postępowania odwoławczego (punkt 2. sentencji) orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w związku z § 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. poz. 1800 ze zm.) oraz § 10 ust. 1 pkt 1 tego rozporządzenia, gdyż pozwana przegrała sprawę.

SSO Roman Troll