

Sygn. akt *III Ca 611/17*

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 lutego 2018 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach III Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SO Marcin Rak

po rozpoznaniu w dniu 20 lutego 2018 roku w Gliwicach

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa E. M.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Gliwicach

z 21 października 2016 roku, sygn. akt II C 3085/15

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od pozwanego na rzecz powódki 135 zł (sto trzydzieści pięć złotych) z tytułu zwrotu kosztów postępowania odwoławczego.**

SSO Marcin Rak

Sygn. *akt III Ca 611/17*

UZASADNIENIE

Powódka domagała się od pozwanego ubezpieczyciela 1.340,27 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu oraz kosztami procesu. Dochodzona pozwem należność główna stanowiła skapitalizowane odsetki od wypłaconego z opóźnieniem świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania. Należność wyliczona została od 10.000 zł (kwoty świadczenia) za okres od 14 marca 2014 roku (wymagalności roszczenia) do 22 maja 2015 roku (dnia wypłaty należności).

W sprzeciwie od wydanego nakazu zapłaty w postępowaniu upominawczym pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów sporu. Zarzucił, że doznane przez powódkę zachorowanie było skutkiem wady wrodzonej, co wyłączało odpowiedzialność ubezpieczeniową w świetle łączących strony postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia. Wywodził nadto, że jego decyzja o wypłacie głównego świadczenia ubezpieczonego była błędna.

Wyrokiem z 21 października 2016 roku Sąd Rejonowy zasądził od pozwanego na rzecz powódki 1.340,27 zł z ustawowymi odsetkami, z tym że od dnia 1 stycznia 2016 roku z ustawowymi odsetkami za opóźnienie, liczonymi od dnia 14 lipca 2015 roku do dnia zapłaty, a nadto zasądził od pozwanego na rzecz powódki 227 zł z tytułu zwrotu kosztów procesu.

Wyrok ten zapadł po ustaleniu, że powódka zawarła z pozwanym umowę ubezpieczenia, w ramach grupowego (...). Integralną część umowy stanowiły Ogólne Warunki Grupowego (...) (o.w.u). Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęto m.in. poważne zachorowanie (zakres rozszerzony) oraz leczenie szpitalne ubezpieczonego. Wysokość świadczenia w przypadku poważnego zachorowania wynosiła 10.000 zł. Ogólne warunki ubezpieczenia wskazywały w §33, że zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w postaci udaru mózgu. Postanowienia o.w.u. wprowadzały także ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela zastrzegając, że nie ponosi on odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania, jeżeli zdarzenia powyższe nastąpiły bezpośrednio lub pośrednio wskutek chorób będących przedmiotem leczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczonego oraz ich następstw; po upływie 2 lat od daty przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia ubezpieczyciel przyjmuje odpowiedzialność również za choroby będące przedmiotem leczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia (za wyjątkiem wad wrodzonych) (§ 17 ust. 2 pkt 9 lit. j). Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu leczenia szpitalnego została wyłączona w sytuacji, gdy leczenie szpitalne nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio wskutek zdarzeń opisanych w ust. 2 albo wskutek wad wrodzonych i ich następstw (§ 17 ust. 3 pkt 5).

Jak dalej ustalił Sąd Rejonowy, w styczniu 2014 roku powódka była hospitalizowana z uwagi na doznanie udaru niedokrwiennego mózgu. Pismem z 21 lutego 2014 roku zgłosiła pozwanemu roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania i pobytu w szpitalu. Zgłoszenie przyjęto 24 lutego 2014 roku. Pismem z 14 marca 2014 roku pozwany odmówił wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania argumentując, że było ono następstwem wady wrodzonej naczyń wewnątrzczaszkowych. Negatywnie rozpoznano także wniosek powódki o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego. Po dalszej wymianie korespondencji, ostatecznie w piśmie z 21 maja 2015 roku pozwany przyznał powódce 10.000 zł jako świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.

Uwzględniając te ustalenia faktyczne Sąd Rejonowy powołał art. 805 k.c., 808§1 zd. 1 k.c. i art. 384 k.c. Zastrzegł, że czynności podjęte przez dłużnika na etapie przedsądowym, stanowiące uznanie właściwe długu, nie pozbawiają dłużnika prawa do negocjowania swojej odpowiedzialności w postępowaniu sądowym, a jedynie przenoszą ciężar dowodu na dłużnika, który w postępowaniu sądowym musi wykazywać fakt nieistnienia zobowiązania.

Analizując treść łączącej strony umowy ubezpieczenia wskazał na §17 ust 2 o.w.u. zawierający wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zgodnie z tym zapisem ubezpieczyciel nie ponosił odpowiedzialności z tytułu wystąpienia określonych zdarzeń ubezpieczeniowych w bliżej określonych sytuacjach, w tym – zgodnie z §17 ust 2 pkt 9 j nie ponosił odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania w przypadku, gdy nastąpiło wskutek chorób będących przedmiotem leczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczonego oraz ich następstw; po upływie 2 lat od daty przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia ubezpieczyciel przyjmuje odpowiedzialność również za choroby będące przedmiotem leczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia (za wyjątkiem wad wrodzonych).

Sąd Rejonowy wywiódł, że analiza cytowanego postanowienia o.w.u. w żadnym razie nie pozwala na zaaprobowanie stanowiska pozwanego odnośnie całkowitego wyłączenia odpowiedzialności pozwanego za wady wrodzone jako przyczyny dla poważnego zachorowania ubezpieczonego. Sporne postanowienie przewiduje bowiem jedynie wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń co do poważnych zachorowań spowodowanych chorobami, które były leczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Zauważył też Sąd Rejonowy, że zapis o wadach wrodzonych odnosił się wyłącznie do drugiej części postanowienia, czyli od wyjątku od zasady ogólnej. Nadto podkreślił, że wady wrodzone generalnie mogą być poddawane leczeniu.

Dalej Sąd Rejonowy zwrócił uwagę, że w § 17 ust. 3 o.w.u. dotyczącym odpowiedzialności z tytułu leczenia szpitalnego, odpowiedzialność ubezpieczyciela została wyłączona w przypadkach, gdy leczenie szpitalne nastąpiło wskutek zdarzeń wskazanych w ust. 2 (czyli też w ust. 2 lit. j, który odnosi się m.in. do wad wrodzonych) oraz jednocześnie gdy leczenie miało miejsce wskutek wad wrodzonych (§ 17 ust. 3 pkt 5 o.w.u.). Gdyby zatem interpretować sporne postanowienie o.w.u. jako wyłączające odpowiedzialność w każdym przypadku, to zbędnym byłoby dodawanie w ust. 3 punktu 5.

Wobec tego Sąd Rejonowy doszedł do przekonania, że sporne postanowienie wyłączało odpowiedzialność wyłącznie gdy poważne zachorowanie następuje wskutek choroby, w tym wady wrodzonej, będącej przedmiotem leczenia przed zawarciem umowy.

Dodatkowo zaznaczył, że umowa ubezpieczenia została zawarta przy pomocy wzorca umownego między pozwanym przedsiębiorcą, a powódką będącą konsumentką. W sytuacji, gdy postanowienia wzorca umownego są niejednoznacznie sformułowane, to podlegają tłumaczeniu na korzyść konsumenta (art. 385§2 k.c.). W przedmiotowej sprawie postanowienia o.w.u., stanowiące integralną część łączącej strony umowy, nie zostały sformułowane w sposób jasny i klarowny, a więc powinny być tłumaczone na korzyść powódki.

W konsekwencji Sąd Rejonowy wskazał, że pozwany chcąc zwolnić się od odpowiedzialności winien wykazać sprawie, że udar mózgu jakiego powódka doznała w styczniu 2014 roku był spowodowanym chorobą będącą przedmiotem leczenia przed zawarciem umowy. Pozwany okoliczności tej nie wykazał albowiem nie zgłosił wniosków dowodowych na okoliczność leczenia u powódki oznaczonej jednostki chorobowej stanowiącej wadę wrodzoną – aplazji naczyń (wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego dotyczył wyłącznie oceny czy przyczyną dla udaru powódki była wada wrodzona), powódka zaś w toku postępowania sądowego zaprzeczyła aby w ogóle była kiedykolwiek poddawana leczeniu z uwagi na aplazję naczyń. Zgłoszony przez pozwanego wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego na okoliczność że udar mózgu powódki ze stycznia 2014 roku stanowił następstwo wady wrodzonej Sąd Rejonowy oddalił jako nieistotny dla rozstrzygnięcia.

Konkludując, Sąd Rejonowy uznał za zasadne roszczenie powódki o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania w wysokości 10.000 zł. Powódka wystąpiła do pozwanego z wnioskiem o wypłatę świadczenia w dniu 24 lutego 2014 roku. Pozwany odmówił temu wnioskowi pismem z 14 marca 2014 roku, a zmiana jego stanowiska nastąpiła 21 maja 2015 roku. Zatem według Sądu Rejonowego pozwany pozostawał w opóźnieniu z zapłatą już od dnia następnego po wydaniu decyzji odmownej, tj. od 15 marca 2014 roku. Uzasadniało to naliczenie odsetek za opóźnienie na podstawie art. 481 k.c. od dnia 15 marca 2014 roku do dnia wypłaty należności głównej, tj. 22 marca 2015 roku. Skapitalizowana wartość tych odsetek wynosiła 1.340,27 zł. Dalsze odsetki od tej należności Sąd Rejonowy zasądził na podstawie art. 482 k.c. od dnia wniesienia pozwu. Orzekając o odsetkach Sąd Rejonowy uwzględnił zmianę art. 481 k.c. wynikającą z ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw.

Jako podstawę orzeczenia o kosztach procesu Sąd Rejonowy powołał art. 98 k.p.c. Zasądzona na rzecz powódki należność obejmowała opłatę od pozwu (30 zł), wynagrodzenie pełnomocnika (180 zł) i opłatę skarbową od pełnomocnictwa (17 zł).

Apelację od tego wyroku wniósł pozwany zarzucając naruszenie art. 805§1 k.c. w zw. z §17 ust 2 pkt 9 j i §17 ust 3 pkt 5 o.w.u. w zw. z art. 65 k.c w zw. z art. 233§1 k.p.c. i art. 278§1 k.p.c.

W uzasadnieniu wywodził, że dla oceny postanowień umownych podstawowe znaczenie powinna mieć wykładnia gramatyczna jej zapisów, te zaś w części wyłączającej odpowiedzialność z tytułu poważnego zachorowania nie odwołują się do leczenia wad wrodzonych. Według skarżącego błędny było wnioskowanie Sądu Rejonowego, że skoro zapis o wadach wrodzonych umieszczony został w punkcie dotyczącym chorób będących przedmiotem leczenia to oznacza, że wady te muszą być przedmiotem leczenia. Motyw umiejscowienia przepisu był inny – chodziło o wyłączenie odpowiedzialności za choroby powstałe przed 2 laty od przystąpienia do ubezpieczenia i to niezależnie od świadomości ubezpieczonego co do ich występowania. Dalej wywodził, że te same zwroty umieszczone w różnych miejscach o.w.u. muszą znaczyć to samo, skoro zatem, w §17 ust 3 pkt 5 o.w.u. chodzi o wszystkie wady wrodzone, to tak samo należy interpretować sporny §17 ust 2 pkt 9 j. Pozwany zarzucał, że przyjęcie rozumowania Sądu Rejonowego prowadzi do rażącej wewnętrznej sprzeczności o.w.u. mianowicie mniejsze ryzyko leczenia szpitalnego podlegałoby wyłączeniu ze względu na wadę wrodzoną, a wszelkie inne poważniejsze ryzyka już nie. Byłoby to nieracjonalne z punktu widzenia ubezpieczyciela. Wskazywał też, że wada wrodzona poddana leczeniu zostaje wyleczona więc nie ma potrzeby wyłączać odpowiedzialności ubezpieczeniowej w takim przypadku – odmiennie niż w razie wady wrodzonej nieleczonej. Według

skarżącego dokonana przez Sąd Rejonowy wykładnia sprawia, że wyłączenie odpowiedzialności ze względu na wadę wrodzoną staje się iluzoryczne.

Formułując te zarzuty wniósł o zmianę wyroku i oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów postępowania ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Rejonowemu do ponownego rozpoznania.

Powódka wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania odwoławczego. Wywodziła, że przytaczane przez pozwanego możliwości interpretacyjne wzorca umowy w zasadzie potwierdzają konieczność zastosowania art. 385§1 zd. 2 k.c. nakazującego tłumaczenie niejednoznacznych postanowień umownych na korzyść konsumenta.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Sąd Rejonowy prawidłowo ustalił okoliczności faktyczne istotne dla rozstrzygnięcia. Ustalenia te, dokonane na podstawie dokumentów, Sąd Okręgowy w pełni podziela i uznaje za własne. W tym zakresie nie były one zresztą kwestionowane w apelacji.

Spór dotyczył wykładni postanowień umownych łączących strony, a w konsekwencji ewentualnej powinności uzupełnienia postępowania dowodowego o opinię biegłego.

Zasadniczą kwestią było rozstrzygnięcie, czy powódce należne było świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu poważnego zachorowania, przy czym poza sporem pozostawało, że sama dysfunkcja zdrowotna jaka wystąpiła u powódki spełniała przesłanki poważnego zachorowania w rozumieniu o.w.u. Wątpliwości wzbudzało, czy ze względu na przyczynę zachorowania wyłączona została odpowiedzialność pozwanego.

W tym aspekcie Sąd Okręgowy miał na względzie, że umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny dla wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony, a wątpliwości interpretacyjne nie mogą obciążać ubezpieczonego (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 28 maja 1997 r., sygn. akt III CKN 76/97, Lex nr 50796; z dnia 2 września 1998 r., sygn. akt III CKN 605/97, Lex nr 1215932; z dnia 19 lutego 2004 r., sygn. akt IV CK 69/03, Lex nr 175953; z dnia 8 grudnia 2005 r., sygn. akt II CK 305/05, Lex nr 311323).

Co też istotne, powódka miała w sprawie status konsumenta, zaś pozwany był przedsiębiorcą, który zredagował ogólne warunki umowy ubezpieczenia. Jak natomiast wynika z art. 385§2 zd 1 i 2 k.c. wzorzec umowy powinien być sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta.

Odnosząc te założenia do okoliczności sprawy wskazać trzeba, że z §17 ust 2 pkt 9 i 11 o.w.u. wynika, iż ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania jeżeli nastąpiło ono bezpośrednio lub pośrednio wskutek chorób będących przedmiotem leczenia przed przystąpieniem ubezpieczonego do ubezpieczenia oraz ich następstw, po upływie 2 lat od daty przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia ubezpieczyciel przyjmuje odpowiedzialność również za choroby będące przedmiotem leczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia (za wyjątkiem wad wrodzonych i ich następstw). Prokonsumencka wykładnia tego zapisu dokonywana z uwzględnieniem ochronnej funkcji umowy ubezpieczenia prowadzi do wniosku, że omawiane postanowienie nie wyłącza odpowiedzialności w razie zachorowania w następstwie wad wrodzonych jako takich lecz wyłącza je – w okresie pierwszych dwóch lat od przystąpienia do ubezpieczenia – co do chorób będących przedmiotem leczenia. Objęcie ubezpieczeniem następstw chorób będących przedmiotem leczenia przed przystąpieniem do ubezpieczenia następuje po upływie wskazanego okresu, lecz nie dotyczy leczenia wad wrodzonych i ich następstw. Samo występowanie wady wrodzonej nie będącej przedmiotem leczenia nie niweczy zatem odpowiedzialności ubezpieczyciela. Takie ukształtowanie obowiązków nie jest przy tym nieracjonalne z punktu widzenia ubezpieczyciela, gdyż w pierwszym okresie ubezpieczenia rozszerza zakres wyłączenia odpowiedzialności na następstwa chorób będących przedmiotem leczenia przed przystąpienia do ubezpieczenia, a w okresie kolejnym (po 2 latach od przystąpienia do ubezpieczenia) zakres wyłączenia zawęża jedynie do zachorowań będących skutkiem wcześniejszego leczenia wad wrodzonych.

Trafnie wskazał tu Sąd Rejonowy, że z uwagi na wypłatę przez pozwanego należności głównej uznał on dług, co w konsekwencji na niego przenosiło ciężar dowodu braku istnienia zobowiązania (por. wyroki Sądów Apelacyjnych: w P. z dnia 23 maja 2007 r. w sprawie I ACa 224/07, Lex nr 370907; w S. z 28 grudnia 2012 roku, I ACa 715/12, Lex nr 1289572; w K. z dnia 21 listopada 2013 roku, I ACa 783/13, Lex nr 1415942). Zatem to pozwany powinien udowodnić, że powódka przed objęciem jej ubezpieczeniem pozostawała w leczeniu dolegliwości, które skutkowały poważnym zachorowaniem będącym podstawą jej żądań. Niewątpliwie pozwany dowodu takiego nie przedstawił, a powódka przeczyła aby wcześniej pozostawała w leczeniu tychże dolegliwości (pismo z 16 sierpnia 2016 roku k. 95).

Dalsza analiza ogólnych warunków umowy prowadzi do wniosku, że wyraźne wyłączenie odpowiedzialności z tytułu występowania wad wrodzonych i ich następstw bez względu na ich wcześniejsze leczenie, dotyczy tylko świadczeń wypłacanych w związku z leczeniem szpitalnym, co wprost wynika z §17 ust 3 pkt 5 o.w.u. Takiego jednoznacznego wyłączenia brak natomiast w przypadku świadczeń wypłacanych w związku z poważnym zachorowaniem.

Powoływanie przez skarżącego w apelacji argumenty dotyczące nieracjonalności takiego ukształtowania obowiązków z punktu widzenia interesów ubezpieczyciela, pozostawały bez znaczenia, skoro – jak wskazano – wykładnia wzorców umownych kreowanych przez przedsiębiorcę, a dotyczących umów ubezpieczenia, następować musi na korzyść ubezpieczonego i konsumenta.

Podzielić należało zatem wniosek Sądu Rejonowego co do niezasadności prowadzenia postępowania dowodowego na okoliczność tego czy zachorowanie powódki, z którego wywodziła ona swoje roszczenie, było skutkiem wady wrodzonej. Znaczenie miało bowiem to czy powódka pozostawała wcześniej w leczeniu tej wady, a takiej okoliczności nie dotyczył wniosek dowodowy prawidłowo oddalony przez sąd pierwszej instancji.

Prawidłowo powołał też Sąd Rejonowy przepisy prawa dotyczące wysokości skapitalizowanych odsetek za opóźnienie jak i dalszych odsetek od tej prawidłowo skapitalizowanej należności. Wywód w tym zakresie Sąd Okręgowy w pełni podziela i uznaje za własny.

Nie budziło też zastrzeżeń orzeczenie o kosztach procesu znajdujące podstawę w art. 98 k.p.c.

W konsekwencji Sąd Okręgowy oddalił apelację jako bezzasadną, a to na podstawie art. 385 k.p.c. w zw. z art. 505¹⁰ k.p.c.

O kosztach postępowania odwoławczego orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. obciążając nimi pozwanego. Zasądzona na rzecz powódki należność obejmowała wynagrodzenie pełnomocnika według stawki minimalnej (135 zł) ustalonej na podstawie §2 pkt 2 w zw. z §10 ust 1 pkt 1 rozporządzenia z 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1804).

SSO Marcin Rak