

UZASADNIENIE

W dniu 27 listopada 2018 roku M. K. wystąpiła do Sądu Rejonowego w Z. z pozwem przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. wnosząc o zasądzenie kwoty 3000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 5 lipca 2017 roku do dnia zapłaty. Jednocześnie wniesiono o zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych. Powódka wniosła także o zwolnienie od kosztów sądowych w całości. W uzasadnieniu podniesiono, iż w dniu 27 kwietnia 2017 roku powódka zgłosiła pozwanej fakt zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia u męża P. K. ciężkiej choroby (choroby P.). Nieprzerwanie od dnia 1 listopada 2014 roku powódka objęta była przez pozwaną grupowym ubezpieczeniem pracowniczym typu P (...). Wskazano także, iż mąż powódki również wniósł u pozwanej o wypłatę świadczenia, które to świadczenie mu przyznano. Wobec powódki natomiast pozwana wydała decyzję odmowną, wskazując, iż postępowanie diagnostyczno – lecznicze rozpoczęto przed przystąpieniem powódki do ubezpieczenia.

(pozew – k. 3 – 9)

Postanowieniem z dnia 2 stycznia 2019 roku Sąd Rejonowy w Zgierzu zwolnił M. K. od obowiązku ponoszenia kosztów sądowych w sprawie.

(postanowienie – k. 83)

W dniu 18 stycznia 2019 roku (...) Zakład (...) na (...) SA w W. wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwana przyznała, że powódka w dacie zdarzenia medycznego była ubezpieczona w ramach umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego – polisa nr (...). Wskazano, iż co najmniej od listopada 2013 roku mąż powódki był diagnozowany i leczony z powodu tego samego schorzenia neurologicznego, które ostatecznie rozpoznano jako chorobę P.. Pozwana przyznała, że mężowi powódki wypłacone zostało świadczenie z tytułu ciężkiej choroby P., ponieważ posiadał on dodatkowe ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby z początkiem odpowiedzialności od 1 maja 2013 roku, a postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się od października 2013 roku. Z uwagi na powyższe pozwany nie uznał powództwa.

(odpowiedź na pozew – k. 84 – 90)

Na dalszym etapie strony podtrzymały swoje stanowisko w sprawie.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 27 października 2014 roku M. K. przystąpiła jako ubezpieczona do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...) w ramach polisy numer (...), jako osoba pozostająca w stosunku prawnym z ubezpieczającym.

(kserokopia deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia – k. 10, 10v.)

Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Grupowego (...) Na Wypadek Ciężkiej Choroby Małżonka przez wystąpienie ciężkiej choroby w okresie odpowiedzialności (...) S.A. rozumieć należy m.in. zdiagnozowanie choroby P. (§2.3.a). Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia ciężkich chorób odnoszą się do przypadku choroby P. tylko do takiej choroby, która oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy.

Konieczne jest przy tym wykluczenie parkinsonizmu objawowego (§3.12). (...) SA wypłacić miała świadczenie w przypadku wystąpienia ciężkiej choroby w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia (§6). Odpowiedzialność (...) SA nie obejmowała ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u małżonka przed początkiem odpowiedzialności (...) SA w stosunku do ubezpieczonego (§19). Choroba P. objęta była w wariancie rozszerzonym oraz w wariancie rozszerzonym plus ubezpieczenia (§5).

(kserokopia Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego (...) Na Wypadek Ciężkiej Choroby Małżonka – k. 20 – 23)

Zgodnie z §2 Postanowień Dodatkowych nr 2 do Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego (...) Na Wypadek Ciężkiej Choroby Małżonka przez postępowanie diagnostyczno – lecznicze należy rozumieć takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie. Postanowienia nr 2 zatwierdzone zostały uchwałą z dnia 16 października 2018 roku.

(kserokopia Postanowień Dodatkowych nr 2 Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego (...) Na Wypadek Ciężkiej Choroby Małżonka – k. 99)

Zgodnie z propozycją grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...) w przypadku wystąpienia ciężkiej choroby małżonka ubezpieczonego w postaci choroby P. należna kwota świadczenia z tytułu ubezpieczenia wynosiła 3000 zł.

(kserokopia propozycji grupowego ubezpieczenia pracowniczego – k. 11)

Przed dniem 1 listopada 2014 roku P. K. leczony był z powodu zaburzeń funkcji poznawczych w przebiegu organicznego uszkodzenia mózgu. U P. K. postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęto 30 października 2013 roku. Przeprowadzono badanie kliniczne, w którym stwierdzono zaburzenia funkcji poznawczych, spowolnienie ruchowe. Zlecono badanie komputerowe głowy, które wykazało organiczne uszkodzenie mózgu. Włączono leczenie poprawiające krążenie mózgowe. Stwierdzone objawy zaburzeń funkcji poznawczych i niewielkie spowolnienie ruchowe wymagały dalszej obserwacji. Podobne objawy mogą występować w chorobach związanych z neurozwyrodnieniem ośrodkowego układu nerwowego. U P. K. chorobę P. zdiagnozowano 9 listopada 2016 roku – zespół pozapiramidowy. Ostateczne rozpoznanie choroby P. postawiono 2 marca 2017 roku. Pierwsze objawy pod postacią spowolnienia ruchowego P. K. odnotowano podczas badania 30 października 2013 roku. Dodatkowo opisywano zaburzenia funkcji poznawczych. Dnia 9 listopada 2016 roku opisano sztywność mięśniową. Łączne stwierdzenie objawów: spowolnienia ruchowego (bradykinezja) i sztywności mięśniowej dało podstawę do rozpoznania choroby P.. Zdiagnozowana u P. K. choroba P. jest chorobą opisaną w §3 punkt 12 ogólnych warunków ubezpieczenia. Przebieg choroby u P. K. nie miał typowego charakteru idiopatycznej choroby P.. Pełny obraz objawów ruchowych wystąpił po trzech latach od pierwszego objawu spowolnienia ruchowego stwierdzonego w 2013 roku. Objawy pozaruchowe pod postacią zaburzeń poznawczych poprzedziły obraz choroby P.. Objawy pozaruchowe mogą poprzedzać pojawienie się typowego zespołu ruchowego.

(opinia biegłego z zakresu neurologii – k. 135 – 137)

Po wystąpieniu u męża powódki pierwszych objawów choroby, jego stan zdrowia ulegał stopniowemu pogorszeniu się. Zaczął się potykać, ciągnąć za sobą nogę, zaczęła mu się także trząść ręka. Dopiero w 2016 roku neurolog stwierdził objawy drgawkowe po prawej stronie ciała. Do tego czasu nie było podejrzeń co do choroby P.. Na chwilę obecną mąż powódki jest całkowicie niesamodzielny i przebywa w zakładzie leczniczym.

(zeznania M. K. – k. 167v. w zw. z wyjaśnieniami informacyjnymi [00:04:55 – 00:21:15] – k. 108, 108v.)

Otępienie jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym. Wyróżniane jest otępienie typu A., otępienie naczyniowe, otępienie spowodowane infekcją wirusem HIV, otępienie w przebiegu choroby P. (czołowo – skroniowe), otępienie w przypadku choroby C.-J., otępienie w przebiegu choroby P.. W pierwszym stadium choroby z objawami otępienia nie można jednoznacznie ocenić przyczyny objawów. Dalsza obserwacja i badania neuro-obrazowe pozwalają na rozpoznanie przyczyny otępienia. Choroba P. z typowymi objawami osiowymi jak: spowolnienie ruchowe (bradykinezja) i drżenie spoczynkowe, sztywność mięśniowa lub zaburzenia postawy jest jednostką chorobową neurozwyrodnieniową układu nerwowego. Otępienie w chorobie P. może ujawnić się w późniejszym okresie leczenia. Choroba P. i zespoły otępienne spowodowane są zmianami neurodegeneracyjnymi ośrodkowego układu nerwowego.

(opinia biegłego z zakresu neurologii – k. 135 – 137)

M. K. w dniu 27 kwietnia 2017 roku dokonała zgłoszenia szkody w ramach ryzyka – ciężkiej choroby małżonka. Szkada zarejestrowana została pod numerem sprawy (...).

(kserokopia druku zgłoszenia szkody – k. 24, 24v.)

Pismem z dnia 18 maja 2017 roku (...) Spółka Akcyjna poinformowała powódkę, iż po rozpatrzeniu zgłoszonego roszczenia świadczenie nie może zostać przyznane, gdyż brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności przez (...) SA.

(pismo ubezpieczyciela – k. 25)

Pismem datowanym na dzień 5 czerwca 2017 roku M. K. wniosła odwołanie od wyżej wskazanej decyzji ubezpieczyciela, który w odpowiedzi pismem z dnia 4 lipca 2017 roku wskazał, iż po ponownej analizie sprawy uznano, że przyjęte stanowisko o odmowie wypłaty świadczenia jest prawidłowe i zgodne z ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

(kserokopia odwołania – k. 26; kserokopia pisma ubezpieczyciela – k. 28 - 29)

W dniu 20 kwietnia 2017 roku zgłoszenia zdarzenia medycznego z powodu ciężkiej choroby dokonał także P. K. w ramach polisy (...). Szkada zarejestrowana została pod numerem (...). W dniu 21 kwietnia 2017 roku na rachunek bankowy numer (...) pozwana przelała kwotę 6.300 zł tytułem „świadczenia (...) z polisy (...)”.

(kserokopia druku zgłoszenia szkody – k. 29, 29v.; kserokopia potwierdzenia przelewu – k. 30; kserokopia pisma ubezpieczyciela – k. 128)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zebranych dowodów, które uznał za wiarygodne. W odniesieniu natomiast do oceny stanu zdrowia męża powódki oraz ustalenia przebiegu choroby P., Sąd oparł się na opinii pisemnej biegłego sądowego z zakresu neurologii, gdyż nie było podstaw do kwestionowania zawartych w jej treści wniosków. Opinia biegłego była bowiem rzetelna, jasna, logiczna. Biorąc pod uwagę podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków Sąd uznał sporządzoną opinię za w pełni miarodajną i wyczerpującą. Za wiarygodne uznać należało także zeznania samej powódki, gdyż były one jasne, spójne i w całości korespondowały z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo było w całości zasadne.

Stosownie do art. 805 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. W niniejszej sprawie powódka przystąpiła do umowy grupowego

ubezpieczenia pracowniczego typu P (...) w ramach polisy numer (...), jako osoba pozostająca w stosunku prawnym z ubezpieczającym.

W niniejszej sprawie pozwane towarzystwo ubezpieczeń nie kwestionowało okoliczności, iż powódka w dacie zdarzenia medycznego była ubezpieczona w ramach umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego – polisa nr (...). Niemniej jednak pozwana nie uznała zasady swojej odpowiedzialności. Powołała się przy tym na fakt, iż postępowanie diagnostyczno – lecznicze męża powódki rozpoczęte zostało jeszcze przed przystąpieniem powódki do ubezpieczenia. Tym samym w ocenie pozwanej nie jest ona zobowiązana do zapłaty odszkodowania, gdyż zgodnie z §19 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Grupowego (...) na Wypadek Ciężkiej Choroby Małżonka odpowiedzialność pozwanej nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u małżonka przed początkiem odpowiedzialności pozwanej w stosunku do ubezpieczonego.

Sąd pragnie zauważyć, iż bezspornym w niniejszej sprawie jest fakt, że M. K. przystąpiła do grupowego ubezpieczenia pracowniczego w dniu 27 października 2014 roku, zaś już w dniu 30 października 2013 roku u P. K. rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze. Przeprowadzono m.in. badanie kliniczne, w którym stwierdzono zaburzenia funkcji poznawczych, spowolnienie ruchowe. Niemniej jednak ostateczne rozpoznanie choroby P. postawiono dopiero w dniu 2 marca 2017 roku.

Z tego też względu kluczową dla niniejszej sprawy jest interpretacja pojęcia „rozpoczęcia postępowania diagnostyczno-leczniczego” użytego w §19 OWU. Należy bowiem podkreślić, iż jeszcze na dzień zgłoszenia szkody, ubezpieczyciel pojęcia tego w żadnym stopniu sprecyzował. Dopiero wprowadzone po 16 października 2018 roku Postanowienia Dodatkowe nr 2 precyzują, iż przez postępowanie diagnostyczno – lecznicze należy rozumieć takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie.

Idąc dalej wskazać należy, iż zarówno obowiązująca od dnia 11 września 2015 roku Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (art. 15 ust. 3,4), jak również wcześniej obowiązująca ustawa o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 roku (art. 12 ust. 3,4) nakładają na ubezpieczyciela obowiązek formułowania umowy ubezpieczenia, ogólnych warunków ubezpieczenia oraz innych wzorców umownych w sposób jednoznaczny i zrozumiały. Jednocześnie wprowadzono zasadę zgodnie z którą postanowienia (umowy ubezpieczenia, ogólnych warunków ubezpieczenia oraz innych wzorców umowy) sformułowane niejednoznacznie należy interpretować na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego – I Wydział Cywilny z dnia 30 listopada 2017 roku wydanym w sprawie o sygnaturze akt I ACa 903/17 „umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny do wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony. W konsekwencji, postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego uposażonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia”. Co więcej zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 2019 roku wydanym w sprawie o sygnaturze akt I CSK 321/18 „przekonanie jednej ze stron, że umowa powinna być rozumiana w określony sposób, odpowiadający rezultatom oczekiwany przez nią przy jej zawarciu, nie jest wystarczające do uznania takiej interpretacji za właściwą na tle art. 65 § 2 KC, jeżeli wykładnia ta nie ma uzasadnienia w innych okolicznościach miarodajnych na tle tego przepisu”.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy wskazać należy, iż zarówno w dacie przystąpienia M. K. do grupowego ubezpieczenia pracowniczego, jak i w dacie dokonania zgłoszenia szkody w ramach ryzyka – ciężkiej choroby małżonka, użyte w §19 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia pojęcie „rozpoczęcia postępowania diagnostyczno-leczniczego” nie było w stopniu dostatecznym sprecyzowane. Tym samym pojęcie to interpretować należy na korzyść powódki. W ocenie Sądu uznać należy, iż aby ubezpieczyciel zwolnił się z odpowiedzialności to rozpoczęcie postępowania diagnostyczno-leczniczego przed początkiem odpowiedzialności pozwanej musiałoby być związane bezpośrednio z postępowaniem nakierowanym na chorobę P.. Natomiast jak wskazał biegły z zakresu neurologii podobne objawy, jak objawy występujące u męża powódki, mogą występować w chorobach związanych

z neurozwyrodnieniem ośrodkowego układu nerwowego. Co więcej pełen obraz objawów ruchowych wystąpił dopiero po trzech latach od pierwszego objawu spowolnienia ruchowego stwierdzonego w 2013 roku, zaś ostateczne rozpoznanie choroby P. nastąpiło 2 marca 2017 roku. Z tego też względu Sąd doszedł do przekonania, iż pozwana nie może zwolnić się z odpowiedzialności, gdyż w niniejszej sprawie nie zachodzi przypadek przewidziany w §19 OWU, a prowadzone postępowanie diagnostyczno-lecznicze było ukierunkowane w stronę choroby P. najwcześniej dopiero od 2016 roku.

Mając na względzie powyższe Sąd zasądził od (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz M. K. kwotę 3.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 5 lipca 2017 roku do dnia zapłaty. Wysokość zasądzonej kwoty ustalona została zgodnie propozycją grupowego ubezpieczenia pracowniczego. Natomiast o obowiązku zapłaty odsetek Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 i § 2 k.c., zasądzając odsetki zgodnie z żądaniem strony powodowej.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., zasądzając na rzecz powódki kwotę 917 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, na którą to składają się kwoty: 17 zł opłaty skarbowej od pełnomocnictwa (k.81) oraz 900zł wynagrodzenia pełnomocnika będącego adwokatem (§ 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie z dnia 22 października 2015 roku).

Skarb Państwa poniósł tymczasowo wydatki w wymiarze 571,56 zł w tym 421,56 zł wynagrodzenia biegłego (k. 141) oraz 150 zł tytułem należnej opłaty od pozwu. Tym samym Sąd na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 § 1 k.p.c., nakazał pobranie od pozwanej na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Zgierzu wyżej wskazanych kwoty.

W tym stanie faktycznym należało orzec jak w sentencji.

Zarządzenie:

odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełn. pozwanej.