

Sygn. akt: I C 16/21

WYROK WSTĘPNY W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 listopada 2022 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie: Przewodniczący: sędzia Juliusz Ciejek

Protokolant: sekretarz sądowy Anna Kosowska

po rozpoznaniu w dniu 15 listopada 2022 r. w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa **M. R.**

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

o zapłatę

uznaje roszczenie powódki za usprawiedliwione co do zasady.

Sygn. akt I C 16/21

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 10.11.2020 r. (data wpływu: 05.01.2021 r.) przeciwko (...) Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. powódka M. R. wniosła o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kwoty 89.300 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi w następujący sposób:

- od kwoty 1.500 zł od dnia 31.01.2018 r. do dnia zapłaty,
- od kwoty 1.500 zł od dnia 21.02.2019 r. do dnia zapłaty,
- od kwoty 1.500 zł od dnia 12.04.2019 r. do dnia zapłaty,
- od kwoty 25.000 zł od dnia 31.01.2018 r. do dnia zapłaty,
- od kwoty 8.000 zł od dnia 27.03.2018 r. do dnia zapłaty,
- od kwoty 720 zł od dnia 26.02.2019 r. do dnia zapłaty,
- od kwoty 1.080 zł od dnia 27.02.2019 r. do dnia zapłaty,
- od kwoty 50.000 zł od dnia 18.03.2020 r. do dnia zapłaty.

Ponadto, powódka wniosła o zasądzenie do pozwanego na rzecz powódki kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych oraz opłatą od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu pozwu wskazała, że w 2007 r. od przedstawiciela ubezpieczeniowego otrzymała ofertę zawarcia ubezpieczenie zbiorowego. Powódka została zapewniona, że fakt aktywnego leczenia stawu kolanowego nie koliduje ani z zawarciem umowy, ani tym bardziej z otrzymaniem świadczeń finansowych będących następstwem tejże choroby. Ostatecznie powódka zawarła umowę ubezpieczenia indywidualnego, a następnie zbiorowego, a poprzednie

umowy ubezpieczeniowe zostały przez nią rozwiązane. Powódka w okresie 15 listopada 2017 r. do 25 lutego 2019 r. była trzykrotnie hospitalizowana. Zgodnie z treścią umowy oraz ogólnych warunków umowy pozwany powinien wypłacić powódce świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu, ryczałtu kosztów leczenia poszpitalnego, okresu rekonwalescencji poszpitalnej, procesu rehabilitacji oraz całkowitej niezdolności powódki do świadczenia pracy. Pozwany dokonał wybiórczej wypłaty świadczeń. Powódka z grupowej umowy ubezpieczeniowej niniejszym pozwem dochodzi kwoty 4.500 zł w zakresie rekonwalescencji, 25.000 zł z tytułu niezdolności do pracy zarobkowej, 8.000 zł z tytułu operacji chirurgicznej. Z indywidualnej polisy ubezpieczeniowej powódka dochodzi zaś kwoty 1.800 zł z tytułu pobytów w szpitalu oraz 50.000 zł w związku z całkowitą i trwałą niezdolnością do pracy. Powódka przed zawarciem umowy ubezpieczenia wyraźnie i w sposób jasny przedstawiła swoją aktualną sytuację zdrowotną podając przy tym wszystkie wiadome i istniejące w chwili zawarcia umowy okoliczności dotyczące jej zdrowia. W związku z tym wyłączenia odpowiedzialności zawarte w treści OWU, na które powołuje się pozwany nie były zgodne z celem umowy ubezpieczenia, były za to sprzeczne z przepisami kodeksu cywilnego jak również rażąco naruszały interes powódki.

(pozew k. 4-20)

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) S.A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu zaprzeczył:

- aby był odpowiedzialny za świadczenia dochodzone pozwem,
- że, w wyniku uzgodnień z agentem doszło do rozszerzenia odpowiedzialności wynikającej z umowy ubezpieczenia w ten sposób, że pozwany będzie odpowiadał również za roszczenia związane z chorobą zdiagnozowaną przed przystąpieniem do umów ubezpieczenia,
- że, powódka dokonała zgłoszeń roszczeń wskazanych w uzasadnieniu odpowiedzi na pozew.

Pozwany przyznał, że łączyły go z powódką dwie umowy ubezpieczenia na życie – umowa ubezpieczenia grupowego oraz umowa ubezpieczenia indywidualnego. W zakresie roszczeń dotyczących ubezpieczenia grupowego pozwany wskazał, że:

- powódka przed wytoczeniem powództwa nie zgłosiła roszczeń z tytułu rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w 2019 r.,
- brak jest podstaw do uznania, że zgłaszane przez powódkę zdarzenie spowodowało powstanie całkowitej i nierokującej poprawy niezdolności do wykonywania pracy zarobkowej,
- w zakresie roszczenia powódki z tytułu operacji chirurgicznej w dniu 17.11.2017 r. to jej przyczyną była choroba istniejąca co najmniej od września 2014 r. – tj. przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy grupowej. W związku z tym odpowiedzialność pozwanego jest w tym zakresie wyłączona.

W zakresie roszczeń dotyczących indywidualnego ubezpieczenia pozwany wskazał, że:

- wypłata świadczeń z tytułu pobytu w szpitalu dotyczyła schorzenia rozpoznanego i leczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową w związku z czym pozwany za to nie ponosi odpowiedzialności,
- nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niezdolności do pracy w związku z chorobą zdiagnozowaną u ubezpieczonego przez datą zawarcia umowy dodatkowej lub której przyczyny zaistniały przed tą datą lub zdiagnozowaną w ciągu pierwszych 180 dni od zawarcia umowy dodatkowej,
- powódka nie jest całkowicie i trwale niezdolna do pracy w rozumieniu OWU Indywidualnych.

Pozwany zakwestionował również datę początkową naliczania odsetek w tym zwłaszcza roszczeń, które nie zostały zgłoszone pozwanej przez powódkę.

(odpowiedź na pozew k. 314-322).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódkę łączyła z (...) S.A. umowa grupowego dobrowolnego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) zawarta na okres 1 roku tj. od dnia 01.09.2015 r. do dnia 31.08.2016 r. z możliwością przedłużenia na kolejny okres 1 roku zgodnie z warunkami umowy.

(dowód: dokument polisy nr (...) – k. 34-35)

W czerwcu 2017 r. w siedzibie firmy powódki- Przedsiębiorstwa Usługowego (...) w W. pojawił się agent ubezpieczeniowy S. Ł. (1) z ofertą grupowego ubezpieczenia. Powódka miała już wówczas problemy z kolanem. Nie korzystała jednak z żadnych świadczeń ubezpieczyciela (...) z tego tytułu. Nosiła się jednak z zamiarem rozszerzenia polisy w tamtym towarzystwie. Chodziło jej o objęcie nią świadczeń rehabilitacyjnych. S. Ł. (1), potwierdził, że jest możliwe zawarcie polisy w dużo szerszym zakresie w towarzystwie (...), ale dodał, że musi o tym porozmawiać z Dyrektorem struktury w O. z panem P. D. (1). Powódka miała już wtedy wynik artroskopii, zrobiony przez ortopedę, jeszcze z 2015 r. Pokazała mu ten wynik. On to przeczytał i zaproponował, że na kolejne spotkanie przyjedzie z przełożonym P. D.. Powiedział, że wg jego wiedzy zakres ubezpieczenia może również objąć polisą powódkę w trakcie toczącej się już choroby. Miała ona wówczas rozpoznane zwyrodnieniowe zapalenie stawu kolanowego. Po krótkim czasie przyjechali do niej obaj P. D. i S. Ł.. Była z nimi jeszcze pani A. Z., która przedstawiono jako pracownicę (...). Powódka rozmawiała z nimi trojgiem, pokazała historię choroby. P. D. (1) zaproponował, że najlepszym rozwiązaniem byłoby wypowiedzenie umowy z (...) i zawarcie umowy z (...) o rozszerzonym zakresie ubezpieczenia, który miała obejmować również operacje, zabiegu specjalistyczny, pobyt w szpitalu, niezdolność do pracy, ryczałt za leki.

Powódka została zapewniona przez przedstawicieli pozwanego, że fakt istniejącej choroby oraz leczenia nie wpłynie na możliwość zawarcia umowy, wypłatę świadczeń oraz zostanie ona objęta ochroną ubezpieczeniową w tym zakresie – bez wyłączenia tej jednostki chorobowej.

(dowód: zeznania świadka F. R. – k. 349v, zeznania świadka S. Ł. – k. 446v, zeznania powódki – k. 457v-458v).

Powódka w dniu 19.07.2017 r. podpisała wniosek o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie dla Małych i Średnich Przedsiębiorstw.

W dniu 16.08.2017 r. została wystawiona polisa o numerze (...). Początek okresu ubezpieczenia został określony na dzień 01.08.2017 r. Zgodnie z wystawionym dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia zakresem jej zostały objęte m.in. :

- niezdolność do pracy zarobkowej, suma ubezpieczenia 25.000 zł,
- operacje chirurgiczne, suma ubezpieczenia 10.000 zł,
- pobyt ubezpieczonego w szpitalu, suma ubezpieczenia 20.000 zł,
- ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie ubezpieczonego w szpitalu, suma ubezpieczenia 600 zł,
- rekonwalescencja ubezpieczonego wskutek NW i choroba, suma ubezpieczenia 5.000 zł.

Zgodnie z art. XV ust. 6 pkt 2-4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w przypadku powstania niezdolności ubezpieczonego do pracy zarobkowej towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla

umowy dodatkowej w dniu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku powodujących niezdolność do pracy, pod warunkiem, że okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się w czasie trwania odpowiedzialności towarzystwa, ale nie później niż przed upływem 180 dni od daty zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy zarobkowej. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli niezdolność ubezpieczonego do pracy zarobkowej powstała wskutek choroby lub w następstwie nieszczęśliwych wypadków, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:

1) choroba powodująca niezdolność nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 7), 11), 12) lub

2) uszkodzenie ciała powodujące niezdolność nastąpiło wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3.

Zgodnie z art. XV ust. 16 pkt 1-6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia zakres umowy dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne ubezpieczonego wykonane w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu bądź w warunkach ambulatoryjnych oraz wymienione w katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU. Jeżeli ubezpieczony przeszedł operację chirurgiczną towarzystwo wypłaci ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla umowy dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:

1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;

2) 80% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;

3) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;

4) 40% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;

5) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:

1) choroba powodująca konieczność wykonania operacji chirurgicznej nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 13) lub

2) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną operacji chirurgicznej nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3. 4.

Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z:

1) poddaniem się leczeniu stomatologicznemu, operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem przypadków gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie odpowiedzialności towarzystwa lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności towarzystwa;

2) operacją zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;

3) operacją która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;

4) operacją która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową;

5) operacją której przyczyna została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt 5. 5.

jeżeli przyczyna przeprowadzenia operacji chirurgicznej ubezpieczonego została zdiagnozowana lub leczona przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- 1) przyczyna przeprowadzenia operacji chirurgicznej ubezpieczonego zaszła, została zdiagnozowana lub leczona w okresie obejmowania ubezpieczonego ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej ubezpieczonego;
- 2) ochrona z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej ubezpieczonego zakończyła się;
- 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji chirurgicznej ubezpieczonego a datą przystąpienia do umowy dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, towarzystwo wypłaci jedno świadczenie – za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt 2 jest najwyższa.

Zgodnie z art. XV ust. 24 pkt. 3-6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia zakres umowy dodatkowej obejmuje rekonwalescencję następującą bezpośrednio po pobycie ubezpieczonego w szpitalu. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu na rekonwalescencji świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla umowy dodatkowej w pierwszym dniu rekonwalescencji, jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu poprzedzający rekonwalescencję ubezpieczonego:

- 1) miał miejsce w okresie odpowiedzialności towarzystwa oraz
- 2) trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni.

Towarzystwo wypłaci ubezpieczonemu świadczenie z tytułu umowy dodatkowej w związku z pobytami ubezpieczonego na rekonwalescencji nieprzekraczającymi 30 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz 60 dni w ciągu jednego roku polisowego.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:

- 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący pobyt ubezpieczonego na rekonwalescencji nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn

wyłączających odpowiedzialność towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), pkt 8) – 10).

- 2) choroba powodująca pobyt ubezpieczonego na rekonwalescencji nastąpiła wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 5) – 7), 11) – 12).

W art. XII ust. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia postanowiono, że o ile umowa dodatkowa tak stanowi, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w wyniku:

- 1) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w wojnie, działaniach wojennych lub stanu wojennego, w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;

- 2) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) prowadzenia pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, co miało wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa lub w przypadku śmierci ubezpieczonego/współmałżonka/dziecka/rodzica/ teścia w wyniku samobójstwa popełnionego w pierwszym roku od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego/ współmałżonka/dziecka/rodzica/teścia;
- 5) spożycia alkoholu, nadużywania alkoholu, alkoholizmu, pozostawiania pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 6) poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
- 7) świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich;
- 8) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez ubezpieczonego na pokładzie samolotu linii lotniczych innych niż przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego, z wyjątkiem zdarzeń powodujących śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku lotniczego zaistniałego podczas przebywania przez ubezpieczonego na pokładzie śmigłowca lub samolotu pasażerskiego posiadającego świadectwo zdatności do lotu i pilotowanego przez licencjonowanego pilota:
 - a) będącego własnością ubezpieczającego lub ubezpieczonego,
 - b) podczas przewozu czarterowego wykonywanego na podstawie umowy z przewoźnikiem lotniczym uprawnionym do wykonywania przewozów lotniczych,pod warunkiem, że statek powietrzny spełnia warunki bezpieczeństwa określone w aktualnie obowiązujących przepisach prawnych w sprawie bezpieczeństwa eksploatacji statków powietrznych;
- 9) uprawiania sportów o charakterze ekstremalnym: kolarstwa ekstremalnego, wspinaczki wysokogórskiej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, splayów sportowych, spadochroniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, bungee, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, parkur, buggykitingu, windsurfingu, kitesurfingu, raftingu, jazdy quadami, ekstremalnej jazdy na motocyklu, off-roadu, uczestniczeniu w rajdach przeprawowych i samochodowych oraz sportów powstałych na bazie wcześniej wymienionych sportów;
- 10) uprawiania przez ubezpieczonego sportu wyczynowego lub uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, przy czym zawody oznaczają zorganizowaną formę rywalizacji sportowej w celu osiągnięcia nagrody lub wyniku sportowego i organizowane są przez jednostki uprawnione na podstawie przepisów prawa;
- 11) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków;
- 12) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
- 13) choroby (...) lub zakażenia wirusem HIV.

(dowód: wniosek o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia, certyfikat grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm, polisa nr (...), deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia grupowego – akta szkody (płyta CD) – k. 326 oraz k. 194-199 i k. 347 i k. 373-375, ogólne warunki ubezpieczenia - akta szkody (płyta CD) – k. 326 oraz k. 36-89)

Powódka w dniu 19.07.2017 r. złożyła wniosek o zawarcie umowy indywidualnej ubezpieczenia na życie – suma ubezpieczenia 50.000 zł oraz umów dodatkowych obejmujących zakresem:

- poważna operacja, suma ubezpieczenia 20.000 zł,
- zabiegi specjalistyczne, suma ubezpieczenia 10.000 zł,
- pobyt w szpitalu, suma ubezpieczenia 15.000 zł,
- całkowita niezdolność do pracy 50.000 zł,
- czasowa niezdolność do pracy 30.000 zł.

W dniu 24.07.2017 r. została wystawiona polisa o numerze (...) i z tym dniem rozpoczął się okres ochrony ubezpieczeniowej. Zawarta umowa ubezpieczeniowa była zgodna z zakresem wniosku o zawarcie ubezpieczenia z dnia 19.07.2017 r.

Zgodnie z § 11 ust. 2 pkt 9 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek pobytu w szpitalu (k.121v) towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu, jeżeli był następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej. W § 11 pkt 9 OWU (k.126) towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli powstała w związku z chorobą zdiagnozowaną u Ubezpieczonego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej lub której przyczyny zaistniały przed tą datą bądź zdiagnozowaną w ciągu pierwszych 180 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej.

Zgodnie z § 2 pkt 1 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek całkowitej niezdolności do pracy (k. 125) całkowita niezdolność do pracy definiowana jest jako spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód, lub całkowita i trwała niezdolność ubezpieczonego do prowadzenia działalności gospodarczej lub rolniczej, która przynosiłaby dochód.

Powódka otrzymała pismo z dnia 11.06.2018 r. informujące o wartości wykupu polisy na dzień 08.06.2018 r. wraz z pouczeniem o możliwości odstąpienia od umowy w terminie 60 dni od otrzymania przesłanej informacji.

(dowód: wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego, polisa nr (...), pismo pozwanej z dnia 24.07.2017 r. wraz z załącznikami – akta szkody (płyta CD) – k. 326 oraz k. 207-209 i k. 342-346 i k. 372, pismo pozwanego z dnia 11.06.2018 r. – k. 205-206, ogólne warunki ubezpieczenia - akta szkody (płyta CD) – k. 326 oraz k. 91-151)

Powódka w dniu 04.09.2017 r. podpisała oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia dobrowolnego dotyczącego polisy nr (...) zawartej z (...) S.A. na okres od 03.12.2016 r. do 02.12.2017 r.

(dowód: oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia dobrowolnego – k. 33)

Powódka w okresie 15.11.2017 r. do 29.11.2017 r. przebywała na Oddziale (...) (...) Publicznego Szpitala (...) w O.. U powódki została rozpoznana pierwotna obustronna gonartozia. W dniu 17.11.2017 r. powódce została wykonana endoplastyka całkowita prawego stawu kolanowego.

Powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim w okresie 15.11.2017 r. do 07.02.2018r. a następnie od dnia 08.02.2018 r. do 06.04.2018 r.

Pozwany przyznał powódce świadczenie z tytułu Grupowej Umowy Ubezpieczeniowej – w kwocie 2.900 zł za pobyt powódki w szpitalu w okresie 15.11.2017 r. do 29.11.2017 r. oraz w kwocie 600 zł w związku z pokryciem ryczałtowych kosztów leku zleconych po pobycie w szpitalu. Ponadto, powódce zostało wypłacone również świadczenie w kwocie 1.100 zł z tytułu indywidualnej umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji za okres 30 dni od 29.11.2017 r. do 29.12.2017 r.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego (...) O. – k. 152-157, zaświadczenie (...) k. 161 oraz k. 175, pismo pozwanego z dnia 31.01.2018 r. – k. 158-159, potwierdzenie przelewu na kwotę 3.500 zł – k. 160, decyzja z dnia 25.02.2019 r., decyzja z dnia 13.09.2018 r. – akta szkody (płyta CD) – k. 326)

Powódka w okresie 22.03.2018 r. do 19.04.2018 r. przebywała na uzdrowskiej rehabilitacji dla dorosłych w 22 (...) ZOZ w C..

Powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim w okresie 08.02.2018 r. do 29.05.2018r.

Pozwany przyznał powódce świadczenie w kwocie 1.500 zł z tytułu indywidualnej umowy dodatkowej dotyczącej rekonwalescencji za okres 30 dni.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego z 22 (...) ZOZ – k. 162, zaświadczenie o stanie zdrowia – k. 163-164, zaświadczenie (...) k. 175-177, zgłoszenie szkody z dnia 14.05.2018 r., pismo pozwanego z dnia 29.05.2018 r., 13.06.2018 r., 28.06.2018 r. - akta szkody (płyta CD) – k. 326, potwierdzenie przelewu – k. 171)

Powódka w okresie 13.02.2019 r. do 25.02.2019 r. przebywała na Oddziale (...) (...) Publicznego Szpitala (...) w O.. U powódki zostało rozpoznane mechaniczne powikłanie wewnętrznych protez stawów. W dniu 15.02.2019 r. została wykonana operacja rewizyjna kolana oraz w dniu 25.02.2019 r. endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita kolana.

Powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim w okresie 08.02.2018 r. do 29.05.2018r.

Pozwany przyznał powódce świadczenie z tytułu Grupowej Umowy Ubezpieczeniowej – w kwocie 3200 zł za pobyt powódki w szpitalu, pokrycie ryczałtowych kosztów leku zleconych po pobycie w szpitalu oraz rehabilitacji.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego (...) O. – k. 178-181, potwierdzenie przelewu – k. 182, akta szkody (płyta CD) – k. 326)

Powódka w dniu 14.05.2018 r. zgłosiła szkodę pozwanemu z tytułu polisy grupowej oraz polisy indywidualnej. Pozwany odmówił wypłaty powódce świadczenia z tytułu rekonwalescencji po pobycie w szpitalu (3 pobyty), niezdolności do pracy oraz operacji chirurgicznej – z polisy grupowej. Natomiast z polisy indywidualnej i umów dodatkowych pozwany odmówił wypłaty powódce świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu (3 pobyty) oraz z tytułu niezdolności do pracy.

(dowód: korespondencja powódki z pozwanym - akta szkody (płyta CD) – k. 326 oraz k. 165-170 i k. 190-193 i k. 200-203).

W dniu 19.10.2018 r. lekarz orzecznik ZUS wydał orzeczenie, w którym ustalił, że powódka jest niezdolna do pracy. W związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy w ocenie orzecznika istniały okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy licząc od daty ustania uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

Następnie, w dniu 08.07.2019 r. lekarz orzecznik ZUS ustalił, że powódka jest całkowicie niezdolna do pracy do 31.07.2020 r.. Jak datę powstania całkowitej niezdolności do pracy wskazał datę 13.02.2019 r.

(dowód: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 19.10.2018 r. – k. 184-185, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 08.07.2019 r. – k. 186-187)

W dniu 18.08.2020 r. została przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydana decyzja o ponownym ustaleniu powódce prawa do renty z tytułu częściowej niezdolności do pracy w kwocie 1.481,34 zł.

(dowód: decyzja ZUS z dnia 18.08.2020 r. – k. 31)

Powódka z pozwanym jak również z agentem ubezpieczeniowym działającym w imieniu pozwanego prowadziła liczną korespondencję w związku z zgłoszonymi szkodami.

(dowód: korespondencja powódki z pozwanym - akta szkody (płyta CD) – k. 326 oraz k. 165-170 oraz k. 183, k. 188-189, k. 204 i k. 376-381)

Sąd zważył, co następuje:

Roszczenie powódki o zapłatę świadczeń z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia na życie dla Małych i Średnich Przedsiębiorstw oraz indywidualnej umowy ubezpieczeniowej na życie Sąd uznał za usprawiedliwione co do zasady. Powódka udowodniła, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia udzieliła przedstawicielom pozwanej pełnych i rzetelnych informacji o stanie swojego zdrowia. Ponadto, powódka udowodniła, że została zapewniona przez przedstawicieli strony pozwanej, iż jej schorzenie i jego następstwa nie będą wyłączone spod ochrony ubezpieczeniowej oraz zostaną wypłacone świadczenia z tego tytułu jeżeli dojdzie do zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Wbrew twierdzeniom pozwanego w ocenie Sądu strony wiążą dwie umowy ubezpieczenia jednak bez postanowień wyłączających odpowiedzialność pozwanego za zdarzenia będące następstwem schorzeń zgłaszanych przez powódkę przed zawarciem umów. Pozwany nie udowodnił, aby przedstawił pozwanej pismo, w którym wskazał, że warunki ubezpieczenia są odmienne od tych, które zostały ustalone wcześniej i został wyznaczony powódce 7-dniowy termin na zgłoszenie ewentualnego sprzeciwu. W związku z powyższym roszczenie powódki jest usprawiedliwione co do zasady.

Sąd dokonał ustaleń faktycznych w sprawie w oparciu o załączone do akt i niekwestionowane przez strony dokumenty oraz zeznania powódki i świadków w zakresie w jakim były zbieżne z złożonymi do akt sprawy dokumentami.

W niniejszej sprawie zostało przesłuchanych trzech świadków. F. R. (2) S. Ł. (1) byli obecnie przy czynnościach poprzedzających zawarcie umów ubezpieczenia przez powódkę. Świadczenie Ci złożyli zeznania, które były spójne i korespondowały z zeznaniami powódki. Pewne wątpliwości mogłyby rodzić zeznania męża powódki, który z pewnością jej zainteresowany korzystnym rozstrzygnięciem niniejszej sprawy. Jednak już w świetle zeznań świadka wnioskowanego przez pozwanego tj. S. Ł. (1) nie budzą żadnych wątpliwości okoliczności zawarcia umów przedstawiane przez powódkę. Świadek ten w ocenie Sądu nie miał interesu w tym, aby celowo składać zeznania korzystne dla powódki. Również nie budzi wątpliwości to, że świadek pamiętał dokładnie przebieg zawarcia obu umów – jak wynika z materiału dowodowego była to niestandardowa umowa, która wymagała obecności dyrektora regionalnego.

Sąd pominął dowód z przesłuchania świadka P. D. (1) na podstawie art. 235² § 1 pkt 4 k.p.c. jako niemożliwy do przeprowadzenia. Mimo wielokrotnych prób doręczenia wezwania na rozprawę (k. 408, 417, 423) oraz telefonicznej próby kontaktu z świadkiem (k. 448) nie udało się spowodować jego stawiennictwa. Wobec tego, przeprowadzenie wnioskowanego przez pozwanego dowodu było niemożliwe, a dalsze próby wezwania świadka prowadziłyby do niezasadnego przedłużania postępowania sądowego.

Pomiędzy stronami nie był sporny sam fakt zawarcia umów ubezpieczenia. Jednak co do warunków umowy ubezpieczeniowej strony przedstawiły odmienne stanowiska. Powódka konsekwentnie w toku postępowania wskazywała, że zgodnie z ustaleniami z pozwanym przed zawarciem obu umów została zapewniona, że jej problemy zdrowotne związane z prawym stawem kolanowym nie zostaną wyłączone spod ochrony ubezpieczeniowej. Pozwany

zaś wskazywał, że nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia będące następstwem schorzenia stawu kolanowego prawego w związku z czym odmówił powódce wypłaty świadczenia z tytułu:

- niezdolności do pracy (grupowa i indywidualna umowa ubezpieczeniowa),
- pobytu w szpitalu (indywidualna umowa ubezpieczeniowa),
- rekonwalescencji (grupowa umowa ubezpieczeniowa),
- operacji chirurgicznej (grupowa i indywidualna umowa ubezpieczeniowa).

W związku z powyższym, zasadnym było ograniczenie przez Sąd rozprawy do zbadania kwestii zasady i wydania wyroku wstępnego. Dopiero przesądzenie na jakich warunkach obowiązywały strony obie umowy ubezpieczeniowe pozwoli na podjęcie ewentualnych dalszych czynności procesowych w niniejszej sprawie.

Zgodnie z 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. Nie ulega wątpliwości, że strony niniejszego postępowania zawarły dwie umowy ubezpieczenia na życie – indywidualną oraz grupową, a powódka uiszczała z tego tytułu na rzecz pozwanego składkę.

Podkreślić należy, że umowa ubezpieczeniowa nie została zawarta na wypadek wystąpienia u pozwanej schorzenia stawu kolanowego prawego ani z tytułu powstania takiego schorzenia. W związku z tym, nie zachodzą również żadne okoliczności, które skutkowałyby nieważnością umów lub ich bezskutecznością w rozumieniu art. 806 k.c. Oczywistym jest, że ewentualne następstwa występującego już w dniu zawarcia umów schorzenia mogły zostać wyłączone z zakresu ubezpieczenia, a tym samym pozwany nie ponosiłby za nie odpowiedzialności. Jednak postanowienia w tym zakresie nie decydują o ważności czy bezskuteczności umowy w rozumieniu art. 806 k.c.

Powódka umowy ubezpieczenia zawierała z pozwanym, w którego imieniu jako ubezpieczający działał jego agent. Zgodnie z art. 808 § 3 k.c. ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane jeżeli wypadek już zaszedł.

W celu rozstrzygnięcia na jakich warunkach obowiązywała strony umowy konieczna stała się analiza okoliczności poprzedzających zawarcie przez powódkę umów ubezpieczenia.

Jak wynika z zgromadzonego materiału dowodowego w sprawie powódka przed zawarciem umów z pozwanym posiadała ubezpieczenie w innym Towarzystwie (...). W związku z zawarciem umów z pozwanym dokonała wypowiedzenia dotychczasowej umowy. Umowa ubezpieczenia zawarta z (...) S.A. obejmowała swym zakresem schorzenie powódki dotyczące stawu kolanowego prawego i mogła otrzymywać z tego tytułu świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Nielogiczne i niezgodne z doświadczeniem życiowym byłoby podjęcie przez powódkę decyzji o rezygnacji z dotychczasowego ubezpieczenia i zawarcie nowego z wyłączonym zakresem ochrony ubezpieczeniowej w zakresie stawu kolanowego prawego. Fakt, że do zawarcia umów ubezpieczenia przez powódkę konieczna była obecność Dyrektora Regionalnego dodatkowo świadczy o tym, że umowy zawierane przez powódkę nie były standardowe – wymagały zgody osoby o wyższych uprawnieniach decyzyjnych niż agent ubezpieczeniowy. Powyższe potwierdza twierdzenia powódki dotyczące tego, że przed zawarciem umowy została szczegółowo omówiona sytuacja zdrowotna powódki.

Przed zawarciem umów powódka informowała pozwanego o swoim stanie zdrowia, upewniała się czy następstwa jej schorzenia zostaną objęte ochroną i czy zostaną jej wypłacone świadczenia jeżeli dojdzie do zdarzenia wskazanego w umowie ubezpieczeniowej. Powódka zeznała „W czerwcu 2017 r. w siedzibie mojej firmy- Przedsiębiorstwa Usługowego (...) w W. pojawił się agent ubezpieczeniowy S. Ł. (1) z ofertą grupowego ubezpieczenia. (...) Miałam wtedy indywidualną polisę w (...). Ja wtedy miałam już problemy z kolanem, ale nie było aż tak źle. Nie korzystałam wówczas z żadnych świadczeń ubezpieczyciela (...) z tego tytułu. Nosiałam się jednak z zamiarem rozszerzenia polisy

w tamtym towarzystwie. Chodziło mi o objęcie nią świadczeń rehabilitacyjnych. Miałam świadomość konieczności rozszerzenia tamtej polisy, zapytałam więc jego. Powiedział, że jest możliwe zawarcie polisy w dużo szerszym zakresie w towarzystwie (...), ale że musi o tym porozmawiać z Dyrektorem struktury w O. z panem P. D. (1). Ja już wówczas miałam wynik artroskopii, zrobiony przez ortopedę, jeszcze z 2015 r. Pokazałam ten opis panu Ł.. On to przeczytał i zaproponował, że na kolejne spotkanie przyjedzie z panem D.. Powiedział, że wg jego wiedzy zakres ubezpieczenia może również objąć polisą mnie w trakcie toczącej się już choroby. Miałam rozpoznane zwyrodnieniowe zapalenie stawu kolanowego. Po krótkim czasie przyjechali do mnie obaj tj. Pan D. i pan Ł.. Była z nimi jeszcze pani A. Z., która przedstawiono jako pracownicę (...). Rozmawiałam z nimi trojgiem, panu D. pokazałam historię mojej choroby (...) Pan D. zaproponował, że najlepszym rozwiązaniem byłoby wypowiedzenie umowy z (...) i zawarcie umowy z (...) o rozszerzonym zakresie ubezpieczenia, który miała obejmować również operacje, zabiegu specjalistyczny, pobyt w szpitalu, niezdolność do pracy, ryczałt za leki. (...) Pan D. mi wytłumaczył to w ten sposób że informacja zawarta we wniosku o ubezpieczenie nie dotyczy choroby ujętej we wskazanych mu dokumentach.” (zeznania powódki – k. 457v-458v).

Powyższe twierdzenia powódki znajdują również potwierdzenia w zeznaniach świadków. Świadek F. R. (2) zeznał, że „Byłem obecny przy zawieraniu przez żonę polisy ubezpieczenia w 2017 r. Przyjechał pan Ł. z propozycją ubezpieczenia nieruchomości i zawarcia ubezpieczenia grupowego. Następnie spytał żonę czy posiada polisę indywidualną. Żona powiedziała, że ma zawartą umowę z (...). Poprosił o pokazanie tej umowy, gdy ją pokazała. Obejrzał i powiedział, że (...) ma bardziej korzystną ofertę. Żona powiedziała, że łatwo jest zmienić ubezpieczyciela, ale ona się leczy i czy nie będzie z tym żadnych problemów. Pan Ł. powiedział, że nie będzie żadnych problemów. Poprosiliśmy, żeby upewnił się w (...), czy problemów nie będzie, że żona jest w trakcie leczenia. Żona 3 czy 4 lata się leczyła na kolano. (...) Po kilku dniach przyjechał pan Ł. z Dyrektorem i jakąś panią asystentką i pan D. stwierdził, że można zawrzeć polisę indywidualną pomimo leczenia tej nogi. Po pewnym czasie Pan D. przyjechał z przygotowaną umową na ubezpieczenie żony i ona tę umowę podpisała. (...) D. i Ł. mówili, że wcześniejsze schorzenia też są objęte ochroną.” (zeznania świadka – k. 349v-350v).

Świadek S. Ł. (1) zeznał, że „Robiłem pani powódce ubezpieczenie majątku i na życie. Wiem, że miała ona ubezpieczenie majątkowe i życiowe. Ja zaproponowałem jej inną umowę, która dawała większy zakres, była korzystniejsza. (...) W umowie ubezpieczenia na życie miały być większe sumy i większy zakres ubezpieczenia. Kilka razy jeździliśmy tam do niej z P. D. (1), który ofertę jej przygotowywał i wszystko tłumaczył. W momencie zawierania umowy wiedzieliśmy że powódka jest trwale chora na kolano, miała z nimi problemy. P. D. (1) zabierał tam kiedyś nawet swoją menadżerkę. z tego co wiem, co mówił P. D. (1) nowa umowa miała obejmować swoim zakresem chore kolano. Z tego co mówił P. D. (1) umowa jako kontynuacja nie przewidywała żadnych wyłączeń w zakresie ubezpieczenia. (...) Powódka mówiła, że ma problemy z kolanem, że czekają ją zabiegi. Jeden chyba nawet już miała. (...) W mojej obecności P. D. (1) mówił, przy swojej menadżerce, że ta sytuacja zdrowotna nie będzie miała wpływu na wypłatę świadczeń.” (zeznania świadka – k. 446).

Nie ulega wątpliwości, że pozwany został poinformowany przez powódkę o jej stanie zdrowia, a mimo to przedstawił ofertę ubezpieczenia, która obejmowała swym zakresem również następstwa już występującego schorzenia. Powódka nie ukrywała, ani nie wprowadziła pozwanego w błąd co do swojej sytuacji medycznej. Pozwany jako profesjonalista, posiadający bogate zaplecze specjalistów mógł określić prawdopodobieństwo wystąpienia danego ryzyka. Skoro pozwany zdecydował się na zawarcie umowy na warunkach zaoferowanych powódce to ponosi tego konsekwencje i zobowiązany jest do wypłaty świadczeń. Nieskuteczne jest powoływanie się przez pozwanego na wyłączenie jego odpowiedzialności w sytuacji gdy powódka została zapewniona przez jego przedstawicieli o braku takich wyłączeń. Ponadto, zgodnie z art. 811 § 1 k.c. „Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie

przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.” Pozwany nie zwrócił uwagi powódce na piśmie, a nawet ustnie że przedłożone do podpisu umowy zawierają postanowienia kształtują warunki ubezpieczenia inaczej, niż te które zostały między stronami ustalone na etapie przedstawienia oferty. Powódka nie została również pouczona o możliwości złożenia w terminie 7 dni sprzeciwu. Należy uznać, że powódka działa w pełnym usprawiedliwionym zaufaniu do instytucji ubezpieczeniowej i jest to w pełni uzasadnione. To pozwany ponosi konsekwencję niespełnienia ustawowego obowiązku dotyczącego zwrócenia na piśmie uwagi powódce. Wobec tego zgodnie z cytowanym powyżej przepisem nieskuteczne są zmiany na niekorzyść pozwanego – w tym wypadku wyłączające odpowiedzialność pozwanego za następstwa schorzenia stawu kolanowego prawego. Umowa wiąże strony na warunkach określonych w ofercie a więc spod ryzyka ubezpieczeniowego nie zostały wyłączone schorzenia, o których przed zawarciem umowy powódka informowała.

Wobec powyższego Sąd na podstawie art. 805 k.c. w zw. z art. 811 § 2 k.c. uznał za usprawiedliwione co do zasady żądanie powódki o wypłatę świadczeń z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia na życie dla Małych i Średnich Przedsiębiorstw oraz indywidualnej umowy ubezpieczeniowej na życie, **o czym orzekł jak w wyroku wstępnym.**

Wyrok wstępny w niniejszej sprawie przesądził odpowiedzialność pozwanego oraz zakres związania stron dwoma umowami ubezpieczeniowymi. Pozwany zakwestionował wysokość dochodzonego roszczenia przez powódkę jak również ziszczenie się przesłanek w zakresie czy zgłoszone zdarzenia spełniały warunki ubezpieczenia. Wobec tego, koniecznym stanie się ocena wysokości dochodzonych roszczeń o zapłatę dopiero po prawomocnym przesądzeniu kwestii zasady, zgodnie z przepisem art. 318 § 1 k.p.c. rozstrzygniętej w niniejszym wyroku wstępnym.