

Sygn. akt IX Ca 595/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 października 2014 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie IX Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Bożena Charukiewicz (spr.)
Sędziowie:	SO Dorota Ciejek SO Krystyna Skiepmo
Protokolant:	sekr. sądowy Ewelina Gryń

po rozpoznaniu w dniu 28 października 2014 r. w Olsztynie na rozprawie

sprawy z powództwa T. G.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej

z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego w Szczytnie VI Zamiejscowego Wydziału Cywilnego z siedzibą w Piszcu

z dnia 4 marca 2014 r., sygn. akt VI C 404/13,

I. oddała apelację,

II. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 600 zł (sześćset złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu za instancję odwoławczą.

Sygn. akt IX Ca 595/14

UZASADNIENIE

Powódka T. G. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 6 200 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 29 czerwca 2012 r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu wskazała, iż małżonek powódki przystąpił do grupowego ubezpieczenia pracowniczego oferowanego przez pozwanego. Po zakończeniu stosunku pracy ubezpieczenie to było kontynuowane w ramach ubezpieczenia indywidualnego. Powódka została wskazana jako osoba uposażona. Suma ubezpieczenia podlegała zmianom, jednak ostatecznie wyniosła 6 200 zł. W dniu 7 maja 2012 r. małżonek powódki przewrócił się i uderzył głową w chodnik. W wyniku doznanych obrażeń głowy 16 maja 2012 r. zmarł. Pozwany wypłacił powódce 100 % sumy

ubezpieczenia, natomiast powódka domagała się wypłaty 200 % twierdząc, iż doszło do nieszczęśliwego wypadku, który zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia uzasadnia podwyższenie sumy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel odmówił dodatkowej wypłaty twierdząc, że nie doszło do nieszczęśliwego wypadku.

Pozwany (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazał, iż z dokumentacji medycznej męża powódki nie wynika aby przyczyną jego śmierci był nieszczęśliwy wypadek. Doznane przez zmarłego obrażenia nie stanowiły bezpośredniej i wyłącznej przyczyny śmierci. Stwierdzono szereg innych chorób. Przyjęto go do szpitala z rozpoznaniem nagłego zatrzymania krążenia i objawami odstawiennymi alkoholu. Przyczyną zgonu było nagłe zatrzymanie krążenia.

Wyrokiem z dnia 4 marca 2014 r. Sąd Rejonowy w Szczytnie VI Zamiejscowy Wydział Cywilny z siedzibą w Piszku zasądził od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powódki T. G. kwotę 6 200 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 29 czerwca 2012 r. do dnia zapłaty. Zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1 767 zł tytułem zwrotu kosztów procesu. Nakazał zwrócić pozwanemu kwotę 50 zł tytułem niewykorzystanej zaliczki.

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniu 7 maja 2012 r. ubezpieczony A. G. wychodząc z budynku spółdzielni mieszkaniowej wraz ze swoją matką L. G., potknął się o wystający krawężnik, przewrócił się na chodnik, uderzając w niego twarzą. W wyniku zdarzenia A. G. stracił przytomność. Przybyłe na miejsce wypadku pogotowie ratunkowe, przewiozło go do Szpitala w C. (wchodzącego w skład (...) Zakładów Opieki Zdrowotnej w B.).

Wstępne rozpoznanie podczas przyjęcia chorego na Oddział (...) Szpitala w C. wykazało, że A. G. na skutek upadku doznał urazu twarzy, złamania kości nosowej i sitowej, wstrząśnienia mózgu. U pacjenta stwierdzono ponadto niewydolność krążeniowo-oddechową, padaczkę, marskość wątroby, niewydolność nerek, podejrzenie uszkodzenia rdzenia przedłużonego, zapalenie błony śluzowej żołądka z owrzodzeniami i nagłe zatrzymanie krążenia.

A. G. był hospitalizowany na Oddziale (...) do dnia 16 maja 2014 r. W czasie pobytu na oddziale pacjent był trzykrotnie reanimowany, konsultowany przez lekarzy o specjalnościach neurochirurgii, neurologii i internistę. Został podłączony do respiratora. Mimo zastosowanego leczenia w dniu 16 maja 2012 r. nastąpił zgon pacjenta.

Jak ustalił Sąd Rejonowy bezpośrednią przyczyną zgonu A. G. było nagłe zatrzymanie akcji serca i oddechu w przebiegu niewydolności krążeniowo-oddechowej, natomiast przyczyną wyjściową zgonu był uraz czaszkowo-mózgowy, którego ubezpieczony doznał wskutek wypadku z dnia 7 maja 2012 r., który wywołał zaburzenia w organizmie prowadzące do zatrzymania akcji pracy serca. Współistniejące schorzenia wymienione w karcie informacyjnej miały swój wpływ jako pośrednia przyczyna zgonu.

Zmarły A. G. w trakcie zatrudnienia w firmie (...) Przedsiębiorstwo Państwowe (...) w B., przystąpił do „Grupowego ubezpieczenia pracowniczego TYP P”. Po zakończeniu stosunku pracy ubezpieczony kontynuował ubezpieczenie u pozwanego w ramach ubezpieczenia „Indywidualnie kontynuowane grupowe ubezpieczenie pracownicze TYP P” o nr polisy (...). Powódka została wskazana przez męża jako osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia określająca zakres odpowiedzialności pozwanego początkowo stanowiła kwotę 5 000 zł (do maja 1997 r.), następnie kwotę 6 000 zł (do grudnia 1998 r.), a ostatecznie została ustalona na poziomie 6 200 zł.

Powódka zgłosiła zgon ubezpieczonego do (...) na (...) S.A. w W. pismem z dnia 22 maja 2012 r. otrzymanym przez pozwanego 24 maja 2012 r. Po rozpatrzeniu zgłoszenia pozwany wypłacił powódce kwotę 6 200 zł odszkodowania z tytułu zgonu naturalnego wskutek choroby ubezpieczonego, co stanowiło 100 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia. Jednocześnie pozwany odmówił wypłaty dodatkowych 100% sumy ubezpieczenia w wysokości 6 200 zł, wskazując iż w przedmiotowej sprawie nie doszło do nieszczęśliwego wypadku, który uzasadniałby wypłatę 200% sumy ubezpieczenia.

Pismem z dnia 8 stycznia 2013 r. powódka wezwała towarzystwo ubezpieczeń do zapłaty kwoty 6 200 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 25 czerwca 2012r. do dnia zapłaty, wskazując, iż do zgonu ubezpieczonego doszło na skutek nieszczęśliwego wypadku co uzasadnia wypłacenie 200 % sumy ubezpieczenia.

Pozwany w odpowiedzi na wezwanie, pismem z dnia 16 stycznia 2013 r., podtrzymał swoje stanowisko w sprawie, wskazując, że decyzja odmawiająca przyjęcia odpowiedzialności przez pozwanego została wydana prawidłowo, zgodnie z obowiązującymi warunkami ubezpieczenia.

W ocenie Sądu Rejonowego roszczenie powódki było zasadne. Ustalenia przyczyny zgonu ubezpieczonego Sąd dokonał na podstawie dowodu z opinii biegłego, która została uznana za fachową oraz powołał się na rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełnienia. Z rozporządzenia tego wynika, iż za przyczynę zgonu wyjściową albo przyczynę zewnętrzną urazu lub zatrucia wpisuje się w karcie zgonu chorobę lub uraz, które zapoczątkowały łańcuch zdarzeń chorobowych, prowadzących bezpośrednio do zgonu lub okoliczności wypadku lub użycia. Jako przyczynę zgonu wtórną wpisuje się chorobę, która rozwinęła się jako skutek choroby, urazu, zatrucia, wypadku lub użycia przemocy, będących wyjściową przyczyną zgonu. Opierając się na dowodzie z opinii biegłego i wskazanym rozporządzeniu Sąd przyjął, iż śmierć ubezpieczonego nastąpiła na skutek nieszczęśliwego wypadku, gdyż upadek, w wyniku którego ubezpieczony doznał urazu twarzy stanowił przyczynę zewnętrzną, w następstwie którego doszło do zgonu małżonka powódki. W ocenie Sądu współistniejące schorzenia stanowiły pośrednią przyczynę zgonu. Zgodnie zatem z art. 805 § 1 k.c. pozwany jest zobowiązany wypłacić powódce umówioną sumę pieniężną z uwagi na zajęcie przewidzianego w umowie wypadku. W związku z wygraniem procesu Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.767,-zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Powyższy wyrok w całości zaskarżył pozwany zarzucając w apelacji:

1. naruszenie prawa procesowego:

- art. 233 w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez błędną ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego, tj. opinii biegłego sądowego S. D., z której nie wynika jednoznacznie, iż bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu ubezpieczonego A. G. był nieszczęśliwy wypadek – tj. uraz czaszkowo-mózgowy, a wynika natomiast, iż na zgon ubezpieczonego nałożyło się wiele czynników – w tym schodzenia samoistne – choroba alkoholowa, padaczka, niewydolność nerek i marskość wątroby, co w konsekwencji wyklucza przyjęcie odpowiedzialności przez pozwanego;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędną ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego w postaci dokumentacji medycznej, z której jednoznacznie wynika, iż ubezpieczonego przyjęto do szpitala z nagłym zatrzymaniem krążenia oraz objawami odstawieniami alkoholu, a z której jednocześnie nie wynika jaka była bezpośrednia przyczyna zgonu, w szczególności, że był nią uraz czaszkowo-mózgowy;

2. naruszenie prawa materialnego tj.

- art. 805 § 1 i 2 pkt 2 k.c. w zw. z § 3 i § 4 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego TYP P poprzez przyjęcie, iż doszło do wypadku ubezpieczeniowego, który aktywował odpowiedzialność pozwanego w sytuacji, gdy nie została spełniona przesłanka z owu – nie doszło do zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku rozumianego jako nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną.

Wskazując na powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów procesu za obie instancje według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację powódka wniosła o jej oddalenie, wskazując na trafność orzeczenia Sądu Rejonowego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna.

Zdaniem Sądu Okręgowego, pozwany nie zakwestionował skutecznie ani oceny dowodów dokonanej przez Sąd Rejonowy i jego ustaleń faktycznych, ani oceny prawnej, a jego zarzuty naruszenia przepisów prawa materialnego i procesowego są chybione. Sąd II instancji dokonując we własnym zakresie oceny materiału dowodowego nie znalazł przyczyn i podstaw uzasadniających poczynienie ustaleń odmiennych, niż poczynione przez Sąd I instancji. Sąd Okręgowy podziela rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego w niniejszej sprawie.

Nie są zasadne zarzuty naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 233 § 1 w zw. z art. 278 § 1 k.p.c.

Zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów wyrażoną w art. 233 k.p.c., Sąd Rejonowy ocenił wiarygodność i moc dowodów zebranych w niniejszej sprawie według własnego przekonania, z uwzględnieniem całości materiału dowodowego, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności. W ramach swobodnej oceny dowodów Sąd Rejonowy uwzględnił wymogi prawa procesowego, doświadczenia życiowego i reguły logicznego myślenia. Kryteria te są wskazywane przez orzecznictwo jako zasadnicze przy ocenie przedstawionych przez strony dowodów (zob. np. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 1980 r., II URN 175/79, OSNC 1980, nr 10, poz. 200; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 685/98, OSNAPiUS 2000, nr 17, poz. 655).

Za logiczny i przekonujący należało uznać dowód z opinii biegłego lekarza ortopedy i chirurga urazowego, z której jasno wynika, iż bezpośrednią przyczyną śmierci ubezpieczonego było zatrzymanie pracy serca i oddechu, jednak wyjściową przyczyną śmierci był uraz głowy, którego doznał ubezpieczony w dniu 7 maja 2012 r. Tym samym zdarzeniem, które doprowadziło do zatrzymania pracy serca i oddechu był wypadek i związany z nim uraz głowy męża powódki. Zdarzenia te pozostawały ze sobą w związku przyczynowym bowiem skutkiem wypadku było zatrzymanie pracy serca i oddechu.

Nie można podzielić zarzutów skarżącego dotyczących oceny dokumentacji medycznej. Trafna jest konstatacja, iż w przedmiotowej dokumentacji nie została w ogóle wskazana przyczyna śmierci ubezpieczonego bowiem dokumentacja ta dotyczyła wyłącznie procesu leczenia. Zatem nie mogła wskazać przyczyny śmierci ubezpieczonego. Prawdliwość oceny tej dokumentacji przez Sąd wyraża się w prawidłowym przyjęciu, iż jest ona podstawą do ustalenia przyczyny śmierci, którą dokonał biegły powołany w sprawie.

Wskazać również należy, iż biegły odniósł się już do zarzutów stawianych przez pozwanego dotyczących dokumentacji medycznej. Wskazał, iż badania obrazowe (Rtg, TK) nie zawsze wykazują wczesne zmiany pourazowe w układzie kostno-szkieletowym. Tym samym badania czaszki TK ubezpieczonego przeprowadzone w szpitalu mogły tych zmian nie wykazać. Wyjaśnienia te są logiczne, a pozwany nie przeciwstawił tym twierdzeniom żadnych racjonalnych zarzutów, które mogłyby doprowadzić do dopuszczenia dowodu z opinii kolejnego biegłego.

W związku dowodami zebranymi w sprawie, a przede wszystkim rzeczoną opinią Sąd Rejonowy trafnie przyjął, iż zaszedł przewidziany w umowie wypadek, który aktualizuje odpowiedzialność pozwanego z tytułu umowy ubezpieczenia. Z tego względu nie można podzielić zarzutów skarżącego dotyczących naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 805 § 1 i 2 k.c. w zw. z § 3 i § 4 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego TYP P.

Zgodnie z art. 805 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 przedmiotowej umowie ubezpieczenia strony uzgodniły, iż w razie zajścia nieszczęśliwego wypadku pozwany będzie zobowiązany wypłacić 200% sumy ubezpieczenia (§ 5 Ogólnych warunków ubezpieczenia).

Za nieszczęśliwy wypadek objęty ubezpieczeniem określono zgodnie z § 4 Ogólnych warunków ubezpieczenia nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł (z wyłączeniem wypadków wymienionych w § 27).

Śmierć ubezpieczonego A. G. nastąpiła, jak wykazało postępowanie dowodowe, w wyniku upadku i związanego z nim urazu głowy, a zatem w wyniku zdarzenia zewnętrznego. W wyniku tego zdarzenia ubezpieczony zmarł, a więc wystąpiły przesłanki do wypłaty przez pozwanego świadczenia w wysokości 200% sumy ubezpieczenia.

Mając zatem na uwadze wskazane wyżej okoliczności Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł, jak w wyroku.

O kosztach procesu za instancję odwoławczą orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z § 6 pkt. 4 i § 12 ust 1 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (j.t. Dz. U. z 2013 poz.490), stosownie do wyniku procesu.