

**Sygnatura akt II C 264/19**

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 grudnia 2019 roku

**Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi II Wydział Cywilny**

w składzie:

Przewodnicząca Sędzia SR A. S.

Protokolant sekr. sąd. M. M.

po rozpoznaniu w dniu 17 grudnia 2019 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa M. R.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) spółce akcyjnej w W.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 3075 zł (trzy tysiące siedemdziesiąt pięć złotych) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie:
  - a) od kwoty 1650 zł (jeden tysiąc sześćset pięćdziesiąt złotych) od dnia 6 października 2018 roku do dnia zapłaty,
  - b) od kwoty 1425 zł (jeden tysiąc czterysta dwadzieścia pięć złotych) od dnia 1 marca 2019 roku do dnia zapłaty;
2. umarza postępowanie w zakresie żądania odsetek ustawowych za opóźnienie od kwoty 3075 zł (trzy tysiące siedemdziesiąt pięć złotych) od dnia 3 września 2018 roku do dnia 6 września 2018 roku;
3. oddala powództwo w pozostałej części;
4. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1017 zł (jeden tysiąc siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

**Sygnatura akt II C 264/19**

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 5 kwietnia 2019 roku skierowanym przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W., powódka M. R. – reprezentowana przez pełnomocnika w osobie adwokata – wniosła o zasądzenie od pozwanego kwoty 3.075 złotych wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 3 września 2018 roku do dnia zapłaty. Nadto powódka wniosła o zasądzenie na swoją rzecz od pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powódka wskazała, że w okresie od dnia 28 czerwca 2018 roku do 19 lipca 2018 roku przebywała na Pododdziale Rehabilitacyjnym ZOZ MSWiA w Ł., po wszczęciu endoprotezy bezcementowej lewego stawu biodrowego. Zdarzenie było objęte odpowiedzialnością ubezpieczeniową pozwanego z tytułu zawartej przez strony umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego. Z tytułu przedmiotowej polisy powódce przysługują kwoty: 1650 zł tytułem pobytu w Pododdziale Rehabilitacyjnym przez 22 dni, 1125 zł

z tytułu rekonwalescencji trwającej 30 dni, 300 zł z tytułu karty aptecznej. W toku postępowania likwidacyjnego pozwany odmówił wypłaty świadczeń na rzecz powódki powołując się na brzmienie § 19 ust. 1 pkt 14 OWU, wskazując, że zgłoszone zdarzenie medyczne dotyczy kolejnej rehabilitacji rozpoznanej już wcześniej u powódki jednostki chorobowej, tj. M16.0 zwyrodnienia stawów biodrowych. Powódka wskazała, że uprzednio korzystała z polisy w związku z wszczęciem endoprotezy prawego stawu biodrowego. Rozpoznanie w obu przypadkach dotyczy wprawdzie tej samej jednostki chorobowej oznaczonej symbolem M16.0, obejmującej swym zakresem zwyrodnienia stawów biodrowych, jednakże nie jest to kolejna rehabilitacja tego samego stawu biodrowego.

(pozew – k. 4-6, pełnomocnictwo – k. 7)

W odpowiedzi na pozew z dnia 24 maja 2019 roku pozwany – reprezentowany przez pełnomocnika w osobie radcy prawnego – wniósł o oddalenie powództwa, a także o zasądzenie na swoją rzecz od powódki zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany przyznał, że powódka od dnia 1 czerwca 2015 roku jest ubezpieczona w ramach umowy ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...). Pozwany wskazał, że w toku postępowania likwidacyjnego odmówił powódce wypłaty świadczeń z uwagi na brak odpowiedzialności pozwanego za przedmiotowe zdarzenie medyczne. Wyjaśnił, że z postanowień OWU wynika, iż pozwany nie ponosi generalnie odpowiedzialności za pobyt w szpitalu w związku z rehabilitacją, za wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością pozwanego pobytu ubezpieczonego w szpitalu związanego odpowiednio z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą.

Pozwany przyznał powódce świadczenie za pobyt rehabilitacyjny w Oddziale Rehabilitacyjnym w okresie od 9 do 30 sierpnia 2017 roku, który był związany z rozpoznaniem choroby zwyrodnieniowej stawów biodrowych prawostronnie leczonej operacyjnie. Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych jednostka chorobowa M16.0 dotyczy zwyrodnieniowych stawów biodrowych, stąd określenie obustronna.

Pobyt powódki w Oddziale (...) od dnia 28 czerwca 2018 roku do 19 lipca 2018 roku był związany z tą samą chorobą (rozpoznaną już w 2017r), obustronną chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych. Z uwagi na to, że pozwany nie przyjął odpowiedzialności za pobyt w szpitalu od dnia 28 czerwca 2018 roku do 19 lipca 2018 roku, to tym samym odmówił wypłaty świadczenia z tytułu rekonwalescencji, zgodnie z zapisami OWU. Ponadto zwolnienie lekarskie zostało wystawione przez oddział rehabilitacji, a zgodnie z definicją rehabilitacji, winno zostać wystawione przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne. W oddziale rehabilitacji nie odbywało się leczenie tylko rehabilitacja, a zatem nie jest spełniona definicja rekonwalescencji. Pozwany podał, że roszczenie z tytułu karty aptecznej jest nieuzasadnione wobec okoliczności, że pobyt powódki w szpitalu nie był objęty odpowiedzialnością pozwanego. Nadto pozwany zakwestionował żądanie zasądzenia odsetek od 3 września 2018 roku w sytuacji, gdy dwa roszczenia zostały zgłoszone 25 marca 2019 roku.

(odpowiedź na pozew – k. 34-40, pełnomocnictwo – k. 41, odpis KRS – k. 10-15)

W piśmie z dnia 27 czerwca 2019 roku powódka podniosła, że roczny odstęp czasowy pomiędzy zabiegami, nakazuje przyjąć, że powódka doświadczyła w istocie dwóch chorób, raz na nogę prawą, a rok później na nogę lewą. Choroba uzasadniająca zabieg lewego stawu biodrowego, nie powinna być zatem utożsamiana z chorobą stawu biodrowego prawego. Leczenie winno zostać potraktowane każdorazowo jako pierwszy pobyt w szpitalu i rekonwalescencja celem usunięcia następstw choroby. Za takim potraktowaniem chorób powódki i w konsekwencji jej pobytów w szpitalu przemawia § 2 ust. 1 pkt 1 OWU zawierający definicję choroby. Niezasadne jest także w ocenie powódki twierdzenie pozwanego, że zwolnienie lekarskie nie zostało wystawione przez oddział szpitalny. Dokument został wystawiony bowiem tytułem leczenia szpitalnego i rekonwalescencji szpitalnej w SP ZOZ MSWiA w Ł. w pododdziale rehabilitacji tego szpitala. Odnosząc się do wysokości dochodzonych kwot, powódka wyjaśniła, że w ramach zawartej umowy podlegała pod tzw. wariant V ubezpieczenia, co ma bezpośrednie przełożenie na wysokość należnych świadczeń

i wysokość opłacanej składki. Powódka podniosła, że w dniu 3 września 2018 roku zgłosiła żądanie wypłacenia świadczeń i od tej daty winny zostać zasądzone odsetki.

(pismo k. 75-76v)

Na rozprawie w dniu 17 października 2019 roku powódka cofnęła powództwo ze zrzeczeniem się roszczenia w zakresie odsetek ustawowych za opóźnienie za okres od dnia 3 września 2018 roku do dnia 6 września 2018 roku.

(protokół rozprawy k. 81)

W piśmie z dnia 18 października 2019 roku powódka podniosła, że pozwany uznał swoją odpowiedzialność za operację chirurgiczną z dnia 15 czerwca 2018 roku, stanowiącą bezpośrednią przyczynę rehabilitacji powódki od 28 czerwca 2018 roku do dnia 19 lipca 2018 roku.

(pismo k. 83-83v)

W piśmie z dnia 22 listopada 2019 roku pozwany oświadczył, że suma ubezpieczenia w przypadku polisy powódki w dodatkowym ubezpieczeniu na wypadek leczenia szpitalnego wynosi 15.000 zł, a świadczenie wynosi 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, oraz 0,25% za każdy dzień rekonwalescencji. Pozwany przyznał, że wypłacił na rzecz powódki świadczenie pieniężne z tytułu operacji chirurgicznej z dnia 15 czerwca 2018 roku, jak również za pobyt szpitalny w okresie od 14 czerwca 2018 roku do 21 czerwca 2018 roku. Jednocześnie pozwany wyjaśnił, że pobyt w szpitalu powódki trwał 8 dni, a zatem także z tej przyczyny pozwany odmówił wypłaty świadczenia za rekonwalescencję, gdyż zgodnie z OWU pobyt ten powinien trwać co najmniej 14 dni.

(pismo – k. 88-90)

Do czasu zamknięcia rozprawy stanowiska stron nie uległy zmianie.

### **Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:**

Powódka była objęta ochroną ubezpieczeniową w (...) Zakładzie (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...), potwierdzonej polisą nr (...) w wariancie V. Umowa grupowego ubezpieczenia została zawarta na okres od dnia 1 czerwca 2018 roku do dnia 31 maja 2019 roku. Świadczenie należne ubezpieczonemu w przypadku jego hospitalizacji spowodowanej chorobą wynosiło 75,00 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu. Świadczenie należne ubezpieczonemu z tytułu rekonwalescencji za dzień zwolnienia po 14 dniach pobytu w szpitalu wynosiło 37,50 zł, zaś z tytułu karty aptecznej 300 zł. Do umowy miały zastosowanie m.in.: ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...), ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego (...), ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną.

(bezsporne, a także kserokopie: deklaracji przystąpienia z zał. – k. 18-19, polisa grupowego ubezpieczenia – k. 91-92)

W okresie od 9 sierpnia 2017 roku do 30 sierpnia 2017 roku powódka przebywała na Oddziale (...) w Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł. (oddział w Tuszynie) z uwagi na chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych prawostronnie leczoną operacyjnie. W dniu 27 lipca 2017 roku powódka została poddana alloplastyce.

(kserokopia karty informacyjnej – k. 99)

W okresie od 28 czerwca 2018 roku do 19 lipca 2018 roku powódka przebywała na Pododdziale Rehabilitacyjnym ZOZ MSWiA w Ł. po wszczęciu endoprotezy bezcementowej lewego stawu biodrowego.

Zabieg alloplastyki stawu biodrowego lewego wykonano w dniu 15 czerwca 2018 roku.

(kserokopia karty informacyjnej – k. 16-16v.)

W okresie od 28 czerwca 2018 roku do 31 sierpnia 2018 roku powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim wystawionym przez lekarza w Pododdziale Rehabilitacyjnym ZOZ MSWiA w Ł..

(kserokopia zwolnienia lekarskiego – k. 17)

Zgodnie z ogólnymi warunkami dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego:

- choroba oznacza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego (§ 2 ust. 1 pkt 1),
- leczenie szpitalne oznacza leczenie stacjonarne stanów nagłych, w których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia lub leczenie stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego (§ 2 ust. 1 pkt 2),
- przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego (§ 3),
- (...) S.A. wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu, w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
- (...) S.A. nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu, konieczność którego powstała w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością (...) S.A. pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą (§ 19 ust. 1 pkt 14),
- (...) S.A., nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w ośrodkach rehabilitacyjnych, szpitalach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacyjnych, z wyjątkiem pobytu, o którym mowa w ust. 1 pkt 14 (§ 19 ust. 2 pkt 3).

(Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego – k. 48-49)

Zgodnie ogólnymi warunkami dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego (...):

- rekonwalescencja oznacza trwający nieprzerwanie maksymalnie 30 dni – bezpośrednio po pobycie w szpitalu pobyt na zwolnieniu lekarskim wydany przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne (§ 2 ust. 1 pkt 5)),
- przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego (§ 3),
- zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie rekonwalescencji w okresie odpowiedzialności (...) SA, o ile pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni (§ 4 ust. 1 pkt 2)),
- (...) S.A. wypłaca świadczenie za każdy dzień rekonwalescencji w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia (§ 5 ust. 1 pkt 6).

(Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego (...) k. 50-52)

Zgodnie ogólnymi warunkami dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną:

- karta apteczna oznacza kartę będącą dowodem uprawnienia do odbioru produktów w aptece; zasady jej funkcjonowania opisane są w Regulaminie Karty aptecznej (§ 2 ust. 1 pkt 2)),
- przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego (§ 3),

- zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie odpowiedzialności (...) SA pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością (...) SA z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego (§ 4),

- w przypadku pobytu w szpitalu, (...) S.A. przyznaje ubezpieczonemu – poprzez wydanie ważnej karty aptecznej – prawo do odbioru w aptece produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2 (§ 5 ust. 1),

- w przypadku trwałego braku możliwości odbioru produktów w aptece z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, tj. likwidacji lub upadłości świadczeniodawcy, świadczenie realizowane jest jednorazowo w formie pieniężnej w pełnej należnej kwocie (§ 17 ust. 3 pkt 2).

(Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną – k. 53-54v.)

Zgodnie z regulaminem karty aptecznej:

- bezgotówkowa realizacja karty aptecznej oznacza bezgotówkowy odbiór produktów w aptece, która posiada techniczną możliwość realizacji karty aptecznej (§ 2 pkt 1)),

- gotówkowa realizacja karty aptecznej oznacza zwrot kosztów zakupionych produktów w aptece na podstawie złożonego do (...) SA zgłoszenia o realizację karty aptecznej (§ 2 pkt 5)).

(Regulamin karty aptecznej – k. 55-55v.)

Zgodnie z § 33 ust. 1 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...), (...) SA wykonuje zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością (...) SA.

(ogólne warunki k. 45-46v)

W dniu 6 września 2018 roku powódka zgłosiła pozwanemu roszczenie dotyczące leczenia szpitalnego od 14 czerwca 2018 roku.

(zgłoszenie – k. 56-57)

Decyzją z dnia 7 września 2018 roku pozwany odmówił wypłaty świadczenia pieniężnego na rzecz powódki za pobyt w okresie od 28 czerwca do 19 lipca 2018 roku wskazując, że pobyt w szpitalu związany był z rehabilitacją, która była kolejną rehabilitacją rozpoznanej jednostki chorobowej.

(kserokopia decyzji – k. 59-59v)

Pismem z dnia 15 stycznia 2019 roku (doręczonym w dniu 29 stycznia 2019 roku) powódka wezwała pozwanego do zapłaty na jej rzecz świadczeń pieniężnych w kwocie 1.650 zł z tytułu pobytu w Pododdziale Rehabilitacyjnym ZOZ MSWiA w okresie od 28 czerwca 2018 roku do dnia 19 lipca 2019 roku, kwoty 1.125 zł z tytułu rekonwalescencji oraz kwoty 300 zł z tytułu zwrotu równowartości karty aptecznej, w terminie 7 dni od dnia doręczenia pisma.

(wezwanie do zapłaty – k. 23-24, potwierdzenie odbioru – k. 26)

Decyzjami z dnia 7 września 2018 roku pozwany przyznał powódce świadczenie za pobyt w szpitalu w okresie od dnia 14 czerwca 2018 roku do 21 czerwca 2018 roku w kwocie 600 zł za 8 dni pobytu, jak również świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej, którą powódka przeszła w dniu 15 czerwca 2018 roku w kwocie 1800 zł.

(decyzje – k. 84, k. 85)

Powyższy stan faktyczny ustalony został w oparciu o okoliczności bezsporne, powołane wyżej dowody, wśród nich dokumentację medyczną. Stan faktyczny na podstawie kserokopii dokumentów ustalono na podstawie przepisu art. 308 k.p.c.

Na rozprawie w dniu 17 października 2019 roku Sąd oddalił wniosek pełnomocnika powódki o dopuszczenie dowodu z przesłuchania powódki na wnioskowaną okoliczność tj. odpowiedzialności pozwanego za wypłatę świadczenia, bowiem nie dotyczyła ona okoliczności faktycznych, spornych i istotnych dla rozstrzygnięcia.

### **Sąd Rejonowy zważył co następuje:**

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w przeważającej części.

W niniejszej sprawie bezsporne było, że powódka była objęta grupowym pracowniczym ubezpieczeniem typu P (...) u pozwanego w okresie od dnia 1 czerwca 2018 roku do 31 maja 2019 roku. Strona pozwana nie kwestionowała pobytu powódki na Pododdziale Rehabilitacyjnym ZOZ MSWiA w Ł. w okresie od 28 czerwca 2018 roku do dnia 19 lipca 2018 roku. Sporna pomiędzy stronami była jednak kwestia odpowiedzialności pozwanego za wypłatę świadczeń pieniężnych z tytułu pobytu powódki na oddziale rehabilitacyjnym po wszczęciu endoprotezy lewego stawu biodrowego, rekonwalescencji oraz kosztów karty aptecznej. Spór sprowadzał się do tego, że w ocenie strony pozwanej wskazany powyżej pobyt powódki na oddziale rehabilitacji stanowił kolejny już pobyt dotyczący rehabilitacji tego tej samej jednostki chorobowej, co do której wcześniej pozwany przyznał powódce świadczenie wynikające umowy.

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. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (art. 805 § 2 pkt. 2 k.c.).

Zgodnie z wyrażoną w art. 353<sup>1</sup> k.c. zasadą swobody umów strony stosunku prawnego mogą dowolnie kształtować swe wzajemne prawa i obowiązki. Strony mają więc prawo ułożyć stosunek prawny wedle swego uznania, co w przypadku umów ubezpieczenia dobrowolnego oznacza swobodę ukształtowania zarówno zakresu ochrony ubezpieczeniowej, jak i przesłanek jej udzielenia, z czym łączy się także swoboda zdefiniowania zdarzeń i okoliczności ich zaistnienia, od których zależy powstanie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub też wysokość świadczenia.

Sąd zważył, że integralną część umowy ubezpieczenia w niniejszej sprawie stanowiły ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...), ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego (...), ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że zgodnie z art. 65 § 2 k.c. w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Wykładnia treści umowy, zgodnie z art. 65 § 2 k.c. jest ograniczona do postanowień umowy niejasno sformułowanych, co potwierdza stanowisko Sądu Najwyższego, wyrażone w orzeczeniu z 29 maja 2015 roku sygnatura spraw V CSK 446/14 opublikowany w LEX pod numerem (...). Również Sąd Apelacyjny w Białymstoku, w orzeczeniu z 27 marca 2015 roku w sprawie sygnatura I ACA 885/14 LEX numer 1734649 wskazuje, że przy interpretacji postanowień umowy, argumenty językowe, gramatyczne schodzą na drugi plan, ustępując argumentom odnoszącym się do woli stron, ich zamiaru i celu.

Z treści § 19 ust. 1 pkt 14 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 1 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, wynika że celem zawartej umowy jest objęcie ochroną ubezpieczeniową pierwszego pobytu w szpitalu w związku z rehabilitacją w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw choroby, przy czym pobyt ten winien rozpocząć się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością pozwanego, pobytu powódki w szpitalu związanego z tą samą chorobą. Jednocześnie definicja choroby zamieszona w OWU to stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska

zewnątrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego. Nie można interpretować pojęcia choroby, tak jak wskazuje pozwany, przy odwołaniu się do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych i uwzględniania każdorazowo określonej jednostki chorobowej zgodnie ze wskazaną tam klasyfikacją. Gdyby zamiarem stron było takie rozumienie choroby w momencie zawierania umowy, znalazłoby to niewątpliwie wyraz w postanowieniach OWU.

Niezależnie od powyższego wskazać należy, iż wobec zastosowania przez pozwanego wzorca umowy w postaci ogólnych warunków umownych, uwzględnić należało również przepisy dotyczące ochrony konsumenta w przypadku ich niejednoznacznego sformułowania (art. 384 § 1 kc w zw. z art. 385 § 2 kc).

Zgodnie z treścią art. 15 ust. 3 i 5 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. z 2019r., poz. 381) umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy są formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Postanowienia umowy ubezpieczenia, ogólnych warunków ubezpieczenia oraz innych wzorców umowy sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczyciel jako profesjonalista oraz autor ogólnych warunków ubezpieczenia ma obowiązek sformułować je precyzyjnie i dlatego w razie niejasności czy wątpliwości co do poszczególnych postanowień tych warunków, należy je interpretować na korzyść ubezpieczającego; byłoby bowiem sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, by niekorzystne konsekwencje wadliwej i niedbałej redakcji tych postanowień obciążały ubezpieczających. Pogląd taki przyjmowany jest od dawna w judykaturze (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 września 1998r., III CKN 605/97, LexPolonica nr 405187 oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2003r., IV CKN 1858/2000, Monitor Prawniczy 2006/3, str. 149 i z dnia 31 marca 2000r., II CKN 783/98, niepubl.)

Powyższe uregulowanie nawiązuje do treści art. 385 § 2 kc, który stanowi z kolei, że wzorzec umowy powinien być sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a w przypadku postanowień niejednoznacznych tłumaczy się je na korzyść konsumenta.

Należy mieć na uwadze, że wprowadzone przez stronę pozwaną w OWU kryteria uznania zdarzenia za chorobę są zgodne z powszechnym rozumieniem tego pojęcia. Powódka doznała w 2017 roku choroby tj. takiego stanu organizmu, który powodował konieczność jej pobytu w szpitalu. Była to choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych prawostronnie leczona operacyjnie. Wynika to wprost z karty informacyjnej k. 99. Nie można wywodzić, że powódka przebywała w szpitalu wówczas z powodu choroby zwyrodnieniowej powodującej konieczność leczenia szpitalnego także lewego stawu biodrowego, gdyż nic takiego z dokumentacji medycznej nie wynika. Konieczność alloplastyki lewego stawu biodrowego powódki powstała dopiero ok. rok później. Tym samym rehabilitacja po tym pobycie w szpitalu miała związek z chorobą (w znaczeniu określonym w OWU), która powstała w 2018 roku. W powszechnym odczuciu konieczność alloplastyki wiąże się z zaistnieniem takiego stanu chorobowego, którego wystąpienie stwierdza w rozpoznaniu lekarz. Gdyby powódka kwalifikowała się do takiego zabiegu w lewym stawie biodrowym już w 2017 roku wynikałoby to z dokumentacji medycznej. Oznacza to, że w 2017 roku w lewym stawie biodrowym powódki nie występował stan uzasadniający konieczność leczenia szpitalnego.

Postanowienie OWU pozwanego w zakresie definicji choroby jest dość ogólne i brak jest podstaw, aby – jak obecnie chce pozwany – doprecyzowywać je poprzez odwołanie się do jednostek chorobowych Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Jako że umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną, to przy wykładni jej postanowień nie można tracić z pola widzenia tego jej zasadniczego celu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2002r., IV CKN 1421/00, niepubl.). W przypadku przedmiotowej umowy każdorazowo w ogólnych warunkach ubezpieczenia wskazywano, że przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Za zasadne zatem należy uznać żądanie powódki o wypłatę świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia za zdarzenie zaistniałe w 2018 roku.

Żądanie powódki ostatecznie co do wysokości nie było sporne. Pozwany kwestionował zasadę swojej odpowiedzialności (k. 88-90).

W zakresie żądania wypłaty świadczenia za pobyt w szpitalu w związku z rehabilitacją przez 22 dni należna powódce kwota wynosi 1650 zł obliczona jako 0,5% sumy ubezpieczenia (15.000 zł) tj. 75 zł x 22 dni.

W zakresie żądania wypłaty świadczenia za rekonwalescencję przez 30 dni należna powódce kwota wynosi 1125 zł obliczona jako 0,25% sumy ubezpieczenia (15.000 zł) tj. 37,50 zł x 30 dni.

Odnosząc się w tym miejscu do podniesionego przez pozwanego zarzutu jakoby długość pobytu w szpitalu powódki nie uzasadniała tego żądania, należy wskazać, że powódka przebywała w szpitalu 22 dni a zwolnienie zostało wystawione bezpośrednio po tym pobycie. Spełniona została zatem definicja rekonwalescencji określona w OWU. Zwolnienie lekarskie zostało wystawione przez oddział szpitalny, co wprost wynika z treści dokumentu k. 17, w którym odbywało się leczenie szpitalne w rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 2 OWU k. 48.

W zakresie żądania kwoty 300 zł tytułem karty aptecznej, wskazać należy, że wprawdzie regulamin karty aptecznej k. 55 przewiduje jej realizację bezgotówkową albo gotówkową (przy czym przy gotówkowej polega na zwrocie kosztów zakupionych produktów w aptece), to jednak w zaistniałej sytuacji pozwany odmówił wydania takiej karty powódce i zwrotu kosztów. Zachodzi zatem przypadek podobny jak określony z § 17 ust. 3 pkt 2) ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną (trwały brak możliwości odbioru produktów w aptece), co oznacza, że świadczenie winno zostać zrealizowane jednorazowo w formie pieniężnej w pełnej należnej kwocie.

Uwzględniając powyższe, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 3075 zł orzekając jak w pkt 1 wyroku.

Wobec tego, że powódka cofnęła pozew ze zrzeczeniem się roszczenia w zakresie żądania zapłaty odsetek ustawowych za opóźnienie od dochodzonej pozew kwoty za okres od 3 września 2018 roku do dnia 6 września 2018 roku, Sąd umorzył w tym zakresie postępowanie, orzekając jak w pkt 2 wyroku na podstawie art. 355 § 1 k.p.c..

Rozstrzygnięcie o odsetkach z tytułu opóźnienia w wypłacie należnego powódce odszkodowania zapadło na podstawie art. 817 § 1 i 481 § 1 k.c.

Zgodnie z treścią art. 817 § 1 kc ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Również taki termin do wypłaty świadczeń określono w § 33 ust. 1 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...).

Jak wynika z akt sprawy żądanie wypłaty świadczenia za pobyt w szpitalu w związku z rehabilitacją, powódka po raz pierwszy zgłosiła w dniu 6 września 2018 roku. Należne odsetki ustawowe za opóźnienie Sąd zasądził zatem od kwoty 1650 zł od dnia 6 października 2018 roku przy uwzględnieniu powołanego 30-dniowego terminu.

Roszczenie dotyczące świadczenia za rekonwalescencję i związane z kartą apteczną zostało po raz pierwszy zgłoszone pozwanemu w dniu 29 stycznia 2019 roku (pismo pełnomocnika powódki z 15 stycznia 2019 roku k. 23). Należne odsetki ustawowe za opóźnienie od kwoty 1425 zł Sąd zasądził zatem od dnia 1 marca 2019 roku przy uwzględnieniu powołanego 30-dniowego terminu.

W pozostałym zakresie żądanie zasądzenia odsetek podlegało oddaleniu jako niezasadne (pkt 3 wyroku).

O kosztach Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 2 k.p.c., zgodnie, z którym Sąd może włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko, co do nieznaczącej części swego żądania.

Powódka nie ostała się w swoim żądaniu jedynie w zakresie części odsetek.

Pozwany obowiązany jest zatem zwrócić powódce poniesione przez nią koszty, na które składały się: opłata od pozwu w kwocie 100 zł, koszty zastępstwa procesowego w wysokości ustalonej na podstawie § 2 pkt. 3 rozporządzenia Ministra



Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. 2015 poz. 1800 ze zm.) w kwocie 900 zł, oraz 17 zł opłata skarbową od pełnomocnictwa.

Sąd zasądził zatem tytułem zwrotu kosztów procesu od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1017 zł w pkt 4 roku.