

Sygn. akt VII C 351/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 31 sierpnia 2015 r.

Sąd Rejonowy w Kielcach, VII Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Dobrosława Szydłowska
Protokolant:	prot. sąd. Ilona Szabla

po rozpoznaniu w dniu 18 sierpnia 2015 r. w Kielcach

na rozprawie

sprawy z powództwa M. O.

przeciwko Towarzystwu (...) Spółka Akcyjna w W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) Spółka Akcyjna w W. na rzecz powódki M. O. kwotę 1.740 zł (jeden tysiąc siedemset czterdzieści złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 8 kwietnia 2015 roku do dnia 31 sierpnia 2015 roku w wysokości 8 % w stosunku rocznym i z dalszymi każdorazowymi odsetkami ustawowymi od dnia 1 września 2015 roku do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) Spółka Akcyjna w W. na rzecz powódki M. O. kwotę 647 zł (sześćset czterdzieści siedem złotych) tytułem kosztów procesu.

SSR D. S.

Sygn. akt: VII C 351/15

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 8 kwietnia 2015 roku M. O. domagała się zasądzenia na swoją rzecz od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. w W. kwoty 1.740 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz kosztami procesu. Uzasadniając wywiedzione powództwo podniosła, że w okresie od 18 grudnia 2014 r. do 16 stycznia 2015 r., tj. 29 dni przebywała w (...) Centrum (...) w C. z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego oraz prawego barku. Wskazała, że podczas pobytu w szpitalu przebyła szereg zabiegów fizykalnych, ćwiczeń według (...), masaże aquavibronem mięśni okołokręgosłupowych, zabiegi laserem, krioterapię, kinesiotaping barku i uzyskała redukcję zaostrzonego stanu bólowego. Powódka wywodziła, że jako pracownik Poczty Polskiej podlegała ubezpieczeniu grupowemu na życie, a zgodnie z warunkami umowy kwota odszkodowania za pobyt ubezpieczonego w szpitalu wynosi 60 zł za dzień leczenia. Nadmieniła, że pozwany odmówił jej wypłaty odszkodowania, zarzucając, że (...) Centrum (...) nie spełnia definicji szpitala. Z taką argumentacją powódka się nie

zgodziła, powołując się na zapisy KRS tej placówki, z których wynika, że jest to Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, którego celem jest udzielanie całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych między innymi w zakresie leczenia szpitalnego. Placówka ta nadto zapewnia 24-godzinną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymuje stałe miejsca szpitalne i prowadzi rejestry medyczne dla swoich pacjentów, czym wypełnia definicję „szpitala” ujętą w ogólnych warunkach umownych (pozew - k. 2-5).

Pozwany nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie kosztów procesu. Przyznał, iż M. O. od kwietnia 2009 r. była objęta ochroną ubezpieczeniową w pozwanym Towarzystwie (...), a w okresie od 18 grudnia 2014 r. do 16 stycznia 2015 r. przebywała w (...) Centrum (...) w C.. Nie była sporna również wysokość dochodzonego roszczenia. Pozwany zakwestionował natomiast, aby w przedmiotowej sprawie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe warunkujące wypłatę odszkodowania. Zarzucił, iż powódka przebywała w istocie w ośrodku rehabilitacyjnym, a nie w szpitalu i tym samym brak jest podstaw do wypłaty na jej rzecz odszkodowania (odpowiedź na pozew – k. 68-69).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dacie 24 kwietnia 2009 r. M. O. złożyła deklarację przystąpienia do grupowego (...) Firma dla pracowników Państwowego Przedsiębiorstwa Użyteczności Publicznej Poczta Polska w pozwanym Towarzystwie (...). Od tamtej pory była objęta tym ubezpieczeniem i uiszczała z tego tytułu co miesiąc składkę w wysokości 44 zł. Ochroną ubezpieczeniową objęte było między innymi leczenie ubezpieczonego w szpitalu. W tym wypadku wysokość świadczenia miała wynosić 60 zł za każdy dzień leczenia szpitalnego.

Zgodnie z zapisami ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego w szpitalu, przez „pobyt w szpitalu” rozumie się trwający nieprzerwanie, co najmniej 3 dni, całodobowy pobyt w szpitalu celem leczenia choroby lub następstw nieszczęśliwego wypadku, liczony jako różnica pomiędzy datą przyjęcia do szpitala a datą wypisu (§1 ust. 2 pkt 4 owu). Z kolei przez „szpital” rozumie się działający zgodnie z prawem na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych, ochrona zdrowia, zapewniający 24-godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów, prowadzący dla każdego pacjenta rejestr medyczny. W rozumieniu warunków ubezpieczenia, szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, dom opieki pielęgniarskiej, hospicjum, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, czy wypoczynkowy, nawet jeśli stanowi zorganizowaną część szpitala (§ 1 ust. 2 pkt 5 owu).

dość: deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia z 24 kwietnia 2009 r. - k. 76; umowa grupowego ubezpieczenia na Życie z 29 marca 1999 r. z aneksami do tej umowy- k. 77- 92; ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego w szpitalu - k. 110-111.

W 2011 roku zdiagnozowano u powódki M. O. zwyrodnienie odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa. Od tamtej pory powódka cyklicznie leczy się na kręgosłup. Przyjmuje zastrzyki i odbywa zabiegi rehabilitacyjne. W 2014 roku po powrocie z sanatorium w J. u powódki w sposób drastyczny zaostrzyły się bóle kręgosłupa i zaczęła boleć ją obręcz barkowa. Było to związane z wymuszoną pozycją pracy na poczcie. Po wizycie u reumatologa zdiagnozowano u powódki stan zapalny barku. W dniu 17 grudnia 2014 r. M. O. otrzymała od dr W. W. skierowanie do szpitala – (...) na Oddział (...).

M. O. została przyjęta w dniu 18 grudnia 2014 r. na Oddział (...) 2 (...) Centrum (...) w C. z powodu zaostrzonych dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego oraz bolesności barku prawego. Przebieg leczenia odbył się bez powikłań. Leczenie polegało na masażu mięśni przykręgosłupowych aquavibronem, zabiegach laserowych na odcinek szyjny kręgosłupa, zabiegach elektrostymulacji tens na odcinek L-S kręgosłupa, krioterapii tego odcinka, zabiegów UD na kręgosłup, ćwiczeniach według (...), ćwiczeniach w wodzie, ćwiczeniach wzmacniających i korygujących postawę. Leczenie trwało osiem godzin dziennie. Powódka przebywała w tym szpitalu do 16 stycznia 2015 r. i miała zapewnioną całodobową wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i lekarską w systemie ciągłym. Została

wypisana w stanie dobrym do domu z zaleceniami kontynuowania ćwiczeń i kontroli w (...). Wystawiono jej zwolnienie lekarskie za okres od 18 grudnia 2014 r. do 16 stycznia 2015 r.

dowód: zeznania M. O. – k. 156 w zw. z k. 163; skierowanie do szpitala – k. 8; karta informacyjna z leczenia szpitalnego – k. 9; historia choroby – k. 10-12; karta zabiegów na oddziale – k. 114, zwolnienie lekarskie – k. 15; zaświadczenie ze (...) Centrum (...) – k. 160-161.

Po wyjściu ze szpitala (...) wystąpiła do ubezpieczyciela o wypłatę należnego jej z polisy świadczenia związanego z leczeniem jej w szpitalu w wysokości 1.740 zł (29 dni x 60 zł). Pozwany nie uwzględnił roszczenia zgłoszonego przez powódkę i odmówił wypłaty odszkodowania, zarzucając, że placówka, w której przebywała powódka nie spełnia kryteriów wskazanych w definicji szpitala z § 1 ust. 2 pkt 5 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia ubezpieczonego w szpitalu. Powódka odwołała się od powyższej decyzji pozwanego, jednakże pozwany podtrzymał swe dotychczasowe stanowisko.

dowód: korespondencja z ubezpieczycielem w przedmiocie wypłaty odszkodowania – k. 16-20.

(...) Centrum (...) w C. jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej wpisanym przez Sąd Rejonowy w Kielcach w rejestrze publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Placówka ta jest Szpitalem (...), w ramach którego funkcjonują dwa oddziały rehabilitacji oraz dział farmacji szpitalnej. Przy szpitalu funkcjonuje także poradnia rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna i oddział rehabilitacji dziennej. Zgodnie z § 4 Statutu, celem zakładu jest udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń szpitalnych oraz świadczeń ambulatoryjnych, a także podejmowanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania i realizowanie zadań z zakresu promocji zdrowia oraz prowadzenie działalności humanitarnej na rzecz pacjentów. (...) Centrum (...) zapewnia pacjentom leczonym w Oddziałach Stacjonarnych (...) całodobową opiekę lekarską i pielęgnarską. Stałe miejsca szpitalne dla pacjentów w Oddziałach Rehabilitacyjnych są utrzymywane od lutego 1996 roku. Dla każdego pacjenta jest prowadzona dokumentacja medyczna dotycząca pobytu w szpitalu i zastosowanego procesu leczenia. Po zakończonym procesie leczenia pacjent otrzymuje kartę informacyjną z pełną epikryzą i danymi dotyczącymi zastosowanego leczenia i zaleceń poszpitalnych.

dowód: odpis z KRS (...) Centrum (...) w C. – k. 26-29; statut (...) k. 31-40; Regulamin Organizacyjny (...) k. 41-61; schemat organizacyjny (...) k. 62; zaświadczenie ze (...) Centrum (...) – k. 160-161.

Sąd zważył, co następuje:

W przedmiotowej sprawie poza wszelkim sporem pozostawała okoliczność, że w okresie od 24 kwietnia 2009 r. powódka M. O. jako pracownik Poczty Polskiej była objęta w pozwanym Towarzystwie (...) grupowym ubezpieczeniem na życie rozszerzonym dodatkowo na wypadek leczenia ubezpieczonego w szpitalu. Poza sporem pozostawała również okoliczność, że przez 29 dni, a konkretnie w okresie od 18 grudnia 2014 r. do 16 stycznia 2015 r. M. O., po otrzymaniu skierowania do szpitala, przebywała w (...) Centrum (...) w C. w związku z zaostrzeniem stanów zwyrodnieniowych kręgosłupa i stanem zapalnym prawego barku. Nie ulegało także wątpliwości, że za każdy dzień leczenia szpitalnego ubezpieczonego ubezpieczyciel winien był wypłacić świadczenie w wysokości 60 zł.

Strony w odmienny sposób natomiast interpretowały zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia grupowego z tytułu leczenia ubezpieczonego w szpitalu stanowiących integralną część polisy, a w szczególności § 1 ust. 2 pkt 5 owu, co spowodowało, iż każda z nich wysnuwała inne wnioski co do tego, czy nastąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe. Zdaniem powódki placówka, w której przebywała jest niewątpliwie szpitalem i tym samym brak jest uzasadnionych podstaw do odmowy wypłaty świadczenia. Tymczasem pozwany twierdził, że (...) nie wypełnia definicji szpitala ujętej w owu, co powoduje, że ubezpieczyciel jest zwolniony z obowiązku świadczenia.

W tym stanie rzeczy rolą Sądu było dokonanie oceny ogólnych warunków ubezpieczenia i przesądzenie, czy pozwane Towarzystwo (...) S.A. w W. jest zobowiązany do wypłaty świadczenia z polisy, czy też nie.

Zgodnie z dyspozycją 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 przedmiotowej sprawie poza wszelkim sporem leżała okoliczność, iż strony połączone były węzłem zobowiązaniowym z tytułu zawartej umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego, co w przypadku zaistnienia wskazanego w polisie zdarzenia upoważniało powódkę do skierowania względem pozwanego roszczeń odszkodowawczych.

Z treści § 2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia leczenia ubezpieczonego w szpitalu wynika, iż zdarzeniem, w razie którego ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest **pobyt ubezpieczonego w szpitalu**. Z definicji zaś zamieszczonej w § 1 ust. 2 pkt 4 owu wynika, że przez „pobyt w szpitalu” rozumie się trwający nieprzerwanie, co najmniej 3 dni, całodobowy pobyt w szpitalu celem leczenia choroby lub następstw nieszczęśliwego wypadku, liczony jako różnica pomiędzy datą przyjęcia do szpitala a datą wypisu (§1 ust. 2 pkt 4 owu). Z kolei przez „szpital” rozumie się działający zgodnie z prawem na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych, ochrona zdrowia, zapewniający 24-godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów, prowadzący dla każdego pacjenta rejestr medyczny. W rozumieniu warunków ubezpieczenia, szpitalem nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, dom opieki pielęgniarskiej, hospicjum, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, czy wypoczynkowy, nawet jeśli stanowi zorganizowaną część szpitala (§ 1 ust. 2 pkt 5 owu).

W tym miejscu wskazać należy, iż postanowienia ogólnych warunków umów ubezpieczenia podlegają wykładni według reguł określonych w art. 65 § 2 k.c., gdy ich postanowienia nie są precyzyjne i stwarzają wątpliwości co do ich istotnej treści, a wykładnia taka nie może pomijać celu, w jakim umowa została zawarta, a także natury i funkcji zobowiązania (wyrok SN z dnia 13 maja 2004 r., sygn. akt V CK 481/03, niepubl.). Umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny dla wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony, a wątpliwości interpretacyjne nie mogą obciążać ubezpieczonego (por. wyrok SN z dnia 28 maja 1997 r., sygn. akt III CKN 76/97, niepubl.; wyrok SN z dnia 2 września 1998 r., sygn. akt III CKN 605/97, niepubl.; wyrok SN z dnia 19 lutego 2004 r., sygn. akt IV CK 69/03, niepubl.; wyrok z dnia 8 grudnia 2005 r., sygn. akt II CK 305/05, niepubl. ,wyrok SN z dnia 5 września 2008 r. I CSK 64/08, LEX nr 457853, wyrok SN z 24 marca 2004- I CK 471/03, LEX nr 182084).

Z doktryny i ugruntowanego orzecznictwa sądowego wynika, że przy wykładni postanowień ubezpieczenia, w tym ogólnych warunków ubezpieczenia należy uwzględniać cel umowy i interesy ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego (np. wyrok SN z dnia 5 września 2008 r. I CSK 64/08), ponadto w odniesieniu do działalności wzorcotwórczej zakładów ubezpieczeń, ujemne skutki wadliwie sformułowanych postanowień zawartych w ogólnych warunkach umów nie mogą obciążać klientów, a jedynie autora tych klauzul. Ryzyko wątpliwości wynikających z niejasnych postanowień umowy nie dających usunąć się w drodze wykładni, powinna bowiem ponieść strona, która zredagowała umowę. (np. wyrok SA w Warszawie z dnia 8 lipca 1997 r., I ACa 181/97, Pr. Gosp. 1998, nr 5, poz. 41; wyrok SA w Łodzi z dnia 28 lutego 1997 r., I ACr 37/96, OSA 1996, z. 9, poz. 43, wyrok SN z dnia 21 czerwca 2007 roku sygn.. akt. IV CSK 95/07 LEX nr 485885).

W razie niejasności czy wątpliwości co do poszczególnych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, należy interpretować na korzyść ubezpieczonego. Sprzeczne z zasadami współzycia społecznego jest obciążanie ubezpieczonych negatywnymi konsekwencjami wadliwej i niedbałej ich redakcji. (tak wyrok SN z 10 grudnia 2003 roku V CK 35/03 LEX nr 196761). Ubezpieczyciel ma obowiązek jasnego i jednoznacznego formułowania ogólnych warunków ubezpieczenia oraz pozostałych dokumentów koniecznych przy zawarciu umowy i ponosi konsekwencje wszelkich uchybień w tym zakresie, a dla zwolnienia go od odpowiedzialności nie wystarczy stwierdzenie, że przedstawił o.w.u. ubezpieczającemu, który mógł się z nimi zapoznać, jeżeli dokumenty te zawierały uregulowania niejasne, wieloznaczne, mylące i obiektywnie niezrozumiałe dla przeciętnego adresata (tak wyrok SN 12 stycznia 2007 roku IV CSK 307/06 LEX nr 238967).

Mając powyższe na względzie podkreślić należy, iż obecnie o zakresie odpowiedzialności ubezpieczyciela decyduje treść umowy ubezpieczenia, wykładana według zasady określonej w art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U z 2010, Nr 11, poz. 66 ze zm.), w której wskazano, iż ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Z kolei ust. 4 art. 12 w/ w ustawy stwierdza, iż postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Umowa ubezpieczenia należy do umów szczególnego zaufania, w której działania kontrahentów powinny być lojalne, a postanowienia umowy jasne, zrozumiałe i jednoznaczne. Dotyczy to w szczególności umów z udziałem konsumentów, którzy powinni mieć zapewnioną możliwość nie tylko zapoznania się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia i projektem umowy, ale przede wszystkim powinni mieć możliwość zrozumienia ich postanowień bez szczególnego przygotowania i bez konieczności sięgania do innych uregulowań. Jest oczywiste, że zakład ubezpieczeń może ogólne warunki ubezpieczenia formułować swobodnie i w taki sam sposób kształtować swoją odpowiedzialność, byleby nie naruszało to przepisów bezwzględnie obowiązujących. Jednakże jest również oczywiste, że postanowienia zarówno ogólnych warunków ubezpieczenia, jak i wszystkich innych dokumentów i formularzy, jakimi posługuje się ubezpieczyciel przy zawieraniu umowy muszą być jednoznaczne, jasne, zrozumiałe dla przeciętnego adresata bez szczególnego wykształcenia i przygotowania. Dotyczy to w szczególności wszelkiego rodzaju wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, co do których nie może być żadnych wątpliwości już przy zawieraniu umowy. Jak słusznie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 maja 2004 r., V CK 481/03 (niepubl.) spełnienie funkcji ochronnej umowy ubezpieczenia wymaga, by przed jej zawarciem ubezpieczający miał świadomość, jakie wypadki nie są objęte ubezpieczeniem lub ograniczają albo wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela. Ogólne warunki ubezpieczenia powinny w sposób jasny i precyzyjny określać takie wypadki, a w razie niejasności lub wątpliwości postanowienia te należy interpretować na korzyść ubezpieczającego.

Ustosunkowując się do kwestii podnoszonych przez strony w toku postępowania należy przede wszystkim zwrócić uwagę na podstawowe zagadnienia dotyczące ogólnych warunków ubezpieczenia. Otóż przy formułowaniu tych warunków zachowana powinna być bardzo staranna i precyzyjna redakcja zawartych w nich postanowień, zwłaszcza co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Dotyczy to zarówno formy tych postanowień, jak również systematyki i terminologii. Ujemne skutki wadliwie opracowanych ogólnych warunków ubezpieczeń, polegające na możliwości dowolnej ich interpretacji, powinny obciążać ubezpieczyciela, jako profesjonalistę i autora tych warunków. W takim wypadku odpowiedzialność ubezpieczyciela - mimo określonych zapisów zawartych w warunkach ubezpieczenia - może być w praktyce znacznie szersza niż to ubezpieczyciel zakładał.

I tak, analizując zapis § 1 ust. 2 pkt 5 owu niewątpliwie dochodzimy do wniosku, że już sama wykładnia literalna przemawia za uznaniem, iż (...) Centrum (...), w którym przebywała powódka jest szpitalem. Wbrew twierdzeniom strony pozwanej, z § 1 ust. 2 pkt 1 owu absolutnie nie można wyciągać wniosku, by odpowiedzialność ubezpieczyciela miała być ograniczona w przypadku leczenia w stanowiącym samodzielny zakład opieki zdrowotnej szpital o profilu rehabilitacyjnym.

Otóż zapis ów stanowi jedynie tyle, że szpitalem nie są jednostki o takim charakterze jak: dom opieki, hospicjum, ośrodek pielęgniarstwa, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, sanatoryjny, rehabilitacyjny i wypoczynkowy, choćby stanowiły zorganizowaną część szpitala.

W przedmiotowym stanie faktycznym mamy do czynienia ze szczególnym rodzajem profilowanego szpitala – szpitalem rehabilitacyjnym, w ramach którego funkcjonują tylko i wyłącznie dwa oddziały szpitalne rehabilitacji i dział farmacji szpitalnej. Przy szpitalu funkcjonuje także poradnia rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna i oddział rehabilitacji dziennej. (...) Centrum (...) w C. jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej wpisanym przez Sąd Rejonowy w Kielcach w rejestrze publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 4 Statutu, **celem zakładu jest udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń szpitalnych** oraz świadczeń ambulatoryjnych, a także podejmowanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania i realizowanie zadań z zakresu

promocji zdrowia oraz prowadzenie działalności humanitarnej na rzecz pacjentów. (...) **Centrum (...) zapewnia pacjentom leczonym w Oddziałach Stacjonarnych (...) całodobową opiekę lekarską i pielęgniarzką. Stałe miejsca szpitalne dla pacjentów w Oddziałach Rehabilitacyjnych są utrzymywane od lutego 1996 roku. Dla każdego pacjenta jest prowadzona dokumentacja medyczna dotycząca pobytu w szpitalu i zastosowanego procesu leczenia.** Po zakończonym procesie leczenia pacjent otrzymuje kartę informacyjną z pełną epikryzą i danymi dotyczącymi zastosowanego leczenia i zaleceń poszpitalnych.

W ocenie Sądu nie może ulegać wątpliwości, iż (...) Centrum (...) w C. jest samodzielnym szpitalem, a nie ośrodkiem rehabilitacyjnym stanowiącym zorganizowaną część szpitala. Zdaniem Sądu definicja negatywna szpitala skonstruowana przez pozwanego nie jest zbyt precyzyjna i jednoznaczna. Powódka mogła mieć uzasadnione podstawy do założenia, że skoro otrzymała **skierowanie do szpitala**, przebywała w **szpitalu**, gdzie prowadzono jej szeroko zakrojone **leczenie** w wymiarze 8 godzin dziennie, miała zapewnioną **całodobową opiekę pielęgniarzką i lekarską**, to jest to placówka, w której leczenie będzie objęte ubezpieczeniem. Należy zauważyć, że wśród placówek, co do których pozwany wyłącza swoją odpowiedzialność należą z reguły takie, które nie świadczą całodobowych szpitalnych usług leczniczych – dom opieki, sanatorium, ośrodek wypoczynkowy. Dlatego też w tym kontekście umieszczenie wśród nich ośrodka rehabilitacyjnego uzasadnia postawienie tezy, że chodziło o ośrodek, w którym prowadzi się tylko doraźne zabiegi, a nie szpital, gdzie leczy się schorzenia kręgosłupa. Godzi się też zaakcentować okoliczność, że powódka cierpiała na chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa od kilku lat i gdyby miała świadomość, że pobyt w specjalistycznym szpitalu rehabilitacyjnym nie będzie objęty ubezpieczeniem mogłaby zdecydować się na zmianę ubezpieczyciela.

Reasumując, Sąd stanął na stanowisku, że niezbyt precyzyjny zapis § 1 ust. 2 pkt 5 owu upoważnia do interpretacji tych wątpliwości na korzyść ubezpieczonej powódki. Tym samym zdaniem Sądu skoro M. O. przez 29 dni przebywała na leczeniu w specjalistycznym szpitalu rehabilitacyjnym to niewątpliwie zaszło zdarzenie powodujące wypłatę należnego jej świadczenia z polisy.

Zważywszy na okoliczność, iż zarzuty pozwanego koncentrowały się wyłącznie na wyłączeniu swej odpowiedzialności za leczenie jakiemu została poddana powódka, zaś nie podważały żądania pozwu co do wysokości, uznać należało, iż wysokość świadczenia określona na 1.740 zł była bezsporna. Wynikała zresztą z załączonych przez powódkę dokumentów.

Co się zaś tyczy żądania zasądzenia odsetek, to zawyroковано o nich w oparciu o art. 481 § 1 k.c., uznając, że pozwany z chwilą wytoczenia powództwa niewątpliwie pozostawał już w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia, szczególnie, że był już uprzednio wzywany do wypłaty świadczenia wynikającego z polisy.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c., w myśl którego strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Pozwane Towarzystwo (...) S.A. w W. przegrał sprawę w całości. Tym samym zasadnym jest, aby zwrócił powódce wszystkie poniesione przez nią koszty procesu. Dlatego też Sąd zasądził od pozwanego na rzecz M. O. kwotę 647 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, na którą to kwotę złożyły się: 30 złotych tytułem opłaty od pozwu, 600 zł tytułem wynagrodzenia pełnomocnika powoda, 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

SSR D. S.