

Sygn. akt I Ca 314/14

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 października 2014 r.

Sąd Okręgowy w Tarnowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

<b>Przewodniczący:</b>	<b>SSO Edward Panek</b>
<b>Sędziowie:</b>	<b>SSO Mariusz Sadecki</b> <b>SSR (del.) Zbigniew Zabawa (spr.)</b>
<b>Protokolant:</b>	<b>st. sekretarz sądowy Paweł Chrabąszcz</b>

po rozpoznaniu w dniu 16 października 2014 r. w Tarnowie

na rozprawie

sprawy z powództwa J. S.

przeciwko (...) Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A. (...)z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Rejonowego w Bochni

z dnia 14 maja 2014 r., sygn. akt I C 579/13

1. **oddala apelację;**
2. **zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 90 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego.**

Sygn. akt I Ca 314/14

## UZASADNIENIE

**wyroku Sądu Okręgowego w Tarnowie z dnia 16 października 2014r.**

Powódka J. S. domagała się zasądzenia od (...) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (...) w W. następujących kwot tj. 1 200 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 30 października 2013 roku do dnia zapłaty tytułem odszkodowania, 2 000 zł tytułem zadośćuczynienia. Nadto domagała się zasądzenia na jej rzecz zwrotu kosztów postępowania.

Na uzasadnienie swojego żądania podała, iż w dniu 17 grudnia 2012 roku w następstwie wypadku komunikacyjnego doznała urazu czaszkowo-mózgowego i przebywała w szpitalu do dnia 23 grudnia 2012 roku. Powódka podkreśliła, że stroną pozwaną łączyła ją umowa ubezpieczenia grupowego, dlatego też zgłosiła ubezpieczycielowi fakt powstania szkody domagając się wypłaty odszkodowania - jednak ubezpieczyciel odmówił wypłaty wskazując, że wypadek komunikacyjny, w którym uczestniczyła nie może zostać zakwalifikowany, jako nieszczęśliwy wypadek, bo to powódka swoim zachowaniem doprowadziła do tego zdarzenia.

W toku postępowania powódka zmieniła swoje żądanie wskazując, że domaga się zasądzenia od strony pozwanej kwoty 1 400 zł z odsetkami od dnia 2 kwietnia 2014 roku z tytułu pobytu w szpitalu w związku z wypadkiem komunikacyjnym oraz zasądzenia na jej rzecz zwrotu kosztów postępowania. W pozostałym zakresie oświadczyła, że cofa powództwo. Wskazała, że kwoty odszkodowania domaga się za okres 7 dni pobytu w szpitalu. Podkreśliła, że zgodnie z polisą ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu przysługuje jej odszkodowanie w wysokości 200 zł, a zatem za 7 dniowy pobyt powinno jej być przyznane odszkodowanie w wysokości 1 400 zł.

Strona pozwana w odpowiedzi na pozew domagała się oddalenia powództwa w całości oraz zasądzenia na jej rzecz zwrotu kosztów postępowania. Uzasadniając swoje stanowisko wskazała, iż brak jest jakiegokolwiek podstaw do wypłaty powódce zadośćuczynienia, gdyż umowa ubezpieczenia, jaka łączyła strony w ogóle nie przewidywała takiego świadczenia. Odnosząc się zaś do kwestii wypłaty odszkodowania za pobyt w szpitalu wskazała, że powódce takie świadczenie się nie należy, gdyż w toku postępowania likwidacyjnego ustalono, że to powódka doprowadziła do wypadku, a w takiej sytuacji nie można mówić o nieszczęśliwym wypadku skoro to powódka swoim zachowaniem do niego doprowadziła. Podkreśliła, że zachowanie powódki nie może być uznane za „niezależne od woli”, a w takiej sytuacji nie przysługuje jej prawo do odszkodowania. Na marginesie jedynie zauważyła, że nawet, gdyby przyjąć to zdarzenie za nieszczęśliwy wypadek to powódce za pobyt w szpitalu zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia przysługiwałoby odszkodowanie w wysokości 1 050 zł. Ustosunkowując się natomiast do zmienionego w toku postępowania powództwa wniosła o oddalenie tego żądania wskazując, iż jest ono przedwczesne - powódka, bowiem dotychczas nie występowała do ubezpieczyciela o odszkodowanie z tytułu pobytu w szpitalu.

Sąd Rejonowy Bochni wyrokiem z dnia 14.05.2014r. zasądził od pozwanej na rzecz powódki kwotę 1.400 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 2.04.2014r. do dnia zapłaty, umorzył postępowanie w zakresie kwoty 1.800 zł zaś koszty postępowania pomiędzy stronami wzajemnie zniósł.

Rozstrzygnięcie Sądu I instancji poprzedziły następujące ustalenia faktyczne.

J. S. jest lekarzem zatrudnionym od kilku lat w Szpitalu (...) w B.. W dniu 31 grudnia 2009 roku powódka przystąpiła do umowy grupowego ubezpieczenia pracowników na życie w (...) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (...) w W., które obowiązywać miało od dnia 1 stycznia 2010 roku. Zgodnie z certyfikatem Grupowego Ubezpieczenia na Życie (...) do polisy nr (...) od 1 stycznia 2012 roku J. S., jako ubezpieczonej przysługiwały świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, który spowodowany był wypadkiem komunikacyjnym w wysokości 200 zł dziennie za każdy dzień pobytu (w okresie 1-14 dni). Za dłuższy pobyt w szpitalu stawki ulegały zmniejszeniu. Integralną częścią tej umowy były ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie, które określały zakres ubezpieczenia, wysokość odszkodowania, jak też prawa i obowiązki stron umowy oraz ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Zgodnie z § 4 ust 1 pkt 1 ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku zakres ubezpieczenia obejmował między innymi pobyt osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Przy czym zgodnie z ust 4 pkt 3 tego paragrafu odszkodowanie przysługuje, jeżeli pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie, co najmniej 4 dni. Za nieszczęśliwy wypadek zgodnie z § 2 ust 15 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie uważa się zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną i niezależną od woli ani stanu zdrowia osoby ubezpieczonej w następstwie, którego osoba ubezpieczona doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia lub zmarła. Zgodnie zaś z dyspozycją § 21 ust 5 ogólnych warunków ubezpieczenia wypłata świadczenia następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia.

Natomiast zgodnie z § 2 ust 5 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego za wypadek komunikacyjny uznawane jest zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki; nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem pojazdu lądowego na drodze lub torowisku albo statku morskiego, któremu uległa osoba ubezpieczona, jako pieszy albo pasażer bądź kierujący którymkolwiek z tych pojazdów. W dniu 17 grudnia 2012 roku doszło do wypadku komunikacyjnego, w którym uczestniczyła J. S. jako kierująca samochodem osobowym. Do wypadku doprowadziło zachowanie powódki, która włączając się do ruchu nie ustąpiła pierwszeństwa przejazdu autobusowi. Bezpośrednio po wypadku J. S. z uwagi na uraz czaszko-mózgowy została przewieziona na Szpitalny Oddział Ratunkowy (...) Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w K. gdzie przebywała do dnia 18 grudnia 2012 roku. W dniu 18 grudnia 2012 roku została przeniesiona na oddział neurochirurgii tego szpitala, gdzie przebywała do dnia 23 grudnia 2013 roku. W dniu 19 marca 2013 roku J. S. zwróciła się do ubezpieczyciela z wnioskiem o wypłatę odszkodowania z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia wskazując, iż chodzi jej o odszkodowanie z tytułu pobytu w szpitalu w okresie od 17.12.2012 r. do 23.12.2013 r. W piśmie z dnia 16 maja 2013 roku ubezpieczyciel oświadczył, iż odmawia wypłaty odszkodowania wskazując, iż skoro to ubezpieczona doprowadziła do kolizji to nie można takiego zdarzenia uznać za nieszczęśliwy wypadek, a co za tym idzie przyznać J. S. odszkodowanie. J. S. odwołała się od tej decyzji wskazując, iż nie zgadza się z taką interpretacją zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia. W piśmie z dnia 3 czerwca 2013 roku ubezpieczyciel wskazał, że podtrzymuje swoje dotychczasowe stanowisko w tej sprawie, dowód: pisma stron k.8-13.

Sąd I instancji poczynił ustalenia na podstawie dowodów z dokumentów (akt szkodowych, certyfikatu grupowego ubezpieczenia na życie, deklaracji zgody grupowego ubezpieczenia na życie, notatki policji z 17.12.2013r., z polisy ubezpieczenia oraz ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie). Ponadto Sąd oparł się na zeznaniach powódki, które uznał za wiarygodne. Dokonując oceny jurydycznej żądania powódki Sąd I instancji stwierdził, iż zasługuje ono na uwzględnienie.

Sąd I instancji przyjął, iż zaistniał wypadek ubezpieczeniowy, o którym mowa w art. 805 kc (pobyt powódki w szpitalu) powódka przebywała w szpitalu 7 dni zaś z certyfikatu grupowego ubezpieczenia na życie wynika, iż za jeden dzień pobytu w szpitalu, który wynikał z wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel zobowiązany jest do zapłaty kwoty 200 zł. Sąd uznał, iż zdarzenie z 17.12.2012r., w którym powódka doznała uszkodzenia ciała stanowi wypadek komunikacyjny a jednocześnie jest nieszczęśliwym wypadkiem. Według Sądu zdarzenie z 17.12.2012r. spełnia przesłanki nieszczęśliwego wypadku, który został zdefiniowany w § 2.15 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie, bowiem było to zdarzenie przypadkowe, nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależne od stron zdrowia ubezpieczonego. W kontekście notatki policji z miejsca zdarzenia Sąd stwierdził, iż wypadek był, co prawda zawiniony przez powódkę, jednakże była to wina nieumyślna i tym samym jest to niezależne od woli powódki. Zdaniem Sądu w ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, nie zostało zdefiniowane pojęcie „wypadku komunikacyjnego”, jednakże w tym zakresie Sąd sięgnął do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego, gdzie w § 2 punkt 5, gdzie pojęcie to zostało sprecyzowane i odpowiednio zastosował ten przepis do przedmiotowej sprawy. Konkludując Sąd I instancji wskazał, iż powódka w certyfikacie grupowego ubezpieczenia na życie miała zagwarantowaną wypłatę 200 zł za jeden dzień pobytu w wyniku wypadku komunikacyjnego, zatem skoro udokumentowała pobyt w szpitalu, trwający 7 dni, zasądził kwotę 1.400 zł. Koszty postępowania zostały przez Sąd wzajemnie zniesione na podstawie przepisu art. 100 kpc.

Apelację od powyższego rozstrzygnięcia złożyła strona pozwana zaskarżając go w całości. W zarzutach apelacyjnych strona pozwana podniosła:

- naruszenie prawa procesowego, polegające na przyznaniu świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego, choć w toku postępowania likwidacyjnego takie żądanie nie zostało zgłoszone, oraz polegające na przyjęciu, iż zdarzenie z 17.12.2012r. było zdarzeniem niezależnym od woli powódki – mając na względzie treść notatki policji z miejsca zdarzenia, nierozpoznanie istoty sprawy polegające na pominięciu podstawy roszczenia, podczas gdy z uzasadnienia Sądu wynikałoby, iż najprawdopodobniej Sąd przyznał powódce

świadczenie z tytułu jej pobytu w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego, pomimo iż powódka nigdy wcześniej nie wystąpiła do pozwanego z takim roszczeniem,

- naruszenie prawa materialnego, polegające na błędnej wykładni §2 pkt 15 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie, poprzez uznanie przedmiotowego zdarzenia za nieszczęśliwy wypadek oraz błędnej wykładni §4 ust. 1 Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Opierając się na powyższych zarzutach składający apelację wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia, poprzez oddalenie powództwa, ewentualnie uchylenia zaskarżonego orzeczenia i przekazania sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Ponadto skarżący złożył wniosek o dopuszczenie nowych dowodów w postaci dokumentów tj. umowy z 27.11.2011r., zawartej pomiędzy SP ZOZ w B. a pozwaną na usługę grupowego ubezpieczenia pracowników, specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz oferty na usługę grupowego ubezpieczenia pracowników.

W odpowiedzi na apelację strona powodowa wniosła o jej oddalenie, jako bezzasadne oraz zasądzenie na rzecz powódki kosztów zastępstwa procesowego przed Sądem II instancji.

### ***Sąd Okręgowy rozważył, co następuje.***

Apelacja strony pozwanej podlegała oddaleniu, jako bezzasadna.

Skarżący do zasady nie kwestionował ustaleń faktycznych poczynionych przez Sąd I instancji. Zarzuty apelacji zmierzały przede wszystkim do podważenia dokonanej przez Sąd I instancji oceny dowodów oraz oceny prawnej roszczenia powódki. Zdaniem Sądu Odwoławczego ustalenia Sądu I instancji są prawidłowe i znajdują pokrycie w zgromadzonym materiale dowodowym i Sąd II instancji podziela je w całości i przyjmuje za własne.

Zarzut apelacji nierozpoznania istoty sprawy jest zupełnie chybiony, bowiem jak wynika z analizy wniosku o wypłatę świadczenia złożonego do ubezpieczyciela w postępowaniu likwidacyjnym, już wówczas powódka wyraźnie sprecyzowała, iż domaga się wypłaty należności w następstwie wypadku komunikacyjnego, po którym przebywała w szpitalu. Również pisemne uzasadnienie pozwu wskazuje, iż powódka cały czas wskazywała na wypadek komunikacyjny, jako źródło powstania roszczeń, z którymi wystąpiła do ubezpieczyciela. To ubezpieczyciel w sposób błędny uznał i prowadził postępowanie likwidacyjne w kierunku nieszczęśliwego wypadku pomijając zupełnie konkretne sformułowania wniosku o wypłatę świadczenia.

Również niezasadny jest zarzut przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów, gdyż w literaturze sytuacja, jaka miała miejsce w przedmiotowej sprawie traktowana jest, jako nieszczęśliwy wypadek, bowiem przesłanka niezależności od woli odnosi się również do zdarzenia wywołanego przez działanie nieumyślne ubezpieczonego (Ubezpieczenia na życie. Magdalena Szczepańska warszawa 2008, Wolters Kluwer k. 313.)

Zatem Sąd prawidłowo zastosował przepisy, które uznał za podstawę prawną powództwa, a w szczególności, skoro w treści Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, brak jest zdefiniowania wypadku komunikacyjnego i pojawia się wątpliwość, w jaki sposób należy interpretować to pojęcie do stanu faktycznego przedmiotowej sprawy, to Sąd tą wątpliwość i lukę wypełnia w ten sposób, że odpowiednio stosuje przepis §2 pkt 5 Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego. Zaś z przepisu tego wynika, iż wypadek komunikacyjny jest to zdarzenie spełniające następujące przesłanki: nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem pojazdu lądowego na drodze lub na torowisku albo statku morskiego lub śródlądowego bądź statku powietrznego, któremu uległa osoba ubezpieczona, jako pieszy albo pasażer bądź kierująca którymkolwiek z tych pojazdów. Z powyższego wynika, iż wypadek komunikacyjny musi spełniać jednocześnie przesłanki nieszczęśliwego wypadku, zatem Sąd słusznie przyjął, iż zdarzenie z 17.12.2012r. spełnia również przesłanki nieszczęśliwego wypadku. Tym

samym zarzuty apelacji o naruszeniu przepisów prawa materialnego są chybione. Odnosząc się jeszcze do wskazane powyżej wątpliwości, gdy chodzi o treść Ogólnych warunków ubezpieczenia, to wskazać tutaj należy na przepis art. 12 ust. 3, 4 Ustawy z 22.05.2003r. o działalności ubezpieczeniowej zgodnie, z którym OWU oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, zaś postanowienia niejednoznaczne należy interpretować na korzyść ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Zatem jeżeli po stronie ubezpieczyciela istniały jakiegokolwiek wątpliwości, co do interpretacji OWU, (przy czym wątpliwości tych nie miał Sąd I instancji) to winien był sięgnąć do cytowanego wyżej przepisu i dokonać wskazanego w nim sposobu wykładni tych przepisów.

Wnioski dowodowe, które zostały zgłoszone przez pozwanego w apelacji polegały oddaleniu na podstawie art. 381 kpc.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono z godnie z art. 98 kpc.