

Sygn. akt I C 993/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 września 2019 r.

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: sędzia Jacek Głowacz

Protokolant: stażysta Maciej Skrzypek

po rozpoznaniu w dniu 3 września 2019 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa M. C.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

- 1) zasądza od (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz M. C. kwotę 3.000 (trzy tysiące) zł odsetkami ustawowymi od dnia 7 kwietnia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;
- 2) oddala powództwo w pozostałym zakresie;
- 3) nie obciąża powódki obowiązkiem zwrotu stosunkowej części kosztów procesu na rzecz pozwanego.

Sygn. akt I C 993/19

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 14 lipca 2014 r. powódka E. C. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. w W. kwoty 7.000 zł z odsetkami od dnia upływu 30 dni od dnia zgłoszenia szkody - tytułem świadczeń z umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego na wypadek ciężkiej choroby i specjalistycznego leczenia. Ubezpieczyciel odmówił ich wypłacenia uznając, że ciężka choroba powódki oraz konieczność specjalistycznego leczenia zaistniały jeszcze przed objęciem powódki ochroną ubezpieczeniową. Chorobę nowotworową wykryto bowiem u powódki już w 1997 r. i wówczas rozpoczęto leczenie specjalistyczne. /pозew- k. 3-8/

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego. Zdaniem pozwanego, zdarzenia objęte ubezpieczeniem wystąpiły przed rozpoczęciem ochrony. /odpowieź na pozew- k. 67-70/

Postanowieniem z dnia 22 stycznia 2015 r. Sąd zawiesił postępowanie z dniem 16 listopada 2014 r. z uwagi na śmierć powódki. /postanowienie- k. 118/

Postanowieniem z dnia 13 czerwca 2019 r. Sąd podjął zawieszony postępowanie z udziałem M. C. jako spadkobierczynie E. C.. /postanowienie- k. 137; akt poświadczenia dziedziczenia- k. 141/

Sąd ustalił:

E. C. była zatrudniona w SM (...) w Ł.. W dniu 1 września 2012 r. dobrowolnie przystąpiła do umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego (...) wraz z pakietem ubezpieczeń dodatkowych zawartej przez pracodawcę jako ubezpieczającym z pozwanym (...) S.A. w W.. Okres obowiązywania umowy był przedłużany na kolejne lata i trwał co najmniej do 2014 r. /bezsporne; kopia propozycji ubezpieczenia- k. 11; okoliczność przyznana przez pozwanego w odpowiedzi na pozew- k. 68-69; kopia polisy ubezpieczeniowej- k. 77-77v/

Suma ubezpieczenia w ramach ubezpieczenia typu (...) wynosiła 10.000 zł. E. C. przystępując do umowy ubezpieczenia grupowego zaakceptowała to, że mają do niej zastosowanie ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu (...) ((...)), a ponadto ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego ((...) – LS) i ciężkiej choroby ((...) – CC, wariant podstawowy).

Zgodnie z § 3 i 4 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu (...), przedmiotem umowy było życie ubezpieczonej, a zakres ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonej w okresie odpowiedzialności pozwanego.

W świetle § 2 ust. 1 pkt 1 i 2a i § 3 pkt 16 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, przez wystąpienie ciężkiej choroby należało rozumieć zdiagnozowanie m.in. nowotworu złośliwego, tj. choroby objawiającej się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i tworzenia odległych przerzutów). Natomiast, jak stanowił § 19 ogólnych warunków przedmiotowego ubezpieczenia, odpowiedzialność pozwanego nie obejmowała ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności pozwanego w stosunku do ubezpieczonego.

W rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, chemioterapia stanowiła metodę systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji (...) podanego drogą pozajelitową. Zgodnie z § 5 pkt 1 i § 17 ogólnych warunków, pozwany wypłacał świadczenie w przypadku specjalistycznego leczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmowała specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się przed początkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego. /bezsporne; kopia polisy ubezpieczeniowej- k. 77-77v; kopie i wydruki o.w.u.- k. 77-83/

W 1997 r. u E. C. stwierdzono nowotwór piersi. Powódkę poddano chemioterapii oraz zabiegowi usunięcia piersi (mastektomii).

Aż do sierpnia 2013 r. u powódki nie stwierdzono nawrotu choroby nowotworowej, jednakże powódka odczuwała bóle kości opisane i leczone jako rwa kulszowa.

W sierpniu 2013 r. przeprowadzono m.in. badanie scyntygrafii kości, które wykazało istnienie zmian przemawiających za przerzutami nowotworu do kości. /bezsporne; twierdzenie powódki w pozwie- k. 4; kopia zaświadczenia- k. 19; kopie wyników badań- k. 20-24, 25 104v, 90-99; przesłuchanie powódki- k. 143/

W okresie od dnia 10 do 14 stycznia 2014 r. E. C. przebywała na Oddziale Chemioterapii (...) im. M. K. w Ł.. Rozpoznano u niej (...) stopnia z przerzutami do kości i wątroby, stan po mastektomii lewostronnej i usunięciu węzłów chłonnych pachowych lewych, a także stan po chemioterapii uzupełniającej w 1997 r. Chorążę zakwalifikowano do chemioterapii paliatywnej. /bezsporne; kopia karty informacyjnej- k. 10, 89, 105; przesłuchanie powódki- k. 142-143/

W dniu 28 lutego 2014 r. E. C. zgłosiła pozwanemu zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci ciężkiej choroby. /bezsporne; wydruk wniosku- k. 84-85/

Ponadto, w dniu 7 marca 2014 r. E. C. zgłosiła pozwanemu również zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w postaci leczenia specjalistycznego (chemioterapię). /bezsporne; wydruk wniosku- k. 100/

W pismach z dnia 17 i 19 marca 2014 r., a także w pismach z dnia 24 i 29 kwietnia 2014 r. pozwany poinformował E. C. o braku możliwości wypłacenia świadczeń. Pozwany wskazał, że przed dniem 1 września 2012 r. powódka była już leczona w związku z rozpoznaniem złośliwego nowotworu piersi lewej (mastektomia lewostronna z wycięciem pachowych węzłów chłonnych i chemioterapia w 1997 r.), natomiast w styczniu 2014 r. jedynie kontynuowano to leczenie z powodu rozsiewu raka piersi do kości i wątroby. /kopie pism- k. 12-18, 102v-103, 103v-104, 87v-88; wydruki operatów i pism- k. 86, 86v-87, 88v, 102/

Orzeczeniem z dnia 27 czerwca 2014 r. lekarz orzecznik ZUS uznał E. C. za niezdolną do pracy. /bezsporne; kopia orzeczenia- k. 9, 34/

E. C. zmarła w dniu 16 listopada 2014 r. /odpis skrócony aktu zgonu- k. 116; kopia i oryginał wypisu aktu poświadczenia dziedziczenia- k. 135, 141/

Ustalony stan faktyczny jest w przeważającej części niesporny. Dokonując ustaleń w tej sprawie Sąd uwzględnił także niewiarygodne zgodnie z art. 129 § 2 k.p.c. i wzajemnie niekwestionowane kopie dokumentów przedstawionych przez strony.

Należy podkreślić, że strony w toku procesu nie wnosiły o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lekarza-onkologa, co obliżowało Sąd do poczynienia ustaleń jedynie w oparciu o przedstawioną dokumentację medyczną i ubezpieczeniową. Ubezpieczona nie wykazała, że ogólne warunki umowy nie zostały jej doręczone.

Należy pamiętać, że ubezpieczona nawet będąc konsumentem, lecz przystępując całkowicie dobrowolnie do ubezpieczenia grupowego powinna była zadbać o pozyskanie dokumentacji wskazującej na zakres ochrony ubezpieczeniowej. Umowy ubezpieczenia grupowego dla pracowników są umowami powszechnie zawieranimi w wielu zakładach pracy, a z reguły niska wysokość uiszczanych składek uprawnia do stwierdzenia, że są to umowy zawierane w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego w rozumieniu art. 384 § 2 k.c. Wzorzec umowy wiązał zatem ubezpieczoną również wówczas, gdy mogła się ona z łatwością dowiedzieć o jego treści.

Analiza dokumentacji leczenia ubezpieczonej E. C. prowadzi natomiast do wniosku, że choroba nowotworowa kości i wątroby stwierdzona u powódki w 2013 r. była wynikiem przerzutów nowotworu piersi wykrytego u powódki już w 1997 r., a więc proces chorobowy – jak słusznie podnosi pozwany – musiał trwać jeszcze przed rozpoczęciem się ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia grupowego. Zgromadzony materiał dowodowy nie pozwala ustalić, iż choroba nowotworowa wykryta w 2013 r. była schorzeniem nowym (de novo), całkowicie niepowiązanym ze schorzeniem leczonym (i najprawdopodobniej jedynie zaleczonym) w 1997 r. Ocenę umacnia fakt, że zgodnie z twierdzeniami samej ubezpieczonej przytoczonymi w pozwie w latach kolejnych była leczona z uwagi na rozpoznanie u niej rwy kulszowej, która – jak okazało się następnie – nie była przyczyną dolegliwości bólowych pleców. Był nią nowotwór kości, którego obecność jedynie potwierdzono dopiero w 2013 r. Świadczy to o bardzo wysokim prawdopodobieństwie tego, że proces powstania przerzutów i nacieków raka w innych częściach organizmu w wyniku krążenia w nim komórek nowotworowych rozpoczął się znacznie wcześniej. Tego rodzaju wniosek należy wyprowadzić z innych bezspornych ustaleń, a więc w istocie w ramach domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.).

Tym niemniej brak jest jakichkolwiek dowodów uprawniających do stwierdzenia chemioterapia zastosowana w 1997 r. stanowiła ten sam rodzaj specjalistycznego leczenia ubezpieczonej, co chemioterapia rozpoczęta w 2013 i 2014 r. Należy przypomnieć, że zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek specjalistycznego leczenia, chemioterapia stanowiła metodę systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji (...) podanego drogą pozajelitową. Ubezpieczyciel przyjął zatem dość szczegółową definicję chemioterapii, jednakże stwierdzenie, czy chemioterapia wdrożona w 1997 r. była metodą leczenia nowotworu „za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji (...) podanego drogą pozajelitową” nie było możliwe jedynie w oparciu o dokumentację medyczną i wymagało opiniowania przez biegłego, o co pozwany nie wnosił. Zatem twierdzenie pozwanego, zgodnie z którym chemioterapię wdrożono jeszcze przed rozpoczęciem ochrony

ubezpieczeniowej nie jest uprawnione. Pozwany nie kwestionuje natomiast okoliczności, że chemioterapię stanowiącą specjalistyczne leczenie w rozumieniu o.w.u. wdrożono w latach 2013-2014, a więc jest to zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.

Sąd zważył:

Powództwo okazało się uzasadnione w zakresie, w jakim dotyczyło żądania zasądzenia świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie 3.000 zł z tytułu specjalistycznego leczenia (chemioterapii). Podlegało natomiast oddaleniu w zakresie roszczenia o zapłatę kwoty 4.000 zł z tytułu świadczenia na wypadek ciężkiej choroby (nowotworu złośliwego).

Od razu wskazać należy, że charakter i wysokość przedmiotowych świadczeń nie jest przedmiotem sporu, a Sąd jest związany żądaniem pozwu (art. 321 § 1 k.p.c.). Należy podkreślić, że powódka nie dokonała zmiany powództwa i nie domaga się wypłacenia świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonej, która pierwotnie wystąpiła z powództwem. Przedmiotem roszczeń są jedynie zdarzenia ubezpieczeniowe objęte dodatkowymi pakietami ubezpieczenia.

Odpowiedzialność pozwanego wynika przede wszystkim z umowy zawartej z ubezpieczającym na rzecz ubezpieczonej E. C., a jej ramy prawne wyznaczają przede wszystkim przepisy art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. oraz art. 829 § 1 i 2 k.c.

Treść umowy ubezpieczenia grupowego – stanowiącego w istocie odmianę ubezpieczenia osobowego na życie z pakietem ubezpieczeń dodatkowych – jest współtworzona przez ogólne warunki ubezpieczenia, których treść przytoczono powyżej. Jak przy tym wskazano w ramach oceny dowodów, ubezpieczona nie wykazała, że ogólne warunki jako wzorce umowy nie zostały jej doręczone. Umowy ubezpieczenia grupowego dla pracowników są umowami zawieranymi powszechnie za pośrednictwem pracodawców (jako ubezpieczających), a nieznaczna wysokość uiszczanych składek uprawnia do uznania, że są to umowy zawierane w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego w rozumieniu art. 384 § 2 k.c. Wzorzec umowy wiązał zatem ubezpieczoną również wówczas, gdy mogła się ona z łatwością dowiedzieć o jego treści, choćby nie zadbała o jego pozyskanie i zapoznanie się z jego treścią.

Stosownie do dyspozycji art. 385 § 2 zd. 1-2 k.c., wzorzec umowy powinien być sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta.

Jak również stanowił art. 12 ust. 3-4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (obowiązującej w dacie przystąpienia do ubezpieczenia grupowego – t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 1206), ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczony dochodząc wypłaty świadczenia z tytułu ciężkiej choroby domaga się świadczenia o charakterze gwarancyjnym (niezależnym od wystąpienia szkody), nie jest to zatem odszkodowanie (por. np. S. Byczko, Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Zarys wykładu, Warszawa 2013, s. 204 i n.). Wypłata świadczenia jest zatem możliwa dopiero w przypadku wykazania, że doszło do wystąpienia określonego wypadku (zdarzenia) objętego ochroną ubezpieczeniową.

Mając na uwadze powyższe Sąd uznał, że ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, w tym nowotworu złośliwego były sformułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Ubezpieczona, a następnie jej spadkobierczyni, która występuje aktualnie w procesie jako powódka, nie wykazały, że nowotwór złośliwy zdiagnozowany u ubezpieczonej w 2013 r. był schorzeniem autonomicznym, zupełnie niepowiązanym przyczynowo z nowotworem piersi stwierdzonym i leczonym już w 1997 r. Wniosek ten jest uprawniony w świetle treści dokumentacji medycznej ubezpieczonej, gdzie stwierdza się, że choroba nowotworowa stwierdzona w 2013 r. jest wynikiem przerzutów, a zatem stanowi kontynuację tego rodzaju choroby, choćby nowotwór był wcześniej umiejscowiony w innej części organizmu.

Nadto, ubezpieczona już w pozwie sama wskazywała, iż po kilku latach od zakończenia pierwszej terapii onkologicznej była leczona z uwagi na rozpoznanie u niej rwy kulszowej, która – jak okazało się następnie – nie była przyczyną dolegliwości bólowych pleców. Jak ustalono, był nią nowotwór kości, którego obecność potwierdzono dopiero w 2013 r., a który występował także przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

Co niemniej istotne, nowotwór złośliwy w rozumieniu o.w.u. to choroba objawiająca się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i tworzenia odległych przerzutów). Zgromadzony materiał dowodowy nie pozwala uznać, że nowotwór (zwłaszcza nowotwór kości) stwierdzony oraz leczony u powódki w 2013 r. ma postać guza (tumor) i to guza, który nie jest otoczony torebką (otorbiony). Weryfikacja tej okoliczności wymagałaby opiniowania przez biegłego z zakresu onkologii, o co nie wносиła żadna ze stron.

Z tych przyczyn pozwany w sposób uprawniony powołał się na wyłączenie jego odpowiedzialności w ramach ubezpieczenia od wystąpienia ciężkiej choroby (§ 19 o.w.u. dotyczącego ciężkiej choroby).

Żądanie pozwu było natomiast zasadne w zakresie, w jakim dotyczyło wypłaty świadczenia w związku z koniecznością specjalistycznego leczenia w postaci chemioterapii. Chemioterapia w rozumieniu o.w.u. stanowiła metodę systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji (...) podanego drogą pozajelitową. Zastosowana w przypadku ubezpieczonej chemioterapia spełniała przedmiotowe kryteria, czego pozwany nie kwestionował. Pozwany powoływał się natomiast na fakt, że chemioterapia była już rozpoczęta w 1997 r. nie dostrzegając jednak okoliczności, że cykl jej stosowania został zakończony i nie doszło do ponownego podjęcia terapii aż do 2013 r.

Ponadto, brak jest dowodów na to, że chemioterapia rozpoczęta i zakończona w 1997 r. stanowiła chemioterapię w rozumieniu o.w.u., tj. „metodę systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji (...) podanego drogą pozajelitową”. Brak jest bowiem informacji, a tym bardziej dowodów, jakie leki podawano lub przetaczano ubezpieczonej i to wyłącznie drogą pozajelitową.

Z tej przyczyny powołanie się przez ubezpieczyciela na wyłączenie jego odpowiedzialności w oparciu § 17 o.w.u. dotyczącego specjalistycznego leczenia nie mogło wywołać zamierzonego skutku. Roszczenie o wypłatę świadczenia w kwocie 3.000 zł z tego tytułu było zatem uzasadnione.

O odsetkach ustawowych i odsetkach ustawowych za opóźnienie Sąd orzekł na podstawie na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 455 i art. 817 § 1 k.c. Sąd z urzędu uwzględnił zmianę stanu prawnego w zakresie prawa materialnego wynikającą z art. 2 w zw. z art. 56 ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1830), która nadała art. 481 § 2 k.c. od dnia 1 stycznia 2016 r. następujące brzmienie: „Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych. Jednakże, gdy wierzytelność jest oprocentowana według stopy wyższej, wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie według tej wyższej stopy”. Przepis ten określa zatem nową kategorię odsetek ustawowych za opóźnienie naliczanych według innej stopy niż inne odsetki ustawowe (art. 359 § 2 k.c.). Zgodnie z art. 56 ustawy nowelizującej, do odsetek należnych za okres kończący się przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe. Z tej przyczyny rozstrzygnięcie o odsetkach ustawowych (w tej sprawie służących wynagrodzeniu opóźnienia dłużnika) wymagało rozróżnienia okresów naliczania odsetek według innych stóp przed i po dniu 1 stycznia 2016 r.

Zgłoszenie zdarzenia w postaci specjalistycznego leczenia nastąpiło w dniu 7 marca 2014 r. Wobec tego pozwany był obowiązany do wypłacenia świadczenia do dnia 7 kwietnia 2014 r. (w terminie 30-dniowym). Stąd odsetki ustawowe i ustawowe za opóźnienie zostały zasądzone na rzecz powódki od dnia 7 kwietnia 2014 r.

W kontekście powyższych uwag Sąd orzekł jak w sentencji.

Na podstawie art. 102 k.p.c. Sąd odstąpił od obciążenia powódki obowiązkiem zwrotu stosunkowej części kosztów procesu na rzecz strony pozwanej (roszczenie powódki zostało oddalone w przeważającej części). Sąd wziął pod uwagę charakter sprawy, przedmiot ubezpieczenia osobowego (życie i zdrowie ubezpieczonej), a także dość skomplikowany pod względem prawnym charakter sprawy. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że osoba uprawniona do świadczenia, tj. E. C. zmarła w toku procesu na skutek choroby nowotworowej, wykrycie i leczenie której legło w istocie u podstaw zaniechania wypłacenia świadczenia przez pozwanego.

Świadczenie z tytułu ubezpieczenia osobowego wypłacane ostatecznie córce ubezpieczonej musi natomiast zachować swoją funkcję gwarancyjną i kompensacyjną. Wobec tego nie powinno ono ulegać faktycznemu obniżeniu poprzez obowiązek częściowego zwrotu kosztów na rzecz ubezpieczyciela, a więc przedsiębiorcy zajmującego znaczącą pozycję krajowym na rynku ubezpieczeń.