

Sygn. akt **IC 496/14**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 września 2016 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	<b><i>SSO Bożena Chłopecka</i></b>
Protokolant:	protokolant sądowy Karolina Ostasiuk

po rozpoznaniu w dniu 26 września 2016 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa **Z. M.**

przeciwko **(...) Zakładowi (...) na (...) S.A. z siedzibą w W.**

**o zapłatę**

**orzeka:**

I. zasądza od (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz Z. M. kwotę 90.000 zł (dziewięćdziesiąt tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami:

- od kwoty 10.000 zł (dziesięć tysięcy złotych) od dnia 21 sierpnia 2013 roku do dnia zapłaty,

- od kwoty 80.000 zł (osiemdziesiąt tysięcy złotych) od dnia 8 grudnia 2013 roku do dnia zapłaty,

II. ustala, że pozwany ponosi w całości koszty postępowania, z tym, że ich rozliczenie pozostawia referendarzowi sądowemu.

Sygn. akt: IC 496/14

## UZASADNIENIE

W pozwie wniesionym w dniu 08 maja 2014 roku przeciwko pozwanemu (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. powód Z. M. wniósł o zasądzenie kwoty 10.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 21 sierpnia 2013 roku do dnia zapłaty tytułem świadczenia ubezpieczeniowego wariant VI należnego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) z dnia 01 kwietnia 2007 roku zawartej przez Miejskie Zakłady (...) Sp. z o.o. z pozwanym, do której powód przystąpił w dniu 17 maja 2011 roku, w związku ze ziszczeniem się warunku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia po stronie powoda ciężkiej choroby w postaci udaru niedokrwiennego mózgu. Powód wniósł także o zasądzenie od pozwanego kwoty 80.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 08 grudnia 2013 roku do dnia zapłaty tytułem świadczenia ubezpieczeniowego pakiet III należnego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) z dnia 1 kwietnia 2007 roku zawartej przez Miejskie Zakłady (...) Sp. z o.o. z pozwanym, do której powód przystąpił w dniu 17 maja 2011 roku, w związku ze ziszczeniem się warunku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia po stronie powoda niezdolności do pracy w zawodzie motorniczego. Ponadto powód wniósł o zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania, w tym zasądzenie od pozwanego kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych /pозew k. 2-6/.

Pozwany (...) S.A. w W. w odpowiedzi na pozew z dnia 10 lipca 2014 roku wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych. W pierwszej kolejności pozwany podniósł zarzut braku legitymacji biernej po stronie (...) S.A. w W.. Ponadto podniósł, iż zgłoszone w pozwie żądania są bezzasadne /odpowieź na pozew k. 31-33/.

W piśmie z dnia 6 sierpnia 2014 roku powód sprecyzował wadliwość oznaczenia strony pozwanej poprzez wskazanie, iż po stronie pozwanej zamiast (...) S.A. występuje (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjna. Zaś w dniu 24 września 2014 roku powód wniósł w trybie art. 194 § 1 kpc o wezwanie do udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjna / pismo k. 63, pismo k. 84/.

Postanowieniem z dnia 2 października 2014 roku Sąd Okręgowy w Warszawie wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) Zakład (...) na (...) S.A. w W. /postanowienie k. 86/.

Pozwany (...) Zakład (...) na (...) S.A. w W. w odpowiedzi na pozew z dnia 15 października 2014 roku wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany wskazał, iż powództwo jest bezzasadne z uwagi na to, że powód przed datą przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy tj. przed dniem 1.06.2011 r. przeżył w 2004 roku udar niedokrwienny prawej półkuli mózgu pod postacią niewielkiego niedowład i niedoczulicy lewostronnej, zaś drugi udar miał miejsce 22.04.2013 roku. Dodatkowo pozwany wskazał, iż stan chorobowy, który został rozpoznany przed datą przystąpienia do dodatkowego ubezpieczenia i przed początkiem odpowiedzialności pozwanego wyłącza odpowiedzialność pozwanego z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego będącej następstwem chorób lub stanów istniejących przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do ubezpieczonego /odpowieź na pozew k. 92-94/.

Postanowieniem z dnia 26 marca 2015 roku Sąd Okręgowy w Warszawie zwolnił od udziału w sprawie (...) S.A. z siedzibą w W. i nie obciążył powoda Z. M. kosztami zastępstwa procesowego tego pozwanego /postanowienie k. 189/.

W dalszym toku postępowania strony podtrzymywały swoje stanowiska w sprawie /protokół rozprawy k. 322/.

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

Powódka Z. M. będąc zatrudnionym w Miejskich Zakładach (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W. w dniu 17 maja 2011 roku przystąpił do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...), w wariantcie VI ubezpieczenie od ciężkiej choroby oraz ubezpieczenie od niezdolności do pracy w zawodzie motorniczego w pakiecie dodatkowym III, potwierdzonego polisą nr (...) /okoliczności bezsporne/.

Zakres sumy ubezpieczenia pracowniczego typu P (...) potwierdzonego polisą nr (...) został wybrany według wariantu nr VI zgodnie z tabelą ryzyka zawartą w ofercie wchodzącej w życie od 1 lipca 2010 r. Zgodnie z wariantem nr VI zawartym w tabeli ryzyka na skutek wystąpienia u ubezpieczonego ciężkiej choroby –zakres rozszerzony (...) Zakład (...) na (...) S.A. w W. w związku z umową ubezpieczenia zobowiązany był wypłacić kwotę 10 000 zł, natomiast zgodnie z pakietem dodatkowym III na skutek trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji (...) Zakład (...) na (...) S.A. w W. na podstawie umowy ubezpieczenia zobowiązany był wypłacić kwotę 80 000 zł /**dowód:** program Ubezpieczeniowy dla (...) Sp. z o.o. w W. z dnia 31.05.2010 roku wraz z tabelą ryzyk k. 149-156/.

W dacie zawarcia umowy ubezpieczenia z powodem pozwany (...) Zakład (...) na (...) S.A. w W. nie miał wątpliwości co do stanu zdrowia powoda. Nie zostały również przeprowadzone u powoda szczegółowe badania w celu stwierdzenia zdolności do pracy bądź jej braku lub także cierpienia na ciężką chorobę /**dowód:** zeznania świadka M. M. k. 203-204, zeznania powoda Z. M. k. 320-321/.

W dacie zawierania umowy z pozwanym powód nie był obciążony żadną ciężką chorobą i został dopuszczony do pracy w charakterze kierowcy autobusu /**dowód:** świadectwo pracy k. 17/.

Aczkolwiek w 2004 roku powód miał problemy zdrowotne i przeszedł udar niedokrwienny mózgu, lecz nie stwierdzono wtedy, iż pochodzi on z ognisk naczyniopochodnych. Poza tym schorzenie te nie wpłynęło w żaden sposób na jego zdolność do pracy. Zaraz po przebytych udarze w 2004 roku powód podjął pracę w (...) Sp. z o.o. jako kierownik logistyki, jednakże w 2007 roku z powodu likwidacji etatu został zwolniony i zarejestrował się w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna. Po przeprowadzeniu przez Urząd Pracy dokładnych badań mających na celu stwierdzenie zdolności do wykonywania pracy motorniczego powód został skierowany na kurs motorniczego organizowany w ramach projektów doskonalenia zawodowego. Powód kurs ten ukończył i podjął zatrudnienie w wyuczonym zawodzie /**dowód**: zeznania świadka M. M. k. 203-204, zeznania powoda Z. M. k. 320-321, zaświadczenie o ukończeniu kursu k. 24, karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 75/.

W październiku 2008 roku powód rozpoczął pracę w Miejskich Zakładach (...) Sp. z o.o. Pracodawca ten zgodnie ze swoimi wewnętrznymi regułami zlecił powodowi przeprowadzenie kompleksowych badań zdrowotnych, mimo tego, iż wcześniej Urząd Pracy badania takie już przeprowadził. Na podstawie przeprowadzonych u powoda badań nie stwierdzono u niego żadnych przeciwwskazań do wykonywania zawodu motorniczego, a także uznano go za osobę w pełni zdrową i zdolną do pracy. Dodatkowo powód pozytywnie przeszedł badania psychologiczne i stwierdzono u niego brak przeciwwskazań psychologicznych do wykonywania pracy na stanowisku kierowcy. Badania takie były przeprowadzane u powoda co dwa lata i za każdym razem uznawano go za osobę zdolną do pracy. Ponadto powód będąc pracownikiem Miejskich Zakładów (...) regularnie brał udział w szkoleniach mających na celu poszerzenie jego kwalifikacji zawodowych /**dowód**: zeznania świadka M. M. k. 203-204, zeznania powoda Z. M. k. 320-321, orzeczenia lekarskie k. 20-21, orzeczenia psychologiczne k. 22-23/.

Zawarta z pozwanym umowa ubezpieczenia była przedłużana, zaś pozwany nie kwestionował nigdy okoliczności wyłączających możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia /**dowód**: zeznania powoda Z. M. k. 320-321/.

W dniu 26 kwietnia 2013 roku nastąpiło zdarzenie wypełniające oba warunki ubezpieczeniowe, na które została zawarta polisa na życie z (...) S.A. w W. w postaci ciężkiej choroby jaką jest udar niedokrwienny mózgu oraz całkowitej niezdolności do pracy w zawodzie motorniczego przez ten udar spowodowanej. Przebyty przez powoda udar był pochodzenia naczyniopochodnego i nie miał związku z udarem, jaki powód przeszedł w 2004 roku. Wprawdzie niedowład wystąpił u powoda po tej samej stronie, lecz nie oznaczało to tej samej genezy powstania tegoż schorzenia /**dowody**: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 14-16, opinia pisemna biegłej T. Ł. wraz z jej pisemnymi uzupełnieniami k. 231-233, k. 258-261, k. 280-283/.

Ziszczenie się warunku ubezpieczeniowego zainicjowało zgłoszenie przez powoda szkody w 22 lipca 2013 roku, jeśli chodzi o szkodę związaną z wystąpieniem ciężkiej choroby i 08 listopada 2013 roku odnośnie szkody związanej z utratą zdolności do pracy /**dowody**: akta szkody k. 130-182/.

W odpowiedzi na zgłoszoną szkodę pozwany odmówił wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego wariant VI powołując się na § 18 pkt 1 ogólnych warunków ubezpieczenia twierdząc, iż jego odpowiedzialność jest wyłączona albowiem ciężka choroba wystąpiła u powoda przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. Odnośnie zaś świadczenia ubezpieczeniowego pakiet III pozwany odmowę wypłaty oparł na § 17 ogólnych warunków umów wskazując, iż niezdolność do pracy Z. M. oraz niezdolność samodzielnej egzystencji nastąpiła w następstwie udaru niedokrwiennego mózgu, który miał miejsce w 2004 roku /**dowody**: akta szkody k. 130-182/.

Obecnie powód ma 64 lata. Od chwili zachorowania przebywa na rencie. Otrzymuje świadczenie z ZUS w wysokości 927 zł miesięcznie. Wobec pozbawienia go uprawnień nie może podjąć pracy jako zawodowy kierowca /**dowód**: zeznania świadka M. M. k. 203-204, zeznania powoda Z. M. k. 320-321/.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie bezspornych dowodów z dokumentów: dokumentacji medycznej oraz dokumentacji załączonej w aktach szkody. Ponadto Sąd oparł się na wiarygodnych i spójnych zeznaniach świadka M. M. oraz na zeznaniach powoda w charakterze strony, które korespondowały z materiałem dowodowym zebrany w sprawie. Ponadto, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu neurologii, na okoliczność ustalenia

czy niezdolność do pracy powoda stwierdzona w kwietniu 2013 roku są następstwem chorób istniejących przed początkiem odpowiedzialności pozwanego biorąc pod uwagę udar doznany w 2004 roku, która to opinia, wraz z opiniami uzupełniającymi (k. 231-233, k. 258-261 i k. 280-283) jest spójna, rzetelna i obiektywna a ponadto została przez osobę mającą odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie. W związku z powyższym Sąd Okręgowy uznał, iż może ona stanowić podstawę do dokonania ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie.

Sąd Okręgowy nie dał wiary twierdzeniom pozwanego co do faktu, że udar przebyty przez powoda w 2004 roku miał związek z udarem przebytym przez niego w 2013 roku, bowiem twierdzenie to pozostawało w sprzeczności z zebranych w sprawie materiałem dowodowym oraz z wiarygodną opinią biegłego, przywołaną we wcześniejszej części niniejszych ustaleń faktycznych. Ponadto, Sąd Okręgowy oddalił wniosek pełnomocnika pozwanego o dopuszczenie opinii z innego biegłego neurologa oraz biegłego radiologa albowiem dowód ten był zbędny w świetle spójnego i kompletnego materiału dowodowego zebranego w sprawie, który umożliwia dokonanie pełnej i wszechstronnej oceny stanu faktycznego sprawy. Ponadto należy wskazać, iż twierdzenia podnoszone przez pozwanego zostały już dostatecznie wyjaśnione przez biegłą T. Ł. w pisemnych uzupełniających opiniach (k. 231-233, k. 258-261, k. 280-283).

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że powód dochodził zapłaty łącznie kwoty 90 000 zł na podstawie łączącej strony umowy ubezpieczenia, co było między stronami bezsporne. Strona pozwana nie kwestionowała również stawek odszkodowania za poszczególne zdarzenia zawarte w umowie ubezpieczenia, a które to stawki zostały określone w tabeli ryzyka załączonej do pozwu przez stronę pozwaną.

Spór pomiędzy stronami dotyczył zakwalifikowania zdarzenia z dnia 26 kwietnia 2013 roku wywołującego odpowiedzialność pozwanego zgodnie z łączącą strony umową, a w szczególności dotyczył wypłaty świadczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji oraz świadczenia z tytułu ciężkiej choroby.

Umowa zawarta przez strony tj. umowa grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...) korzysta z zasady swobody umów, która jest regulowana przez art. 353<sup>1</sup> k.c. stanowiący, że strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego.

Powyższe oznacza, iż do rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy należy stosować postanowienia łączącej umowy strony. Przy czym Sąd podziela pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 2 grudnia 2005 r. sygn. akt II CSK 96/2005 (publik. LEX nr 346215), z którego wynika, że „w razie wątpliwości, co do sposobu rozumienia sformułowań umowy ubezpieczenia należy je interpretować na korzyść ubezpieczającego. Pogląd taki przyjmowany jest od dawna w judykaturze, w której stwierdzono, że 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 (tak wyrok SN z dnia 2 września 1998 r. III CKN 605/97 LexPolonica nr 405187, oraz wyroki SN z dnia 18 marca 2003 r. IV CKN 1858/2000 Monitor Prawniczy 2006/3 str. 149, i z dnia 31 marca 2000 r. II CKN 783/98 niepubl; zob. również orzeczenie SN z dnia 24 lipca 1959 r. 4 CR 1027/58 OSPiKA 1961/2 póż. 32, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 1981 r. IV CR 88/81 OSPiKA 1982/9-10 póż. 177, uchwałę Składu Siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 1975 r. III CZP 44/75 OSNCP 1976/7-8 póż. 153, uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 1997 r. III CZP 65/97 OSNC 1998/4 póż. 55, oraz wyrok SA w Łodzi z dnia 28 lutego 1996 r. I ACr 37/96 OSA 1996/9 póż. 43 str. 41; zob. również uchwałę TK z dnia 15 czerwca 1994 r. W. 2/93 OTK 1994/1 póż. 27). Wymieniony pogląd już po zawarciu przedmiotowej umowy został usankcjonowany w art. 12 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2003 r. Nr 124 póż. 1151 ze zm.), które stanowią, że ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być sformułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały; postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia”.

Z. M. objęty był grupowym ubezpieczeniem pracowniczym typ P (...), do którego zastosowanie mają ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji kod: (...) (k. 50) oraz ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby kod: (...) (k. 55-56).

Zgodnie § 2 ust. 1 pkt 1 i 4 o.w.u. (...) określenie choroba oznacza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, zaś określenie niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza trwałą i całkowitą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji będącej rezultatem choroby powstałej w okresie odpowiedzialności (...) S.A. Trwałą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do pracy. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w okresie odpowiedzialności (...) S.A. (§ 4).

Zgodnie natomiast z § 4 ust. 1 pkt 4 o.w.u. dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby (...) zakres ubezpieczenia w podstawowym wariantcie obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności (...) S.A. min. udaru, który oznacza nagle ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi.

W świetle § 17 o.w.u. (...) S.A. nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niezdolności do pracy samodzielnej egzystencji będącej następstwem chorób, które wystąpiły przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. Zaś w świetle § 18 o.w.u. (...) odpowiedzialność (...) S.A. nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do ubezpieczonego.

Zdaniem Sądu mając na uwadze wskazane wyżej zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia, które łączyły strony, że zostały one sformułowane w sposób niejasny i zawiły, tak aby ewentualne choroby ujawnione u ubezpieczonego mogły powodować wykluczenie kwalifikacji zdarzenia jako istniejącego do celów odszkodowawczych. Oczywiście jak już wyżej wspomniano takie niejasne, nieprecyzyjne zapisy należy interpretować na korzyść ubezpieczonego.

Sąd doszedł do przekonania, że w każdym przypadku wymagane jest ustalenie w sposób niebudzący wątpliwości, konkretnej jednostki lub jednostek chorobowych, które ewentualnie wystąpiły u poszkodowanego i wykazanie, że wywołały one określony skutek. Ciężar udowodnienia tego, że udar mózgu przebyty przez powoda w 2013 roku wynikający z tego, powód już w 2004 roku przeszedł taki udar spoczywa na pozwanym zakładzie ubezpieczeń zgodnie z art. 6 k.c. jako, że wywodzi on z tego faktu skutki prawne. W ocenie Sądu strona pozwana w niniejszym procesie nie wykazała, że zachodzi związek przyczynowy pomiędzy chorobą z 2004 roku, a chorobą z 2013 roku.

Na podstawie przeprowadzonych opinii przez biegłą neurolog T. Ł. należy wskazać, iż dokumentacja medyczna powoda z 2004 roku nie potwierdza jednoznacznie, że objawy z jakimi powód był wtedy hospitalizowany były pochodzenia udarowego. W badaniu TK mózgu podczas hospitalizacji w 2004 roku nie stwierdzono u powoda ogniska naczyniopochodnego. Natomiast podczas drugiej hospitalizacji stwierdzono mnogie ogniska naczyniopochodne. Ponadto biegła wskazała, iż za wystąpienie zespołu należało obciążyć anomalię rozwojową mózgu (asymetria układu komorowego). W takich wypadkach można się spodziewać innych anomalii np. w budowie naczyń mózgu (mogą być większe, zaburzenia krążenia) i dawać zespoły neurologiczne. Wykonane u powoda badanie TK mózgu w 2004 roku nie było sprecyzowane i nie potwierdziło udaru mózgu w badaniu (nie było martwicy tkani). Zmiany takie stwierdzono natomiast podczas hospitalizacji w 2013 roku. Opisano pętlę naczyniową na tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej. Biegła zasugerowała, że mamy tu do czynienia z anomalią w budowie układu komorowego jak i naczyniowego mózgu. Zdaniem biegłej anomalie te nie dawały objawów chorobowych, natomiast wraz z wiekiem powoda przy współistnieniu nadciśnienia, cukrzycy stanowiły dodatkowe kolejne ryzyko udaru mózgu. Powód przed przystąpieniem do ubezpieczenia nie był badany. Po pierwszym zachorowaniu nie były przeprowadzane u niego badania naczyniowe mózgu. W badaniu TK z 2004 roku brak jest potwierdzenia ogniska naczyniopochodnego.

Wprawdzie niedowład dwukrotnie wystąpił u powoda po tej samej stronie, ale nie oznacza to tej samej genezy jego powstania. Badanie TK mózgu zaś z 2013 roku zdecydowanie określa zmiany naczyniopochodne o dużym zaawansowaniu.

W niniejszym przypadku na gruncie ustaleń stanu faktycznego, a w szczególności zeznań świadka M. M. oraz powoda Z. M. nie można przyjąć, iż Z. M. leczył się neurologicznie. Z wiarygodnych zeznań świadka i powoda wynika, że kondycja fizyczna Z. M. była bardzo dobra. Pozwany w toku niniejszego postępowania nie wykazał również, że powód leczył się bądź uskarżał na jakies choroby, które jak próbował udowodnić w niniejszym procesie pozwany doprowadziły do udaru mózgu.

Mając na uwadze powyższe rozważania, szczególnie to aby wszelkie niejasności interpretować na korzyść ubezpieczonego, jak również dokonane ustalenia faktyczne, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że zdarzenie z 26 kwietnia 2013 roku w opisanych w stanie faktycznym okolicznościach stanowiło wypełnienie obu warunków ubezpieczeniowych, na które została zawarta polisa na życie z (...) S.A. w postaci ciężkiej choroby jaką jest udar niedokrwienny mózgu oraz całkowitej niezdolności do pracy w zawodzie motorniczego przez ten udar spowodowanej.

W tej sytuacji pozwany zakład ubezpieczeń powinien wypłacić powodowi Z. M. stosowne świadczenie jako osobie bezspornie uprawnionej do jego odbioru. Zgodnie z wariantem nr VI zawartym w tabeli ryzyka obowiązującą od 1 lipca 2007 r. na skutek wystąpienia u ubezpieczonego ciężkiej choroby –zakres rozszerzony (...) Zakład (...) na (...) S.A. w W. w związku z umową ubezpieczenia zobowiązany był wypłacić kwotę 10 000 zł, natomiast zgodnie z pakietem dodatkowym III na skutek trwałej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji (...) Zakład (...) na (...) S.A. w W. na podstawie umowy ubezpieczenia zobowiązany był wypłacić kwotę 80 000 zł.

Biorąc pod uwagę powyższe konstatacje Sąd uznał, że (...) Zakład (...) na (...) S.A. w W. powinien wypłacić powodowi Z. M. łącznie kwotę 90 000 zł, a więc powództwo należało uwzględnić w całości.

Odsetki ustawowe od dochodzonej należności Sąd zasądził na podstawie art. 481 k.c. w zw. z art. 817 § 1 k.c. Niewątpliwie powód dokonał zgłoszenia zdarzenia objętego obowiązkiem ubezpieczeniowym w dniu 22 lipca 2013 r. (odnośnie wystąpienia ciężkiej choroby) oraz w dniu 08 listopada 2013 roku (odnośnie niezdolności do pracy), a więc świadczenie powinno zostać spełnione przez pozwanego w terminie 30 dni tj. do dnia 20 sierpnia 2013 r. i 7 grudnia 2013, a więc w dniu 21 sierpnia 2013 roku (odnośnie kwoty 10.000 zł) oraz w dniu 8 grudnia 2013 roku (odnośnie kwoty 80.000 zł) roszczenie powoda stało się wymagalne.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. ustalając, że pozwany jako przegrywający proces, w całości ponosi koszty procesu i na podstawie art. 108 § 1 zdanie drugie k.p.c. pozostawiając szczegółowe ich wyliczenie referendarzowi sądowemu (pkt II wyroku).

Z tych wszystkich względów orzeczono jak w wyroku.