

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

dnia 11 kwietnia 2019 roku

Sąd Okręgowy w Warszawie, III Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Mariusz Solka
Protokolant:	sekretarz sądowy Tamara Oktaba

po rozpoznaniu w dniu 11 kwietnia 2019 roku w Warszawie na rozprawie

sprawy z powództwa **N. B.**

przeciwko pozwanemu **Towarzystwu (...) S.A. w W.**;

o zapłatę

orzeka:

- zasądza od **pozwanego Towarzystwa (...) S.A. w W. na rzecz powoda N. B., kwotę 100.000,00 (sto tysięcy) złotych** wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 11 lutego 2017 roku do dnia zapłaty;
- zasądza od **pozwanego Towarzystwa (...) S.A. w W. na rzecz powoda N. B., kwotę 10.417,00 (dziesięć tysięcy, czterysta, siedemnaście) złotych** kosztów procesu, w tym kwotę 5.400,00 (pięć tysięcy, czterysta) złotych tytułem wynagrodzenia pełnomocnika;
- nakazuje pobrać od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie, kwotę 115,49 (sto piętnaście, 49/100) złotych tytułem nieuiszczonych wydatków.---

/-/ SSO Mariusz Solka

Sygn. akt III C 31/18

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 03 stycznia 2018 r. skierowanym przeciwko pozwanemu Towarzystwu (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W., powód małoletni N. B., reprezentowany przez przedstawiciela ustawowego J. B., zastępowany przez profesjonalnego pełnomocnika, wniósł o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 100.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 lutego 2017 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, z uwzględnieniem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu powyższego powód wskazał, że w dniu 29 marca 2016 r. za pośrednictwem (...) Banku (...), działając przez matkę, przystąpił do grupowego ubezpieczenia na życie. Powód wyjaśnił, że bezpośrednio po urodzeniu wykazywał adekwatne reakcje na bodźce dźwiękowe, przeprowadzone jednak u niego badanie przesiewowe słuchu

ujawniło wynik negatywny i w dalszym ciągu diagnostyki potwierdzono wadę słuchu - obustronny głęboki niedosłuch zmysłowo-nerwowy (dziecko niesłyszące), w konsekwencji czego został uznany za osobę niepełnosprawną. Powód wskazał, że w dniu 11 stycznia 2017 r. zgłosił roszczenie o świadczenie z ubezpieczenia na życie, pozwany odmówił jednak jego wypłaty, podnosząc, że rozpoznane u powoda schorzenia nie są objęte odpowiedzialnością pozwanego. Dalej powód powołał się na punkt "n" § 2 ust. 3 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia (...), podnosząc, że podstawą do uzyskania świadczenia jest "całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna utrata słuchu w obu uszach trwająca w sposób nieprzerwany przez okres co najmniej 6 miesięcy, co miało miejsce w niniejszej sprawie. Powód dodał, że okoliczność, iż rozwój techniki i medycyny umożliwia odbieranie sygnałów dźwiękowych osobom nawet całkowicie niesłyszącym, nie oznacza przywrócenia czy naprawy słuchu. W podsumowaniu zajętego stanowiska powód twierdził, że utracił słuch w sposób nieodwracalny, nienaprawialny i całkowity, co czyni jego powództwo - zasadnym (pozew - k. 3-8).

W odpowiedzi na wywiedzione powództwo, pozwane Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W., zastępowane przez profesjonalnego pełnomocnika, wniosło o jego oddalenie w całości, a nadto o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, z uwzględnieniem kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. Pozwany przyznał, że powód był objęty od dnia 29 marca 2016 r. Grupowym (...) z rozszerzonym zakresem ubezpieczenia dotyczącym wystąpienia u powoda poważnego zachorowania, potwierdził również, że w toku przeprowadzonego postępowania likwidacyjnego, wydał decyzję odmowną wypłaty świadczenia, w związku z tym, że rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia nie były objęte odpowiedzialnością pozwanego. Pozwany zwrócił uwagę, że umową ubezpieczenia objęta była jako poważne zachorowanie, utrata słuchu zdefiniowana jako "całkowita, nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach trwająca w sposób nieprzerwany przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone specjalistycznym badaniem lekarza otolaryngologa i badaniem audiometrycznym". Pozwany twierdził, że odmowa wypłaty odszkodowania spowodowana była tym, że schorzenie zdiagnozowane u powoda nie odpowiadało powyższej definicji - z dokumentacji wynikało, że u powoda nie doszło do utraty słuchu, tylko do głębokiego niedosłuchu (ewentualnie do bardzo głębokiego uszkodzenia słuchu). Pozwany zanegował, by z dokumentacji wynikało, iż schorzenie to było nieodwracalne - wręcz przeciwnie - powoda skierowano na zabieg wszczepienia implantu słuchowego, załączona dokumentacja nie zawierała także wyniku badania audiometrycznego. W związku z powyższym, w ocenie pozwanego powództwo winno zostać oddalone (odpowiedź na pozew - k. 57-58).

Powód podtrzymał dotychczasowe stanowisko, wskazując, iż już na etapie przedprocesowym zostały przedstawione pozwanemu dwa wyniki badań audiometrycznych, za nieuprawnione należy także uznać twierdzenie, że schorzenie powoda nie jest nieodwracalne - implant słuchowy jest neuroprotezą zmysłu, co nie jest tożsame z fizycznym odzyskaniem słuchu. Powód podkreślił również, że bezpośrednio po urodzeniu wykazywał oznaki funkcjonowania zmysłu słuchu i dopiero kolejne specjalistyczne badania wykazały, że doszło do jego utraty. Powód twierdził również, że konstrukcja zapisu zawartego w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia (...) dla klientów (...) Banku (...) S.A. w zakresie utraty słuchu nosi znamiona klauzuli abuzywnej (pismo przygotowawcze strony powodowej - k. 114-115).

Na wyznaczonym terminie rozprawy, pozwany ponad dotychczasowe stanowisko podniósł dodatkowo, że umowa została zawarta m.in. z uwagi na utratę słuchu, która została zdefiniowana w umowie, co w konfrontacji z opinią Instytutu, nie nastąpiło. Pozwany zwrócił uwagę, że wrodzony brak słuchu jest czymś innym niż utrata słuchu, podkreślił również, iż w dacie zawarcia umowy tj. miesiąc przed urodzeniem się powoda, nikt nie badał, czy powód słyszy czy też nie. Pozwany podniósł, że w sprawie nie doszło do utraty słuchu, nie zaktualizowały się więc przesłanki wypłaty odszkodowania. W kontekście nieodwracalności i naprawialności słuchu, pozwany podniósł, że należy ją oceniać w kategoriach możliwości słyszenia, a w sprawie wada ta została naprawiona, nie są więc spełnione przesłanki uzasadniające wypłatę odszkodowania. Pozwany wskazał, że ubezpieczenie dotyczy sytuacji przyszłej i niepewnej i jeżeli w dacie zawarcia umowy utrata słuchu miała już miejsce, nie można ubezpieczyć się od takiego zdarzenia (k.326).

Do czasu zamknięcia rozprawy, stanowiska stron w powyższym kształcie, nie uległy zmianie.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

N. B. urodził się w dniu (...) w W. (odpis skrócony aktu urodzenia - k. 11).

W tej dacie, małoletni przystąpił do grupowego ubezpieczenia na życie, za pośrednictwem ubezpieczającego (...) Banku (...) S.A. z siedzibą w W., o nr polisy (...), z rozszerzonym zakresem ubezpieczenia dotyczącym wystąpienia u powoda poważnego zachorowania. Suma ubezpieczenia została określona na 100.000 zł, z czego świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego miało wynosić 1.000 zł, z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania - 100.000 zł. Jako osoba uposażona została wskazana J. B. (okoliczność bezsporna, a nadto indywidualny certyfikat uczestnictwa - k. 31-32; deklaracja przystąpienia - k. 89-89verte).

W ramach ubezpieczenia, Towarzystwo (...) S.A. przyjęło na siebie ryzyko zgonu oraz poważnego zachorowania ubezpieczonego, na podstawie Szczególnych warunków ubezpieczenia grupowego na życie dla klientów (...) Banku (...) S.A. Zgodnie ze Szczególnymi warunkami ubezpieczenia grupowego, pojęcie "poważnego zachorowania" zostało zdefiniowane jako: w odniesieniu do ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach wariantu podstawowego, poważne zachorowanie oznaczało wystąpienie u ubezpieczonego objawów choroby/chorób wymienionych i zdefiniowanych w szczególnych warunkach lub poddanie się zabiegowi operacyjnemu wyszczególnionemu i zdefiniowanemu w szczególnych warunkach pod warunkiem że objawy chorób zdefiniowanych w szczególnych warunkach lub chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną dokonania zabiegu operacyjnego wskazanego w szczególnych warunkach pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do tego ubezpieczonego, a osoba objęta ochroną pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty pierwszej diagnozy choroby lub poddania się zabiegom operacyjnym; w odniesieniu do ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach wariantu rozszerzonego, poważne zachorowanie oznaczało wystąpienie u ubezpieczonego objawów choroby/chorób wymienionych i zdefiniowanych w szczególnych warunkach lub poddanie się zabiegom operacyjnym wymienionymi i zdefiniowanym w szczególnych warunkach, pod warunkiem że objawy chorób zdefiniowanych w szczególnych warunkach lub chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną dokonania zabiegów operacyjnych wskazanych w szczególnych warunkach, pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do tego ubezpieczonego, a osoba objęta ochroną pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty pierwszej diagnozy choroby lub poddania się zabiegom operacyjnym (§ 1 ust. 1 i 2 pkt 5). Przedmiotem umowy ubezpieczenia było życie i zdrowie ubezpieczonego. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością (...) objęte było zdarzenie polegające na zgonie ubezpieczonego, wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego w odniesieniu do ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach wariantu podstawowego, ochroną objęte były poważne zachorowania na nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami oraz przeszczep, wystąpienie poważnego zachorowania ubezpieczonego w odniesieniu do ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach wariantu rozszerzonego, ochroną objęte były poważne zachorowania, w tym m.in. utarta słuchu - całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna utrata słuchu w obu uszach trwająca w sposób nieprzerwany przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musiało być potwierdzone specjalistycznym badaniem lekarza otolaryngologa i badaniem audiometrycznym (§ 2 ust. 1 i 2 pkt 3 lit. n) (Szczególne warunki ubezpieczenia grupowego na życie dla klientów (...) Banku (...) S.A. - k. 33-43).

Pierwsze badanie przesiewowe słuchu zostało wykonane u powoda w dniu 02 kwietnia 2016 r. W dniu 26 kwietnia 2016 r. oraz w dniu 29 kwietnia 2016 r. przeprowadzono dalszą diagnostykę audiologiczną, która dała wynik negatywny (karta przesiewowego badania słuchu z dnia 02.04.2016 r. - k. 14; karta diagnostyki audiologicznej - k. 15 oraz k. 16).

Wyniki badań przesiewowych sugerowały wrodzony charakter uszkodzenia słuchu (opinia Instytutu (...) - k. 299-300).

Wynik badania słuchowych potencjałów wywołanych pnia mózgu - (...) z dnia 17 maja 2016 r. wykonanego u N. B. wskazywał na obustronne, bardzo głębokie uszkodzenie słuchu (wynik badania - k. 17).

W dniu 23 czerwca 2016 r. Zespół (...) w (...) w W., stwierdził, że zachodzi potrzeba wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka (opinia z dnia 23 czerwca 2016 r. - k. 19-20).

Orzeczeniem (...) Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w W. z dnia 25 października 2016 r. N. B. został zaliczony do osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność datowano od urodzenia (orzeczenie o niepełnosprawności - k. 21-22).

W dniu 11 stycznia 2017 r. J. B. zgłosiła do (...) S.A. roszczenie o świadczenia z ubezpieczenia na życie ubezpieczonego N. B., z powodu poważnego zachorowania. Do druku zgłoszenia szkody została załączona dokumentacja medyczna oraz dowód osobisty osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia. Sprawa została zarejestrowana pod nr (...) (zgłoszenie roszczenia o świadczenie z ubezpieczenia na życie - k. 23-24; pismo potwierdzające datę zgłoszenia roszczenia oraz fakt złożenia dokumentacji - k. 25).

W toku przeprowadzonego postępowania likwidacyjnego, na podstawie decyzji z dnia 25 stycznia 2017 r. ubezpieczyciel odmówił wypłaty świadczenia. W uzasadnieniu decyzji wskazano, że rozpoznane u ubezpieczonego schorzenia nie są objęte odpowiedzialnością (...) (okoliczność bezsporna, a nadto decyzja z dnia 25 stycznia 2017 r. - k. 26-27).

Wskutek złożonego w dniu 07 lutego 2017 r. odwołania od powyższej decyzji (data wpływu do ubezpieczyciela: 10 lutego 2017 r.), towarzystwo ubezpieczeń nie znalazło podstaw do zmiany dotychczasowe stanowiska, powołując się na tożsamą argumentację, iż schorzenia ubezpieczonego nie są objęte odpowiedzialnością (...) (pismo z dnia 15 lutego 2017 r. - k. 28; pismo z dnia 14 marca 2017 r. - k. 29-30; pismo z dnia 07 lutego 2017 r. - k. 92-93verte).

W dniu 07 kwietnia 2017 r. u małoletniego przeprowadzono operację polegającą na wszczepieniu implantu ślimakowego do ucha prawego. W drugim uchu małoletni korzystał z aparatu słuchowego (historia choroby pacjenta - k. 128-129; k. 130; karta wypisu - k. 169).

U powoda występuje obustronny głęboki niedosłuch zmysłowo-nerwowy oznaczający brak reakcji słuchowych w badaniach obiektywnych słuchu do poziomu wydolności aparatu tj. 100 dB nHI w obu uszach. Uszkodzenie słuchu ma charakter nieodwracalny. Nie ma możliwości farmakologicznego ani chirurgicznego leczenia, które spowodowałyby regenerację komórek słuchowych i przywrócenie ich fizjologicznej czynności. Proces wszczepienia implantu i rehabilitacja odbyły się w sposób typowy i bez powikłań, co daje możliwość prawidłowego rozwoju mowy i dalszego funkcjonowania powoda na równi ze słyszącymi rówieśnikami. Operacja wszczepienia implantu ślimakowego pozwala na prawidłowe funkcjonowanie i rozwój dziecka, ale nie można mówić w tym przypadku o przywróceniu słuchu fizjologicznego. Wskutek przeprowadzonej operacji pacjent nie odzyskał słuchu fizjologicznego, zastosowanie implantu ślimakowego jest metodą protezowania słuchu z wykorzystaniem stymulacji elektrycznej. Implant spełnia swoją rolę tylko w przypadku sprawnie działającego systemu i stałego korzystania z urządzenia. W przypadku jego awarii, słyszenie nie jest możliwe (opinia Instytutu (...) - k. 299-300; dokumentacja medyczna - k. 69-70; k. 72; k. 77; k. 81; k. 83-86; k. 128-197; k. 210-222; k. 225-233; k. 239-240; k. 244-272).

Stan faktyczny w powyższym kształcie, w części był bezsporny pomiędzy stronami - pozwany przyznał, że powód był objęty umową ubezpieczenia z zakresem rozszerzonym, przyznał również, że w toku postępowania likwidacyjnego odmówił wypłaty świadczenia. W pozostałym zakresie, rekonstrukcja stanu faktycznego nastąpiła na podstawie powołanych w toku dotychczasowych ustaleń dokumentów, których prawdziwość nie była kwestionowana przez żadną ze stron, Sąd zaś nie znalazł podstaw by czynić to z urzędu.

Dokonanie ustaleń istotnych w sprawie, nastąpiło również na podstawie opinii Instytutu (...). Wskazać w tym miejscu należy, że strona pozwana wnosila o wyłączenie Instytutu od opiniowania w sprawie, do którego to wniosku Sąd nie przychylił się. Pozwany w uzasadnieniu powyższego wniosku podnosił, że Instytut ten podejmował działania medyczne wobec powoda. Należy jednak wskazać, iż przedmiotowe postępowanie nie toczyło ani przeciwko Instytutowi, ani także z jego udziałem, a sam fakt że podmiot ten na etapie wcześniejszej diagnostyki czy leczenia powoda podejmował

względem powoda jakieś działania medyczne czy procedury, w żaden sposób nie dyskwalifikuje go od opiniowania w sprawie i udzielenia odpowiedzi na pytania zakreślone w tezie dowodowej, w szczególności iż ośrodek ten jest wiodącym ośrodkiem w zakresie leczenia schorzeń narządu słuchu w skali światowej.

Sąd oddalił więc wniosek pozwanego o wyłączenie Instytutu (...), a wnioski wyprowadzone przez Instytut w ramach procesu opiniowania zostały przez Sąd uznane za w pełni miarodajne i obiektywne.

Pozostała zgromadzona w aktach dokumentacja, a niewymieniona dotychczas, okazała się irrelevantna dla rozstrzygnięcia sprawy w rozumieniu art. 227 k.p.c., analogicznie brak było potrzeby przeprowadzenia dowodu z przesłuchania stron, gdyż wszelkie okoliczności istotne z punktu widzenia rozstrzygnięcia, zostały już dostatecznie wyjaśnione.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało w całości na uwzględnienie.

W rozpoznawanej sprawie powód małoletni N. B. domagał się zasądzenia na swoją rzecz od pozwanego kwoty 100.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 lutego 2017 r. do dnia zapłaty, podstawę czego stanowiła łącząca go z pozwanym umowa grupowego ubezpieczenia na życie.

W toku procesu pozwany wnosił o oddalenie powództwa w całości. Linia obrony przed wywiezionym powództwem sprowadzała się do zakwestionowania by schorzenie zdiagnozowane u powoda odpowiadało definicji umownej, pozwany negował również, by z dokumentacji wynikało, iż schorzenie to było nieodwracalne z uwagi na wszczepienie implantu słuchowego. Pozwany nie kwestionował więc od początku procesu okoliczności związanych z tym czy utrata słuchu miała charakter następczy czy też wrodzony a odnosił się jedynie bezpośrednio do faktu, iż zdaniem pozwanego u powoda nie wystąpiła utrata słuchu a jedynie głęboki niedosłuch ewentualnie bardzo głębokie uszkodzenie słuchu (stanowisko z odpowiedzi na pozew k. 57v). Pozwany zatem uznawał swoją odpowiedzialność za zdarzenie ubezpieczeniowe i nie wiązał go z potencjalnym faktem istnienia uszkodzenia słuchu od urodzenia małoletniego a jedynie z jego zakresem. Na etapie zaś postępowania likwidacyjnego (decyzja z dnia 25.01.2017 – k. 26-27, pismo z dnia 14 marca 2017 rok k. 29-30), odmowa przyznania odszkodowania była praktycznie blankietowa. Stanowisko pozwanego nie niosło poza przytoczeniem OWU żadnej istotnej treści, w szczególności nie wyjaśniało podstaw i powodów dla których żądania powoda nie zostało uwzględnione przez ubezpieczyciela.

W kwestii porządkowej wyjaśnienia wymaga, iż stanowisko pozwanego zostało częściowo zmodyfikowano na wyznaczonym terminie rozprawy w dniu 11.04.2019 roku, na którym pozwany podniósł nowe twierdzenia.

W tym miejscu wskazać należy na dyspozycję normy prawnej art. 217 § 2 k.p.c. wedle której Sąd pomija spóźnione twierdzenia i dowody, chyba że strona uprawdopodobni, że nie zgłosiła ich we właściwym czasie bez swojej winy lub że uwzględnienie spóźnionych twierdzeń i dowodów nie spowoduje zwłoki w rozpoznaniu sprawy albo że występują inne wyjątkowe okoliczności.

Wskazać należy, że strona pozwana była w niniejszym postępowaniu zastępowana przez profesjonalnego pełnomocnika od samego początku postępowania, który znał stanowisko strony powodowej już z etapu postępowania przedsądowego, był również zaznajomiony z dokumentacją medyczną powoda. W ocenie Sądu nie było więc żadnych przeszkód natury faktycznej czy prawnej, by pozwany przytoczył argumentację wyrażoną w toku rozprawy, już na etapie złożenia pierwszego pisma procesowego w sprawie, a więc na etapie odpowiedzi na pozew. Zdaniem Sądu, podnoszenie nowych twierdzeń w dniu rozprawy po przeprowadzeniu postępowania dowodowego, nie znajdowało żadnego usprawiedliwienia, stąd też Sąd pominął te twierdzenia strony pozwanej, które zostały po raz pierwszy podniesione dopiero w tej dacie.

W ocenie Sądu nie wystąpiły żadne wyjątkowe okoliczności, które nakazywałyby Sądowi uwzględnienie spóźnionych twierdzeń pozwanego podniesionych z pominięciem trybu z art.217§2 kpc, w szczególności iż na etapie

przedprocesowym pozwany w sposób wyjątkowo nielojalny zlikwidował szkodę zgłoszoną przez przedstawicielkę ustawową powoda, nie uzasadniając merytorycznie swojej odmowy, a z drugiej strony jako profesjonalista w obrocie ubezpieczeniowym, miał możliwość odniesienia się do wszystkich twierdzeń powoda, które były znane i nie zmieniły się od początku procesu. Dopuszczona opinia biegłego potwierdziła jedynie okoliczności faktyczne podnoszone przez powoda a które były kwestionowane przez pozwanego, w związku z czym nie stanowiło to żadnego zaskoczenia z uwagi na strategię procesową pozwanego.

Zgodnie z 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:

- 1) przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku;
- 2) przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej, o czym stanowi § 2 powołanego przepisu.

Na co zwrócono uwagę w doktrynie prawa, kluczowe znaczenie dla zrozumienia istoty umowy ubezpieczenia ma pojęcie "wypadku ubezpieczeniowego". Ustawodawca nie definiuje go jednak w art. 805 k.c. Jego interpretację ułatwiają przepisy ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (dalej ustawa o działalności ubezpieczeniowej), a zwłaszcza zawarta w art. 3 ust. 1 pkt 57 definicja "zdarzenia losowego". Terminy zastosowane w art. 805 § 1 k.c. ("wypadek") i w art. 3 ust. 1 pkt 57 ustawy o działalności ubezpieczeniowej ("zdarzenie losowe") nie są identyczne, ale są w zasadzie tożsame znaczeniowo. Zdarzenie losowe jest definiowane w ustawie o działalności ubezpieczeniowej jako "niezależne od woli ubezpieczającego lub ubezpieczonego zdarzenie przyszłe i niepewne, którego wystąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową". Choć definicja ta nie jest doskonała, to jednak – co do zasady – dobrze oddaje istotę sprawy. Na tej podstawie można stwierdzić, że umowa ubezpieczenia nie ma charakteru spekulacyjnego, jak gra czy zakład, lecz służy ochronie dóbr lub interesów ubezpieczającego (ubezpieczonego), w razie zajścia określonych, z reguły pejoratywnie ocenianych, zdarzeń. Oczywiście umowa ubezpieczenia nie zapobiega powstaniu tych zdarzeń, lecz pomaga zlikwidować lub złagodzić ich skutki (powołane za: M. Gutowski (red.), Kodeks cywilny. Tom III. Komentarz. Art. 627–1088. Wyd. 2, Warszawa 2019, Sip Legalis).

Okolicznością bezsporną w niniejszej sprawie było objęcie powoda od dnia 29 marca 2016 r. Grupowym (...) z rozszerzonym zakresem ubezpieczenia dotyczącym wystąpienia u powoda poważnego zachorowania. W ramach tego ubezpieczenia, Towarzystwo (...) S.A. przyjęło na siebie ryzyko zgonu oraz poważnego zachorowania ubezpieczonego, na podstawie Szczególnych warunków ubezpieczenia grupowego na życie dla klientów (...) Banku (...) S.A. - w odniesieniu do ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach wariantu rozszerzonego, ochroną objęte były poważne zachorowania, w tym m.in. utarta słuchu definiowana jako całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna utrata słuchu w obu uszach trwająca w sposób nieprzerwany przez okres co najmniej 6 miesięcy.

Przy czym dla zaistnienia i oceny poważnego zachorowania zdefiniowanego w §2 pkt.2 ppkt3) n) – utrata słuchu, konieczne jest odniesienie się także do samej definicji samego poważnego zachorowania opisanego w §1 pkt.2) ppkt5) OWU (k.33), które zgodnie z definicją umowną w wariantie rozszerzonym – oznaczało wystąpienie u ubezpieczonego objawów choroby/chorób wymienionych w (...) w szczególnych warunkach, pod warunkiem, iż objawy chorób zdefiniowanych w niniejszych szczególnych warunkach lub chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną dokonania zabiegów operacyjnych wskazanych w niniejszych szczególnych warunkach pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do tego ubezpieczonego... (k.33). Zwrócić należy uwagę, iż definicja poważnego zachorowania (a przypomnieć należy, iż umowa została zawarta w stosunku do nienarodzonego jeszcze powoda) wiązała ochronę związaną z

poważnym zachorowaniem z wystąpieniem objawów choroby, nie wiążąc go w żaden sposób ze sposobem jego powstania w szczególności z wrodzonym charakterem tego zachorowania. Definicja ta miała podkreślać losowość i nieprzewidywalność zdarzenia, co w ocenie Sądu było spełnione. Zarówno przedstawicielka ustawowa powoda jak i pozwany nie mieli żadnej wiedzy o stanie słuchu nienarodzonego powoda a obecny stan wiedzy medycznej nie pozwala też na tak wczesną diagnozę tego typu uszkodzeń fizjologicznych, które mogły być wykryte i mogły faktycznie wystąpić dopiero po urodzeniu się powoda.

W związku z czym wskazać należy, iż okoliczność, czy utrata słuchu która wystąpiła u powoda była wrodzona czy też następcza jest nieistotna z punktu widzenia odpowiedzialności pozwanego – istotny jest zakres tego uszczerbku, który zdaniem Sądu jest w pełni adekwatny do opisanego w §2 pkt.2 ppkt3) n) OWU

Wnioski wynikające z przeprowadzonego dowodu z zasięgnięcia wiadomości specjalnych jednoznacznie potwierdziły, że u powoda występuje obustronny głęboki niedosłuch zmysłowo-nerwowy oznaczający brak reakcji słuchowych w badaniach obiektywnych słuchu do poziomu wydolności aparatu tj. 100 dB nHI w obu uszach. Uszkodzenie to ma charakter nieodwracalny i brak jest możliwości farmakologicznego czy chirurgicznego leczenia, które spowodowałyby regenerację komórek słuchowych i przywrócenie ich fizjologicznej czynności, co zdaniem Sądu dowodzi, iż w sprawie zaistniała podstawa do wypłacenia przez pozwanego świadczenia z umowy ubezpieczenia (opinia k. 299-300).

Chybiona przy tym była ta część argumentacji strony pozwanej, która podnosiła, że u powoda nie doszło do utraty słuchu, tylko do głębokiego niedosłuchu (ewentualnie do bardzo głębokiego uszkodzenia słuchu), co pośrednio łączyło się także z argumentem podnoszącym, iż powód wskutek wszczęcia implantu ślimakowego, słyszy. Z opinii Instytutu wyraźnie wynikało, iż implant spełnia swoją rolę tylko w przypadku sprawnie działającego systemu i stałego korzystania z urządzenia. W przypadku jego awarii, słyszenie nie jest możliwe. To z kolei oznacza, iż powód słyszy wyłącznie dzięki temu urządzeniu, a jego brak oznacza, iż powód nie odbiera żadnych dźwięków (opinia k. 300).

W ocenie Sądu sugestie strony pozwanej, iż wskutek zastosowania tego rodzaju leczenia nie można mówić o utracie słuchu przez powoda, są pozbawione jakichkolwiek podstaw, nie tylko w kontekście wiedzy medycznej, ale także zwykłego doświadczenia życiowego. To, że powód ma możliwość prawidłowego rozwoju mowy i dalszego funkcjonowania na równi ze słyszającymi rówieśnikami, nie wynika z jego predyspozycji zdrowotnych, lecz z technologicznych możliwości, a wskutek przeprowadzonej operacji pacjent nie odzyskał słuchu fizjologicznego. Należy wskazać, że gdyby rzeczywiście tak rozumieć istotę umowy ubezpieczenia łączącą strony - czy zresztą jakąkolwiek umowę ubezpieczenia tego rodzaju, to ubezpieczyciel w większości przypadków mógłby skutecznie unikać wypłaty świadczenia z umowy, istnieje bowiem grupa urazów, które można skutecznie poddać leczeniu czy nawet odwrócić ich skutki.

Umowa ubezpieczenia jest umową losową. Powstanie obowiązku spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego uzależnione jest od zdarzenia niepewnego, jakim jest zajście wypadku ubezpieczeniowego (świadczenie w tej umowie należy rozumieć jako obowiązek wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia, a nie samo objęcie ochroną ubezpieczeniową). To, co w KC nazywane jest wypadkiem, w art. 3 ust. 1 pkt 57 ustawie o działalności ubezpieczeniowej nazwano właśnie zdarzeniem losowym, czyli zdarzeniem przyszłym i niepewnym oraz niezależnym od woli ubezpieczającego. O ile niepewność, jako cecha wypadku ubezpieczeniowego nie ulega wątpliwości, o tyle – wbrew definicji zawartej w ustawie o działalności ubezpieczeniowej – zdarzenie to, co do zasady, powinno być także zdarzeniem przyszłym, ale w określonych wypadkach może być także zdarzeniem przeszłym. Istotne jest, by mimo tego, że wypadek ubezpieczeniowy już zaszedł, nie tracił on przymiotu niepewności. Wskazanie wypadku ubezpieczeniowego (lub częściej wypadków ubezpieczeniowych) stanowi essentialia negotii umowy ubezpieczenia. Może to nastąpić albo w postaci kauzalnej, gdy wskazuje się następstwa określonych zdarzeń (najczęściej będzie to wystąpienie szkody w rezultacie zajścia zdarzenia), albo w postaci niekauzalnej, co następuje jedynie przez wskazanie określonego zdarzenia. Losowości umowy ubezpieczenia nie zmienia fakt, iż w skali makro można ustalić prawdopodobieństwo zajścia każdego wypadku ubezpieczeniowego i obecnie działalność ubezpieczeniowa opiera się na dokładnym, naukowym szacowaniu ryzyka zajścia każdego z wypadków ubezpieczeniowych. Powoduje to, że

w skali całej działalności ubezpieczyciela zajście wypadków ubezpieczeniowych nie jest już zdarzeniem losowym, tj. niepewnym. Jest to jednak skala makro odnosząca się do całokształtu działalności ubezpieczyciela. Tymczasem w konkretnym stosunku prawnym – w pojedynczej umowie ubezpieczenia – to, czy do ziszczenia się wypadku ubezpieczeniowego dojdzie, jest zawsze niepewne. Tymczasem z punktu widzenia losowości oceniamy stosunek prawny (umowę), a nie działalność ubezpieczyciela jako taką (por. też M. K., Umowa, 2016, art. 805 KC, Nb 11). Umowa ubezpieczenia jest jedną z umów gwarancyjnych, a zatem uzależniających powstanie obowiązku świadczenia od okoliczności niezależnej od dłużnika. Udzielając ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko zajścia określonego zdarzenia (a dokładniej negatywne konsekwencje tego zdarzenia), które normalnie spoczywałoby na ubezpieczającym bądź ubezpieczonym (por. szerzej M. K., Umowa, 2016, art. 805 KC, Nb 14) (tak: Kodeks cywilny. Komentarz, red. dr hab. K. O., rok 2019, wyd. 21, Sip Legalis).

Nawiązując stosunek zobowiązaniowy z powodem, pozwany występował jako profesjonalista, trudniący się zawodowo działalnością ubezpieczeniową. W ocenie Sądu to pozwany winien dokonać kalkulacji, czy proponowanie tego rodzaju ubezpieczeń klientom jest dla niego opłacalne z punktu widzenia ekonomicznego i czy taki rodzaj ubezpieczenia jest możliwy do udzielenia. Brak jest natomiast zdaniem Sądu podstaw, by przerzucać na powoda występującego w charakterze konsumenta niemożliwych do wykazania warunków jak chociażby tego czy powód urodził się z niepełnosprawnością czy też ją nabył, w kontekście chociażby trudności we właściwym zdiagnozowaniu noworodków (problem ten pojawił się również w niniejszej sprawie - pierwsze badania powoda nie ujawniły nieprawidłowości), czy też nawet dalej idący warunek - wykazania, iż powód słyszał w okresie płodowym. To pozwany proponował tak przygotowany produkt, z którego powód skorzystał, co oznacza iż powód miał prawo oczekiwać, że w sytuacji, gdy zajdzie wypadek wskazany w umowie, pozwany zrealizuje własne zobowiązanie względem niego, wynikające z umowy. Pozwany nie był przy tym uprawniony do arbitralnej odmowy wypłaty świadczenia na podstawie skutecznie zawartej umowy ubezpieczenia, a de facto do tego sprowadzała się decyzja podjęta na etapie postępowania likwidacyjnego, która w żaden sposób szczegółowo nie wyjaśniała, z jakich przyczyn ubezpieczyciel odmówił wypłaty.

Na marginesie należy wskazać, że w sprawie powód powoływał się również na abuzywność zapisów umownych. Pomijając już nawet kwestię braku szczegółowego uzasadnienia tak podniesionego zarzutu, w ocenie Sądu brak było potrzeby weryfikacji umowy łączącej strony pod kątem przesłanek z art. 385¹ k.c. - treść umowy nie budziła wątpliwości Sądu co do jej skuteczności i wiążącego charakteru na gruncie niniejszej sprawy.

Sąd uznał więc, iż w sprawie zaktualizowała się odpowiedzialność pozwanego z umowy ubezpieczenia, w związku z poważnym zachorowaniem powoda tj. utartą słuchu. Umowa łącząca strony wyraźnie przewidywała, że świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania miało wynosić 100.000 zł i taką też sumę Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda, wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 11 lutego 2017 r. do dnia zapłaty (indywidualny certyfikat uczestnictwa k. 31).

Podstawę orzeczenia o roszczeniu ubocznym stanowił przepis 481 § 1 k.c. wedle którego jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

Ponadto, art. 817 § 1 k.c. przewiduje, że ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

Zgłoszenie roszczenia z umowy ubezpieczenia zostało dokonane w dniu 11 stycznia 2017 r. (k.25), co oznacza, iż żądanie zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie od dnia 11 lutego 2017 r. okazało się uzasadnione (30 dniowy termin upływał w dniu 10.02.2017 r. od dnia następnego pozwany pozostawał więc w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia) i jako takie zostało przez Sąd uwzględnione (pkt 1 wyroku).

W konsekwencji podjętego rozstrzygnięcia, orzeczenie o kosztach procesu nastąpiło w oparciu o przepis art. 98 § 1 k.p.c. statuujący zasadę odpowiedzialności za wynik procesu. To na stronie pozwanej jako stronie przegrywającej spór rozstrzygany w ramach niniejszego postępowania spoczywa ciężar zwrotu kosztów procesu, poniesionych przez

powoda celem podjętej przez niego obrony swoich praw. Na koszty te składała się uiszczona opłata sądowa od pozwu w kwocie 5.000 zł (k.46) oraz koszt wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika ustalony w stawce 5.400 zł wynikającej z

- § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U.2015.1800)

z uwzględnieniem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Łącznie więc, zasądzeniu od pozwanego na rzecz powoda podlegała kwota 10.417 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwota 5.400 zł tytułem wynagrodzenia pełnomocnika (pkt 2).

O nieuiszczonych kosztach sądowych orzeczono na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U.2018.300 t.j.) wedle którego, kosztami sądowymi, których strona nie miała obowiązku uiścić lub których nie miał obowiązku uiścić kurator albo prokurator, sąd w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji obciąży przeciwnika, jeżeli istnieją do tego podstawy, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu.

Na koszty te w kwocie 115,49 zł (postanowienia k. 276, 277) składał się koszt udostępnienia dokumentacji medycznej powoda i taką kwotę Sąd nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Warszawie tytułem nieuiszczonych wydatków (pkt 3 wyroku).

Mając powyższe na względzie, orzeczono jak w sentencji wyroku.---

/-/ SSO Mariusz Solka

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

(...)

(...)

(...)

(...)

1. **(...)**

2. **(...)**

(...)

(...)

(...)

(...)

(...)

(...)

(...)

(...)