

Sygn. akt: I C 1185/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 lipca 2019 r.

Sąd Rejonowy w Strzelcach Opolskich I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

| | |
|-----------------|-----------------------------------|
| Przewodniczący: | Sędzia Marcin Ilków |
| Protokolant: | sekretarz sądowy Agnieszka Suślik |

po rozpoznaniu w dniu 9 lipca 2019r. w Strzelcach Opolskich na rozprawie

sprawy z powództwa J. N.

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

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) Spółka Akcyjna we W. na rzecz powoda J. N. kwotę 4386,06zł (cztery tysiące trzysta osiemdziesiąt sześć złotych 06/100) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od kwot:

- a) 730,98 zł (siedemset trzydzieści złotych 98/100) od dnia 08 sierpnia 2017r. do dnia zapłaty;
- b) 803,69 zł (osiemset trzy złote 69/100) od dnia 08 września 2017r. do dnia zapłaty;
- c) 618,68 zł (sześćset osiemnaście złotych 68/100) od dnia 08 października 2017r. do dnia zapłaty;
- d) 761,93 zł (siedemset sześćdziesiąt jeden złotych 93/100) od dnia 08 listopada 2017r. do dnia zapłaty;
- e) 735,39 zł (siedemset trzydzieści pięć złotych 39/100) od dnia 08 grudnia 2017r. do dnia zapłaty;
- f) 735,39 zł (siedemset trzydzieści pięć złotych 39/100) od dnia 08 stycznia 2018r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) Spółka Akcyjna we W. na rzecz powoda J. N. kwotę 600 zł (sześćset złotych) powiększoną o należny podatek VAT w stawce 23% w wysokości 138 zł (sto trzydzieści osiem złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego udzielonego powodowi J. N. z urzędu;

III. nakazuje pobrać od pozwanego Towarzystwa (...) Spółka Akcyjna we W. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego w Strzelcach Opolskich kwotę 220 zł (dwieście dwadzieścia złotych) tytułem opłaty sądowej od pozwu, od uiszczenia której powód J. N. był zwolniony.

UZASADNIENIE

Powód J. N. pozwem z dnia 14 sierpnia 2018 r. (data wypływu do Sądu) wniósł o zasądzenie od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. kwoty 4.386,06 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi: co do kwoty 730,98 od dnia 08.08.2017 r., co do kwoty 803,69 zł od dnia 08.09.2017 r., co do kwoty 618,68 zł od dnia

08.10.2017 r., co do kwoty 761,93 zł od dnia 08.11.2017 r., co do kwoty 735,39 zł od dnia 08.12.2017 r., co do kwoty 735,39 zł od dnia 08.01.2018 r. do dnia zapłaty.

Uzasadniając powód podniósł, iż jako posiadacz rachunku bankowego w (...) Banku (...) S.A., przystąpił w dniu 15 października 2008 r. do umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania i/lub hospitalizacji, w której, jako ubezpieczyciel zostało wskazane Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W..

W dniu 13 stycznia 2017 r. u powoda wykonano zabieg rewaskularyzacji wieńcowej w krążeniu pozaustrojowym, czyli zabieg polegający na wszczepieniu tzw. „bypassów”. W związku z tym, iż zabieg ten – w świetle postanowień § 3 ust. 1 pkt 1 oraz § 2 pkt 13 ppkt 4, pkt 18 i pkt 26 zmienionych Warunków (...) jest objęty przedmiotem ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy powodem a pozwanym, powodowi - na podstawie § 2 pkt 10 i § 10 ust. 2-4 Warunków (...) przysługiwało świadczenie w postaci zwrotu miesięcznych opłat eksploatacyjnych, nie więcej jednak niż 1.500,00 zł na jedno świadczenie miesięczne, faktycznie poniesionych przez powoda w okresie sześciu miesięcy od dnia wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego (tj. od dnia zabiegu). Powód zwrócił się do strony pozwanej o wypłatę należnego świadczenia ubezpieczeniowego. W odpowiedzi pismem z dnia 07 sierpnia 2017 r. pozwany odmówił wypłaty świadczenia wskazując, iż przedmiotowy zabieg związany był z chorobami serca i miażdżycą tętnic, która została zdiagnozowana i wymagała leczenia oraz stosowania leków już w 2004 r., czyli przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Powyższa odmowa, zdaniem powoda, nie zasługiwała na uwzględnienie, gdyż zawarte w niej ogólnikowe stwierdzenia są zupełnie bezpodstawne i nie znajdują odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej.

Nadto powód wniósł o zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, lub przyznanie pełnomocnikowi powoda ustanowionemu z urzędu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał również, iż postanowieniem Sądu Rejonowego w Strzelcach Opolskich z dnia 13 kwietnia 2018 r., sygn. akt I Co 326.18 został w całości zwolniony z kosztów sądowych.

Pismem z dnia 28 września 2018 r. (data wpływu do Sądu) strona pozwana złożyła odpowiedź na pozew, w której wniosła o oddalenie powództwa w całości. W uzasadnieniu strona pozwana wskazała, iż powód zwrócił się o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego. W odpowiedzi pismem z dnia 07.08.2017 r. pozwany odmówił wypłaty świadczenia wskazując, iż przedmiotowy zabieg związany był z chorobami serca i miażdżycą tętnic, która została zdiagnozowana i wymagała leczenia oraz zastosowania leków już w 2004 r., czyli przed przystąpieniem powoda do ubezpieczenia. Zgodnie z przedstawioną przez powoda dokumentacją medyczną z dnia 26.01.2017 r. (załącznik do pozwu) przy rozpoznaniu stanu zdrowia powoda wskazano m. in. na następujące choroby przewlekłe: stan po leczeniu operacyjnym tętniaka aorty brzusznej – proteza naczyniowa w 2004 r., stan po nefrektomii z powodu niedokrwienia 2004 r., stan po hemikolektomii z powodu niedokrwienia jelita grubego w 2004 r., stan po (...) w czasie zabiegu operacyjnego, miażdżycę tętnic kończyn dolnych, umiarkowana niedomykalność aortalna w klasie czynnościowej (...), wielonaczyniowa choroba wieńcowa. Zgodnie z § 9 pkt 13 Warunków (...) ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z istniejącą u ubezpieczonego chorobą zawodową lub przewlekłą. Zgodnie z definicją znajdującą się w § 2 Warunków (...) przez choroby przewlekłe należy rozumieć choroby, które posiadają przynajmniej jedną z następujących cech – są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, są spowodowane przez nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego, długiego nadzoru lub opieki. W ocenie strony pozwanej nie ulega wątpliwości, iż szereg chorób przewlekłych występujących u powoda od 2004 r. (tj. przed objęciem powoda ochroną ubezpieczeniową) miał związek z koniecznością przeprowadzenia chirurgicznej rewaskularyzacji tętnic wieńcowych.

Strona pozwana wniosła również o zobowiązanie Publicznego (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej ((...) Szpital (...) w O., dawne (...)) do przedłożenia pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej powoda z okresu 2000-2018 r, zobowiązanie powoda do wskazania wszystkich pozostałych zakładów opieki zdrowotnej, w których pobierał świadczenia zdrowotne w okresie od 2000 do 2018 r.

Nadto, strona pozwana wniosła również o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego kardiologa na okoliczność istnienia związku pomiędzy stanem zdrowia powoda przed przystąpieniem do ubezpieczenia a zabiegiem wszczęcia tzw. „bypassów” oraz o zasądzenie kosztów postępowania wraz z kosztami zastępstwa procesowego od powoda na rzecz strony pozwanej wg norm przepisanych, wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa.

J. N., dnia 18 października 2018 r. (data wpływu do Sądu) złożył pismo procesowe w odpowiedzi na pismo strony pozwanej z dnia 24.09.2018 r. stanowiącej odpowiedź na pozew, w którym wskazał, iż zawarte w nim wnioski dotyczące przedstawienia dokumentacji medycznej są całkowicie bezzasadne, a zgłoszony wniosek dowodowy w postaci przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego kardiologa bezprzedmiotowe. Zdaniem powoda zupełnie bezpodstawne i gołosłowne jest twierdzenie strony pozwanej, iż „szereg chorób przewlekłych występujących u powoda od 2004 r. (tj. przed objęciem ochroną ubezpieczeniową) miał związek z koniecznością przeprowadzenia chirurgicznej rewaskularyzacji tętnic wieńcowych.” Strona pozwana nie precyzuje bowiem, jakie to dokładnie choroby, ani też nie wskazuje w żaden sposób, jaki jej zdaniem istnieje związek między tymi chorobami a wykonanym u powoda zabiegiem. W konsekwencji uznać też należy, że całkowicie bezzasadne i bezprzedmiotowe są zgłoszone przez stronę powodową wnioski dowodowe, albowiem wnioski te, a także próba konstruowania przez stronę pozwaną na ich podstawie argumentacji na potrzeby niniejszego postępowania, nie zasługują na aprobatę także z tego względu, iż pozwana posiada (a przynajmniej powinna posiadać) informacje w powyższym zakresie skoro po przeprowadzonym postępowaniu likwidacyjnym podjęła jednoznaczną decyzję, wyrażoną w piśmie z dnia 07.08.2017 r., o odmowie wypłaty dochodzonego roszczenia. Tym bardziej, że już na etapie prowadzenia tego postępowania miała możliwość żądania od powoda przedstawienia stosownej dokumentacji medycznej (§ 15 ust. 1 Warunków (...)) bądź też żądania, aby poddał się on stosownemu badaniu lekarskiemu (§ 15 ust. 8 Warunków (...)).

J. N. wskazał również, iż w przedmiotowej sprawie brak jest jakichkolwiek dowodów czy też okoliczności uprawdopodobniających twierdzenia strony pozwanej o rzekomym istnieniu u powoda, jeszcze przed objęciem ochroną ubezpieczeniową, chorób przewlekłych, które miałyby związek z koniecznością przeprowadzenia chirurgicznej rewaskularyzacji tętnic wieńcowych. Z przedłożonej dokumentacji medycznej z dnia 26.01.2017 r. wynika bowiem jedynie, że w 2004 r. powód przeszedł leczenie operacyjne tętniaka aorty brzusznej – proteza naczyniowa, nefrektomię lewostronną z powodu niedokrwienia oraz hemikolektomię z powodu niedokrwienia jelita grubego. Zabiegi te pozostają jednak w jakimkolwiek związku z wszczęciem u powoda tzw. „bypassów”, a zatem, zdaniem powoda, zawarte w odpowiedzi na pozew twierdzenia strony pozwanej należy uznać za niezasadne.

Powód wskazał również, iż postanowienia Warunków (...) znacznie ograniczają stronie pozwanej możliwości zwolnienia się z odpowiedzialności ubezpieczeniowej z uwagi na okoliczności czy schorzenia powstałe u powoda przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Zgodnie bowiem z § 9 ust. 2 Warunków (...) ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku ze wszelkimi chorobami, w odniesieniu do których, w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę Przystąpienia do ubezpieczenia, zostały zdiagnozowane objawy lub wymagały porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków”. Z powyższego uregulowania wprost wynika, że ograniczenie to dotyczy wszelkich chorób, a więc także chorób przewlekłych, na które powołuje się strona pozwana. Z kolei w świetle § 8 Warunków (...), ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, których ubezpieczony nie podał, a o które ubezpieczyciel zapytywał przed rozpoczęciem odpowiedzialności. Przy czym zauważyć należy, iż strona pozwana nie przedstawiła żadnego dowodu wskazującego, że przed rozpoczęciem ubezpieczenia pytała powoda o jakiegokolwiek okoliczności związane z ubezpieczeniem.

W świetle powyższego, według powoda, strona pozwana w ogóle nie ma prawa żądać zobowiązania powoda czy innych podmiotów do przedstawienia informacji bądź dokumentacji medycznej dotyczącej powoda. W szczególności nie ma prawa żądać takich danych za okres 2000-2018 r., a więc za okres znacząco wykraczający poza ww. 12-miesięczny okres wynikający z Warunków (...). Brak jest także podstaw do uznania, iż w odniesieniu do niektórych przypadków poważnego zachorowania zastosowanie ma zapis § 9 ust. 1 pkt 13 Warunków (...), przewidujący wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w sytuacji, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z istniejącą u ubezpieczonego chorobą przewlekłą. Nie ulega bowiem wątpliwości, że wyszczególnione w

§ 2 pkt 13 Warunków (...) zabiegi, zakwalifikowane jako poważne zachorowanie, pozostają w oczywistym związku lub stanowią oczywisty skutek istnienia u ubezpieczonego choroby, która mogłaby – z uwagi na nieostre i niejasne sformułowania użyte w § 2 pkt 2 Warunków (...) zastać zaliczona do chorób przewlekłych. Trudno bowiem sobie wyobrazić, aby u osoby zdrowej wykonano zabieg chirurgiczny na naczyniach wieńcowych (§ 2 pkt 13 ppkt 4 Warunków (...)), angioplastykę tętnic wieńcowych (§ 2 pkt 13 ppkt 9) czy wreszcie przeszczep narządów wewnętrznych (§ 2 pkt 13 ppkt 9). Nie można zatem uznać, że choroba, która doprowadziła do wykonania u ubezpieczonego ww. zabiegów, stanowi jednocześnie podstawę do uwolnienia się przez ubezpieczyciela od odpowiedzialności. Czyniłoby to bowiem ochronę ubezpieczeniową iluzoryczną a przedstawione powyżej postanowienia Warunków (...) zbędnymi, wprowadzającymi konsumentów jedynie w błąd.

W kontekście powyższego, zdaniem powoda, należy podkreślić, iż zgodnie z art. 15 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej ogólne warunki ubezpieczenia muszą być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Jak powód wyżej wskazał, wspomniane postanowienia Warunków (...) tych wymogów nie spełniają. Stąd też postanowienia te – zgodnie z art. 15 ust. 5 ww. ustawy – interpretuje się na korzyść ubezpieczonego, a więc w sposób zaprezentowany przez powoda w piśmie procesowym.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

J. N. jako posiadacz rachunku bankowego w (...) Banku (...) S.A. 12 stycznia 2008 r. przystąpił telefonicznie do umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania i/lub hospitalizacji w której, jako ubezpieczyciel zostało wskazane Towarzystwo (...) S.A. Powód otrzymał potwierdzenie zawarcia w/w umowy, z którego wynika, iż ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od 02.11.2008 r. i obowiązuje przez cały okres trwania Umowy o prowadzenie rachunku oszczędnościowo – rozliczeniowego i/lub oszczędnościowego w (...) Banku (...) S.A, natomiast miesięczna wysokość opłaty za udostępnianie ubezpieczenia wynosi 27,00 zł. Obciążanie rachunku ubezpieczonego kwotą opłaty przez ubezpieczającego odbywa się za pośrednictwem zlecenia płatniczego, 2 (drugiego) dnia każdego miesiąca począwszy od 02.11.2018 r.

Prawa i obowiązki wynikające z umowy określone zostały w Warunkach (...) posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych (...) Banku (...) S.A. oraz w piśmie z dnia 12 lutego 2012 r. adresowanym do J. N., w którym (...) Bank (...) S.A. poinformował, że z dniem 1 marca 2012 r. Towarzystwo (...) S.A. wprowadziło zmiany do warunków ubezpieczenia, mające zastosowanie do Klientów (Ubezpieczonych) objętych „umową grupowego ubezpieczenia posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych (...) Banku (...)”.

W ww. Warunkach (...) znajdują się zapis § 2 pkt 9 i § 10 ust. 2, ust. 3 i ust. 4, z których wynika, że z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania po upływie 60 dni licząc od pierwszego dnia pierwszego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczonemu przysługują miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe, które ubezpieczyciel będzie wypłacać w odstępach miesięcznych przez okres 6 miesięcy w wysokości faktycznie poniesionych przez ubezpieczonego miesięcznych opłat eksploatacyjnych, jednak nie więcej niż 1.500,00 zł miesięcznie. Miesięczne opłaty eksploatacyjne obejmują należności związane z użytkowaniem domu/lokalu mieszkalnego, do których pokrywania zobowiązany jest ubezpieczony, jako właściciel nieruchomości albo członek spółdzielni mieszkaniowej posiadający spółdzielcze lokatorskie prawo do lokalu albo spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu, lub jako najemca lokalu. Tj. czynsz, prąd, gaz, CO, wodno-kanalizacyjne, fundusz remontowy, wywóz śmieci.

Dowody:

- ogólne warunki grupowego ubezpieczenia posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych (...) Banku (...), k. 28-31;
- warunki ubezpieczenia posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych, k. 33;
- potwierdzenie przystąpienia do grupowego ubezpieczenia, k. 34

- pismo z dnia 17.02.2012 r., k.32

Dnia 12 stycznia (...). J. N. został przyjęty do (...) Szpitala (...) w O. (dawne (...)) z informacją o wielonaczyniowej chorobie wieńcowej (...), umiarkowanej niedomykalności aortalnej w klasie czynnościowej (...), rozszerzonej aortie wstępującej, cukrzycy typu II, miażdżycy tętnic kończyn dolnych. W dniu 13 stycznia 2017 r. u powoda wykonano zabieg rewaskularyzacji wieńcowej w krążeniu pozaustrojowym, czyli zabieg polegający na wszczepieniu tzw. „bypassów”. Ponadto z ww. karty leczenia szpitalnego wynika, że w 2004 r. powód przeżył leczenie operacyjne tętniaka aorty brzusznej.

Dowód:

- karta informacyjna leczenia szpitalnego, k. 24-27;

J. N. zgłosił świadczenie odszkodowawcze z grupowego ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania do Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W.. Ubezpieczyciel, pismem z dnia 07 sierpnia 2018 r. odmówił wypłaty świadczenia, zawiadamiając, że świadczenie z tytułu przedmiotowej szkody nie może zostać przyznane. Uzasadniając swoje stanowisko Ubezpieczyciel wskazał, że ze zgromadzonej dokumentacji medycznej przesz (...) Szpital (...) w O. (dawniej (...)), pobyt powoda w szpitalu związany był z chorobami serca i miażdżycą tętnic, która została zdiagnozowana i wymagała leczenia oraz zastosowania leków już w 2004 r., czyli przed przystąpieniem do ubezpieczenia (02.11.2008 r.).

Powód domaga się roszczeń, na które składają się – wyliczone w § 2 pkt 9 i § 10 ust. 3 i ust 4. Warunków (...) opłaty eksploatacyjne poniesione przez powoda przez okres kolejnych 6 miesięcy od momentu wystąpienia szkody w łącznej kwocie 4.386,06 zł.

Dowód:

- potwierdzenia przelewów, k. 11-23;

- decyzja Towarzystwa (...) S.A., k.10;

Przed zawarciem przedmiotowej umowy warunki ubezpieczenia zostały powodowi przedstawione wyłącznie telefonicznie. Powód poinformował konsultanta firmy ubezpieczeniowej o przebytych chorobach i hospitalizacjach, które miały miejsce przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Towarzystwo (...) S.A. nie skierowało J. N. na żadne dodatkowe badania lekarskie ani nie żądało przedstawienia dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia powoda. Konsultant firmy ubezpieczeniowej ograniczył swoje pytania jedynie do pozyskania informacji czy powód jest zainteresowany zawarciem umowy ubezpieczeniowej, nie próbowali ustalić stanu zdrowia powoda przez zawarciem umowy. Warunki ubezpieczenia zostały przesłane na adres J. N., nie było w nich żadnego formularza, który należało odesłać na adres ubezpieczyciela.

Powód, zwracając się do strony pozwanej o wypłatę należnego świadczenia, przedstawił jedynie kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, nie był wzywany o uzupełnienie dokumentacji medycznej ani nie został skierowany na badania lekarskie, które mogłyby potwierdzić zasadność roszczenia. W momencie zawierania umowy ubezpieczenia, J. N. był po przebytych zabiegu chirurgicznym tętniaka aorty brzusznej.

Problemy z sercem zaczęły się pojawiać dopiero w 2016 roku, kiedy to powód zgłosił się do poradni kardiologicznej gdzie zostały wykonane badania w trybie ambulatoryjnym, a następnie został skierowany do (...) Szpitala (...) w O. (dawniej (...)) celem wykonania zabiegu rewaskularyzacji wieńcowej w krążeniu pozaustrojowym, wszczepienie tzw. „bypassów”

Nadto powód wskazał, że w szpitalu w O. dotychczas przebywał tylko dwukrotnie, pierwszy raz w związku z tętniakiem aorty brzusznej od 2004 roku do kwietnia 2005 roku, a następnie w 2016 r. w związku ze wszczęciem tzw. „bypassów”.

Dowód:

- zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 10.01.2019 r. 00:10:12-00:20:23;;

W toku postępowania Sąd dopuścił dowód z opinii biegłej sądowej z zakresu kardiologii z listy biegłych sądowych SO w Katowicach M. W..

Z przedstawionej przez biegłą opinii wynika, że objawy choroby kardiologicznej u J. N. zanotowano po raz pierwszy w karcie z poradni kardiologicznej w czerwcu 2016 roku, kiedy stwierdzono występowanie objawów niewydolności wieńcowej trwających od roku. Podobna informacja znajduje się w karcie informacyjnej z oddziału kardiologii z listopada 2016 roku, gdzie zanotowano w wywiadzie dolegliwości wieńcowe występujące od dwóch lat. We wrześniu 2016 roku podczas wizyty w poradni kardiologicznej zanotowano wynik testu wysiłkowego ze znamienym obniżeniem odcinka ST nad ścianą dolno-boczną oraz zaburzenia kurczliwości odcinkowej nad ścianą dolną. Wyniki badań nieinwazyjnych potwierdziły chorobę wieńcową. Ostateczne diagnostyczne potwierdzenie choroby wieńcowej uzyskano w badaniu koronograficznym, wykonanym podczas hospitalizacji na oddziale kardiologii, który ujawnił obraz wielonaczyniowej choroby wieńcowej.

Stan naczyń wieńcowych i obraz umiejscowienia zmian miażdżycowych w naczyniach kwalifikował do rewaskularyzacji kardiochirurgicznej, którą wykonano dnia 13 stycznia 2017 r. Przed tym okresem biegła nie znalazła w dokumentacji lekarskiej informacji o chorobie wieńcowej.

Dokumentacja medyczna z 2004 r., 2005 r. i 2006 r. dotyczy przebytej operacji pękniętego tętniaka aorty brzusznej i wszyciu protezy w 2004 r. oraz poważnych powikłań z koniecznością wykonania nefrektomii prawostronnej z powodu niedokrwienia nerki oraz hemikolektomii z powodu niedokrwienia jelita grubego z wykonaniem stomii z powodu przetoki jelitowo pęcherzowej. W przebiegu operacji na nerce i przetoki jelitowo pęcherzowej wystąpiły objawy nagłego zatrzymania krążenia, objawy sepsy oraz niewydolności krążeniowo oddechowej. W wyniku intensywnego leczenia aminami presyjnymi uzyskano stabilizację krążeniowo oddechową, która nie doprowadziła do przewlekłego, trwałego uszkodzenia serca i objawów przewlekłej niewydolności krążenia.

Choroba wieńcowa i miażdżycy kończyn dolnych, która rozwinęła się na przestrzeni lat i dała pierwsze objawy po 10 latach od zachorowania w 2004 roku miała podłoże w rozpoznanych czynnikach ryzyka, głównie cukrzyca typu 2. W dokumentacji medycznej nie ujawniono innych, ważnych czynników miażdżycy, takich jak: nadciśnienie tętnicze, otyłość, hiperlipidemia. W dostępnej dokumentacji medycznej w aktach sprawy nie ma dowodów na leczenie schorzeń kardiologicznych w okresie od 2005 r. do 2016 r.

Operacja wszczęcia protezy naczyniowej z powodu pęknięcia tętniaka aorty brzusznej w 2004 r. nie skutkowało powstaniem i rozwojem choroby wieńcowej rozpoznanej w 2016 r., z początkiem objawów w 2015 r.

Biegła jednoznacznie wskazuje, że nie ma żadnego związku przyczynowo skutkowego pomiędzy stanem zdrowia powoda przed 02.11.2008 r., a zabiegiem przeprowadzonym w styczniu 2017 r. Nagłe zatrzymanie krążenia w 2004 r. oraz objawy wstrząsu były powikłaniami w przebiegu sepsy i operacji na okładzie moczowym i przewodzie pokarmowym. Powikłania te zostały wyrównane farmakologicznie i nie skutkowało trwałym uszkodzeniem serca.

Dowody:

- dokumentacja medyczna (...) Szpitala (...) (dawniej (...)) dołączona do akt sprawy;

- opinia biegłej sądowej z zakresu kardiologii z dnia 31.31.2019 r., k. 71-77.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Sąd dokonując ustaleń faktycznych oparł się przede wszystkim na załączonych do akt dokumentach, których prawdziwości i autentyczności żadna ze stron nie kwestionowała.

Sąd oparł się na zeznaniach powoda, które uznał za szczere, a zatem w pełni wiarygodne, jak również na opinii biegłej sądowej z listy biegłych SO w Katowicach z zakresu kardiologii M. W., co do treści której żadna ze stron nie złożyła zastrzeżeń.

Dokonując oceny powyższych dowodów, Sąd kierował się treścią art. 233 § 1 k.p.c., który stanowi, że sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, przy uwzględnieniu doświadczenia życiowego i zasad logicznego rozumowania. Zdaniem Sądu, przedstawione przez strony dowody stanowiły wiarygodny materiał dowodowy pozwalający na poczynienie w niniejszej sprawie niebudzących wątpliwości ustaleń.

Poza sporem w niniejszej sprawie pozostawało, iż strony zawarły umowę grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania i/lub hospitalizacji, w której data rozpoczęcia okresu odpowiedzialności została określona na dzień 02 listopada 2008 r.

Zgodnie z art. 805 § 1 i 2 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: przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że powód została objęta ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania i/lub hospitalizacji. Powyższe wskazuje, że to pozwany Towarzystwo (...) S.A., posiada w przedmiotowej sprawie legitymację procesową.

Przedmiotowe roszczenie wynika wprost z warunków grupowego ubezpieczenia posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych (...) Banku (...), które odpowiednio w § 3 ust. 1 pkt 1 oraz § 2 pkt 13 ppkt 4, pkt 18 i pkt 26 wskazują, iż przedmiotem ubezpieczenia jest, w zależności od wybranego i wskazanego przez ubezpieczonego w deklaracji ubezpieczeniowej zakresu ubezpieczenia, ryzyko poważnego zachorowania ubezpieczonego (§ 3 ust. 1 pkt 1) . Za poważne zachorowanie, zgodnie z § 2 pkt 13 ppkt 14 uważa się zabiegi chirurgiczne na naczyniach wieńcowych, tj. dokonana przez kardiochirurga operacja (ang. bypass) wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcyjnej zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych. Zgodnie z § 2 pkt 18 ww. warunków ubezpieczenia, świadczeniem ubezpieczeniowym jest świadczenie pieniężne wypłacane ubezpieczonemu z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, natomiast zdarzenie ubezpieczeniowe, zgodnie z definicją wyrażoną w § 2 pkt 26, jest to zajście w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela zdarzenia w postaci poważnego zachorowania ubezpieczonego.

Świadczenie przysługujące ubezpieczonemu zostało wyliczone na podstawie dokumentów przedstawionych na okoliczność faktycznie poniesionych przez powoda kosztów oraz na podstawie § 2 pkt 9 i § 10 pkt 2-4 warunków ubezpieczenia zgodnie, z którymi z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, po upływie 60 dni od dnia pierwszego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczonemu przysługują miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe, które ubezpieczyciel będzie wypłacać w odstępach miesięcznych, sześć miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości faktycznie poniesionych przez ubezpieczonego opłat eksploatacyjnych, jednak nie więcej niż 1.500,00 zł na jedno świadczenie miesięczne. Do miesięcznych opłat eksploatacyjnych zalicza się wszystkie opłaty zgodnie z definicją zawartą w § 2 ust 9 warunków ubezpieczenia – miesięczne opłaty eksploatacyjne są to należności związane z użytkowaniem domu/lokalu mieszkalnego, do których pokrywania zobowiązany jest ubezpieczony, jako właściciel nieruchomości albo, jako członek spółdzielni mieszkaniowej posiadający spółdzielcze

lokatorskie prawo do lokalu albo spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu, lub jako najemca lokalu, tj.: czynsz, prąd, gaz, CO, wodno-kanalizacyjne, fundusz remontowy, wywóz śmieci.

Roszczenie strony powodowej jest zasadne. Takie twierdzenie uzasadnia zawarta z pozwanym umowa ubezpieczeniowa, a także wszystkie dokumenty związane z dochodzeniem roszczenia przez powoda, tj. przedstawiona dokumentacja medyczna, potwierdzenia przelewów. W pierwszej kolejności wskazać należy, że powód została objęta ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania i/lub hospitalizacji, strona pozwana również nie kwestionowała istnienia stosunku wynikającego z umowy zawartej z J. N.. Powyższe wskazuje, że to pozwany Towarzystwo (...) S.A., posiada w przedmiotowej sprawie legitymację procesową.

Nadto, opinia przedstawiona przez biegłą sądową z zakresu kardiologii M. W. jednoznacznie wskazała, iż zarzuty strony pozwanej odnoszące się do istnienia związku przyczynowo skutkowego z przebytą hospitalizacją w 2004 r. polegającą na operacji tętniaka aorty brzusznej z operacją przeprowadzoną 13.01.2017 r. kiedy to u powoda wykonano zabieg rewaskularyzacji wieńcowej w krążeniu pozaustrojowym, są bezzasadne. Na marginesie należy dodać, iż opinia przedstawiona przez biegłą sądową z zakresu kardiologii nie była kwestionowana zarówno przez stronę pozwaną jak i przez powoda.

Wobec powyższego Sąd nie znalazł podstaw, które skutkowałyby oddaleniem powództwa.

Powód zdaniem Sądu, odmiennie od twierdzeń strony powodowej, wykazał że: z uwagi na wiążącą go umowę ubezpieczenia wraz z obowiązującymi ogólnymi warunkami tej umowy, z uwagi na rodzaj schorzenia i charakter jego zachorowania, nie mającymi nic wspólnego z wcześniejszą jego hospitalizacją, a także mając na uwadze wysokość comiesięcznych opłat nie przekraczających dopuszczalnego limitu oraz ich przeznaczenie (zgodne z O.W.U.), przedmiotowe roszczenie zasługuje na uwzględnienie.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony.

Na zasądzone koszty składa się kwota 600,00 zł powiększona o należny podatek VAT w stawce 23% zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego udzielonego powodowi J. N. z urzędu.

Kierując się ww. zasadą Sąd obciążył stronę pozwaną obowiązkiem zwrotu kwoty 220,00 zł na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego w Strzelcach Opolskich tytułem opłaty sądowej od pozwu, od uiszczenia której J. N. był zwolniony.

Wobec powyższego, na podstawie powołanych przepisów, Sąd orzekł jak w sentencji wyroku