

Sygn. akt I C 147/21

PROTOKÓŁ

posiedzenia niejawnego

Dnia 30 czerwca 2021 r.

Sąd Rejonowy w Nowym Sączu I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia Grażyna Poręba

na posiedzeniu niejawnym w dniu 30 czerwca 2021 r.

w sprawie

sprawy z powództwa B. M.

przeciwko C. Towarzystwu (...) S.A. V. (...) w W.

o zapłatę

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 13.20 zakończono o godz. 13.30

Strony na posiedzenie nie stawiły się – niezawiadomione.

Uznano sprawę za wyjaśnioną do rozstrzygnięcia.

Przewodniczący na podstawie art. 15.zzs² ustawy z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID – 19 – zamknął rozprawę i ogłosił wyrok.

Przewodniczący:

Sygn. akt I C 147/21

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 czerwca 2021 r.

Sąd Rejonowy w Nowym Sączu I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia Grażyna Poręba

po rozpoznaniu w dniu 30 czerwca 2021 r. w Nowym Sączu

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa B. M.

przeciwko C. Towarzystwu (...) S.A. V. (...) w W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego C. Towarzystwa (...) S.A. V. (...) w W. na rzecz powoda B. M. kwotę 1.200 zł (tysiąc dwieście złotych) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 2 maja 2020 r. do dnia zapłaty;

II. w pozostałej części powództwo oddala,

III. zasądza od strony pozwanej C. Towarzystwa (...) S.A. V. (...) w W. na rzecz powoda B. M. kwotę 387 zł (trzysta osiemdziesiąt siedem złotych) tytułem kosztów procesu, w tym kwotę 270 zł (dwieście siedemdziesiąt złotych) tytułem kosztów zastępstwa prawnego .

Sędzia Grażyna Poręba

ZARZĄDZENIE

- 1) proszę odnotować wyrok;
- 2) odpis wyroku doręczyć pełnomocnikom stron;
- 3) kal. 7 dni.

N., 30 czerwca 2021 r. Sędzia Grażyna Poręba

Sygn. akt I C 147/21

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 30 czerwca 2021 r.

Powód B. M. domagał się od pozwanego C. Towarzystwa (...) S.A. w W. zapłaty kwoty 1.300 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 6 kwietnia 2020 roku do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu żądania powód podał, iż zawarł z pozwanym Towarzystwem umowę ubezpieczenia na życie obejmującą hospitalizację oraz świadczenia apteczne. W okresie ochrony ubezpieczeniowej tj. od 11 marca 2020 r. do 30 marca 2020 r. powód był hospitalizowany w związku z przewlekłym zapaleniem oskrzeli. Polisa obejmowała kwotę 60 zł za każdy dzień hospitalizacji. Pozwany odmówił wypłaty świadczenia.

Na kwotę dochodzoną pozwem składa się roszczenie za 20 dni pobytu w szpitalu ze stawką dzienną po 60 złotych tj. kwota 1.200 zł oraz 100 zł tytułem świadczenia aptecznego.

W sprzeciwie od nakazu zapłaty w postępowaniu upominawczym pozwane Towarzystwo wniosło o oddalenie powództwa w całości. Pozwany przyznał, że zawarł z powodem umowę zbiorowego (...). Analizując wniosek powoda pozwany uznał, iż wzbudza on wątpliwości z uwagi na: bardzo szybkie przyjęcie na Oddział III Pulmonologiczny Centrum Medycznego w K., stosunkowo długi pobyt przy umiarkowanym natężeniu schorzenia, podjęte działania rehabilitacyjne a nie lecznicze, pobyt ukierunkowany na diagnostykę, fakt, iż ośrodek oddalony jest od miejsca zamieszkania powoda o 490 km. Wstępna analiza dokumentacji medycznej potwierdziła, iż dochodzi do wyłudzeń, powód nieustająco przebywa na zwolnieniach lekarskich i pobytach w szpitalu. (k. 24-30)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powód złożył w dniu 19 lutego 2016 r. do (...) S.A. V. (...) w W. (obecnie: C. Towarzystwa (...) S.A. w W.) wniosek o zawarcie umowy zbiorowego (...). Polisą nr (...) zostało potwierdzone zawarcie umowy. Integralną częścią umowy ubezpieczenia były dostarczone powodowi ogólne warunki umowy otwartego ubezpieczenia z opcją funduszy

(...). Zgodnie z § 2 pkt 10 OWU powód uprawniony był do uzyskania świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Odpowiedzialność z tytułu pobytu ubezpieczeniowego w szpitalu została wyłączona w przypadku pobytu diagnostycznego i rehabilitacyjnego (§ 14 ust. 6 pkt 9 i 16 OWU). Zgodnie z tabelą stanowiącą integralną część OWU przy składce ochronnej 65 zł ubezpieczonemu przysługiwało świadczenia za pobyt w szpitalu w wyniku choroby w wysokości 60 zł za każdy dzień pobytu trwający 5 lub więcej dni, maksymalnie 90 dni.

Powód posiada umowy ubezpieczenia zawarte także z Towarzystwem (...) S.A. i Towarzystwem (...) na Z. H.. Powód kontynuuje ubezpieczenie z pozwanego i innych firm ubezpieczeniowych. Firmy ubezpieczeniowe nie wypowiedziały zawartych umów.

Dowód: okoliczności niesporne, a nadto: polisa - k. 8, tabela – k. 9, OWU – k. 10-14, zeznania powoda – protokół rozprawy z dnia 28 kwietnia 2021 r., 00:04:00 – 00:16:57

W dniu 13 lutego 2020 r. powód został skierowany do szpitala z rozpoznaniem głównym: inna przewlekła zaporowa choroba płuc oraz rozpoznaniem schorzeń współistniejących, w tym przewlekłe proste zapalenie oskrzeli. W okresie od 11 marca 2020 r. do 30 marca 2020 r. powód przebywał w Centrum Medycznego (...) S.A. w K. na Oddziale III Pulmonologicznym. W karcie informacyjnej leczenia szpitalnego jako ustalone rozpoznanie wskazano: przewlekłe proste zapalenia oskrzeli. Powód przebywał na oddziale leczniczym.

Powód od lat cierpi na przewlekłe zapalenie oskrzeli. Dolegliwości związane z chorobą nasilają się w okresie zimowo-wiosennym i jesienno-zimowym, co powoduje konieczność pobytu jedne lub dwa razy do roku na tym samym oddziale z tym samym rozpoznaniem.

Dowód: okoliczności niesporne, a nadto: karta informacyjna leczenie szpitalnego – k. 15, dokumentacja medyczna powoda z Centrum Medycznego (...) – k. 38-47, zeznania powoda – protokół rozprawy z dnia 28 kwietnia 2021 r., 00:04:00 – 00:16:57

Powód zgłosił roszczenie o wypłatę odszkodowania za pobyt w Centrum Medycznego (...) S.A. w K.. Pismem z dnia 31 sierpnia 2020 r. pozwany odmówił wypłaty odszkodowania powołując się na § 17 ust. 1 OWU podnosząc, iż zgłoszone roszczenie nie może zostać zrealizowane z uwagi na trwające postępowanie w Biurze Postępowań Wewnętrznych.

Dowód: okoliczności niesporne, a nadto: pismo strony pozwanej z 06.04.2020 r. – k. 16, pismo strony pozwanej z 29.05.2020 r. – k. 17, pismo strony pozwanej z 31.08.2020 r. – k. 18

Stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wskazanych dowodów, w szczególności dokumentacji medycznej przedłożonej przez strony postępowania. Treść dokumentów nie była przez strony kwestionowana. Nadto Sąd dał wiarę zeznaniom powoda, które jedynie potwierdziły stan faktyczny wynikający z przedłożonych w sprawie dokumentów.

Postanowieniem z dnia 25 maja 2021 r. Sąd pominął wniosek dowody z zeznań świadka M. S., opinii biegłego sądowego z zakresu pulmonologii, wniosku o wystąpienie przez Sąd do TU na (...) S.A. i STU na (...) o informacje na temat ilości wniosków powoda o wypłatę świadczenia, tytułu składanych wniosków, wysokości wypłaconych świadczeń. Odnośnie wniosku z zeznań świadka przyjmując, iż dowód został wskazany na okoliczność skierowania spraw do biura postępowań wewnętrznych pozwanego, co jest niesporne i nie wymagało dowodu, oraz na okoliczność, iż zachodzi proceder wyłudzenia odszkodowania to wskazać należy, że do kompetencji sądu cywilnego nie należy prowadzenie dochodzenia w celu ustalenia czy doszło do wyłudzenia odszkodowania. Wyłudzenie odszkodowania jest bowiem przestępstwem zdefiniowanym w art. 298 § 1 k.k., który stanowi, że kto, w celu uzyskania odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia, powoduje zdarzenie będące podstawą do wypłaty takiego odszkodowania, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Jeżeli zatem pozwany uważa, iż nastąpiło zdarzenie noszące znamiona czynu karalnego winien w tym celu złożyć zawiadomienie do organów ścigania. Z tych m.in. powodów został oddalony wniosek dowodowy o zwrócenie się do innych towarzystw ubezpieczeniowych, niezależnie od faktu, iż powód przyznał okoliczność ubezpieczenia się u innych ubezpieczycieli również z tytułu pobytu w szpitalu. Okoliczność, iż powód jest ubezpieczony w innych firmach ubezpieczeniowych nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, bowiem

brak przepisów prawnych ograniczających możliwość zawarcia więcej niż jednej umowy ubezpieczenia obejmującej świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu.

Wniosek w zakresie opinii biegłego sądowego z zakresu pulmonologii Sąd pominął, gdyż po pierwsze przedłożona przez strony dokumentacja medyczna jednoznacznie wskazywała na charakter pobytu powoda w szpitalu, a długość pobytu wynikała z decyzji personelu medycznego. Po drugie wskazane przez pozwanego pytania, na które miałyby odpowiedzieć biegły nie zmierzały do wykazania okoliczności skutkujących wyłączeniem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Te zostały wymienione w § 14 ust. 6 OWU i nie są nimi ani dłuższy czas pobytu w szpitalu (pytanie nr 1), ani możliwość leczenia danego schorzenia poza szpitalem (pytanie nr 2), ani kwestia odległości szpitala od miejsca zamieszkania ubezpieczonego (pytanie nr 3), ani rodzaj zabiegów przeprowadzanych w szpitalu (pytanie nr 4). Wyłączeniem takim jest np. pobyt diagnostyczny oraz pobyt rehabilitacyjny i faktem jest, iż pozwany zgłaszał tego rodzaju zarzuty, jednakże teza dowodowa wniosku z opinii biegłego nie została sformułowana w tym właśnie kierunku.

Powód nie wykazał roszczenia w zakresie żądania wypłaty świadczenia aptecznego w kwocie 100 zł, a nawet nie wskazał podstawy faktycznej tego roszczenia.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo jest zasadne, w przedmiotowej sprawie nie nastąpiły bowiem okoliczności wyłączające wypłatę świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

Na wstępie należy zaznaczyć, że pozwany nie kwestionował faktu zawarcia umowy ubezpieczenia, jej treści, samej kwoty żądania pozwu, wynika ona z przeliczenia dni pobytu 20 przez wysokość świadczenia dziennego – 60 zł, co daje kwotę 1.200 zł.

Kwestiami spornymi i zarzutami podniesionymi przez pozwanego są okoliczności czy powód przebywał w szpitalu w celach rehabilitacyjnych lub diagnostycznych oraz iż zachodzi proceder wyludzenia ubezpieczeń.

Zarzut, iż powód przebywał w szpitalu w celach rehabilitacyjnych lub diagnostycznych nie został przez pozwanego w żaden sposób udowodniony. Niemniej zauważyć należy, iż z treści samego skierowania do szpitala w ramach rozpoznania współistniejącego zostało wskazane: przewlekłe proste zapalenie oskrzeli. W karcie informacyjnej Centrum Medycznego w K. jako główne i ustalone rozpoznanie wskazano również: przewlekłe proste zapalenie oskrzeli. Powód nie krył, iż regularnie przebywa w szpitalach w związku ze schorzeniem, na które cierpi tj. przewlekłe zapalenie oskrzeli, którego dolegliwości nasilają się w okresie jesiennym i wiosennym. Nie zachodzi więc przesłanka z § 14 ust. 6 pkt 9 OWU, która mogłaby stanowić podstawę odmowy wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, skoro powód od przynajmniej 2016 r. jest leczony z uwagi na schorzenia w obrębie oskrzeli, których nasilenie następuje w okresie wiosennym i jesiennym. Wystarczającą przesłanką uzasadniająca wypłatę świadczenia jest choroba wymagająca leczenia. Brak podstaw do przyjęcia, iż pobyt w szpitalu miał charakter rehabilitacyjny, nie wskazują na to ani karta informacyjna z leczenia szpitalnego na oddziale innym niż rehabilitacyjny, jak również zeznania powoda oraz brak dowodów na lansowaną przez siebie tezę ze strony pozwanego.

Hospitalizacja to pobyt w szpitalu przynajmniej 1 dobę w celu diagnostyki lub leczenia. Zastosowane u powoda środki i metody leczenia były działaniami charakterystycznymi dla leczenia szpitalnego. U powoda wykonano szereg badań, konsultacji, zastosowano leczenie objawowe i przeciwzapalne. Faktem jest, iż także były stosowane wobec powoda metody diagnostyczne, ale nie były to wyłącznie zastosowane działania medyczne, bowiem na karcie informacyjnej od pierwszego dnia pobytu znajdują się zapisy o "kontynuacji leczenia wg karty zaleceń".

Odnosnie innych zarzutów to wyżej wskazano, iż nie wiadomo dlaczego czasokres przyjęcia do szpitala (choć tu wcale nie był on niezwłoczny bowiem minął 1 miesiąc od daty wystawienia skierowania do przyjęcia do szpitala),

odległość od miejsca zamieszkania czy możliwość leczenia także poza szpitalem miałyby mieć znaczenie w kwestii odpowiedzialności ubezpieczyciela i wypłaty świadczenia

W odniesieniu do zarzutu, iż powód ubezpieczył się od tego samego zdarzenia w innych podmiotach ubezpieczeniowych, należy wskazać, iż ubezpieczenia osobowe (ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia (...)) nie mają takiego charakteru jak odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych będące rekompensatą poniesionej straty a ich łączna wartość nie może przewyższać szkody i dlatego nie można ich kumulować. Świadczenia z umów ubezpieczenia na życie, czy też (...) są niezależne od powstania i wielkości szkody. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu stanowi zryczałtowaną kwotę, nie ma celu zrekomensowanie faktycznie poniesionej szkody w postaci kosztów pobytu w szpitalu. Jak to wskazano wyżej brak przepisów prawa, które uniemożliwiałyby zawieranie umów ubezpieczenia z różnymi firmami ubezpieczeniowymi w zakresie świadczenia na wypadek pobytu w szpitalu obejmujących ten sam okres ochrony ubezpieczeniowej. Ponadto pozwany mimo odmowy wypłaty świadczenia nadal kontynuuje zawartą umowę.

Mając powyższe na uwadze należało przyjąć, iż stanowisko strony pozwanej odmawiające powodowi wypłaty odszkodowania w ustalonym stanie faktycznym, nie było słuszne. Bezsprzecznie powód leczył się uprzednio z powodu zapalenia oskrzeli i przebywał w szpitalu w celach leczniczych w okresie od 11 marca 2020 r. do 30 marca 2020 r. Z polisy nr (...) w razie pobytu w szpitalu powodowi przysługiwało dzienne świadczenie w kwocie 60 złotych, pobyt w szpitalu trwał 20 dni, w związku z czym przysługujące powodowi odszkodowanie wynosi 1.200 złotych.

Sąd nie uznał za zasadne żądanie zasądzenia kwoty 100 zł tytułem świadczenia aptecznego, bowiem zostało sformułowane w sposób ogólnikowy bez wskazania podstawy i uzasadnienia wysokości żądanej kwoty.

Zatem roszczenie powoda jest uzasadnione, o czym orzeczono jak w pkt I sentencji wyroku, o odsetkach orzeczono na podstawie art. 817 § 1 k.c. przyjmując, zgodnie ze stanowiskiem pozwanego, że roszczenie o wypłatę świadczenia zostało zgłoszone w dniu 1 kwietnia 2020r. (data podana w sprzeciwie od nakazu zapłaty, nie kwestionowana przez powoda).

Mając zatem powyższe na uwadze sąd orzekł jak w sentencji na podstawie przepisów cytowanych w uzasadnieniu a kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c., bowiem powód uległ w niewielkiej części roszczenia.

Na koszty poniesione przez powoda złożyły się koszt opłaty od pozwu w kwocie 100 złotych, wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 270 złotych na podstawie § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. z 2015 roku poz. 1800 z późn. zm) oraz opłata skarbową w kwocie 17 złotych. Łącznie koszty należne powodowi wyniosły 387 złotych.

Sąd nie znalazł podstaw do zasądzenia kosztów zastępstwa procesowego w podwójnej stawce. Pełnomocnik powoda w uzasadnieniu wskazał jedynie na złą wiarę pozwanego, powoływanie zarzutów mających charakter pomówienia. Wskazane przyczyny nie spełniają przesłanek wskazanych w art. 109 § 2 k.p.c.

ZARZĄDZENIE

1. proszę odnotować uzasadnienie, urlop s. ref. w dniach od 8 lipca 2021r. do 8 sierpnia 2021r.
2. odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi pozwanego,
3. kal. 14 dni.

N., dnia 23 sierpnia 2021 r. Sędzia Grażyna Poręba