

Sygnatura akt I C 1374/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Konin, dnia 04-09-2020 r.

Sąd Rejonowy w Koninie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: asesor sądowy Karolina Królikowska-Ziółkowska

Protokolant: sekretarz sądowy Ewa Wieczorek

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 21-08-2020 r. w K.

sprawy z powództwa U. K.

przeciwko (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

- o zapłatę

1. **zasądza od pozwanego (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powódki U. K. kwotę 5.000,00 zł (pięć tysięcy złotych) wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 05 listopada 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 01 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;**
2. **oddala powództwo w pozostałym zakresie;**
3. **zasądza od pozwanego (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powódki U. K. kwotę 1.100,00 zł (tysiąc sto złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;**
4. **nakazuje pobrać od pozwanego (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa-Sądu Rejonowego w Koninie kwotę 1.478,39 zł (tysiąc czterysta siedemdziesiąt osiem złotych, trzydzieści dziewięć groszy) tytułem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych, poniesionych tymczasowo w sprawie przez Skarb Państwa.**

Asesor sądowy Karolina Królikowska-Ziółkowska

Sygn. akt I C 1374/18

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 11 lipca 2018 r. U. K. wniosła o zasądzenie od (...) (...) S.A. z s. w W. (dalej (...) S.A.) kwoty 5.000,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 04 listopada 2015 r. do dnia zapłaty, a także o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów procesu.

W uzasadnieniu wskazała, że dochodzona kwota wynika z obowiązku zapłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej przez zmarłego W. K. z pozwanym na skutek zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, tj. zdiagnozowaniem u ubezpieczonego W. K. ciężkiej choroby – sepsy, która skutkowałą niewydolnością wielonarządową i zgonem ubezpieczonego. Pozwany odmówił przyznania świadczenia powódce, wobec czego zdaniem U. K. wystąpienie na drogę sądową było konieczne.

(...) życie S.A. z s. w W. w odpowiedzi na powyższe wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazał, że roszczenie U. K. jest bezpodstawne, ponieważ w świetle ogólnych warunków umowy (dalej: OWU) dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, odpowiedzialność pozwanego nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły u męża powódki przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Podkreślił, że początek odpowiedzialności ubezpieczyciela datuje się wobec zmarłego męża powódki na dzień 01 sierpnia 2008 r., a już w roku 2001 u W. K. został zdiagnozowany nowotwór złośliwy nerki, z kolei w czerwcu 2012 roku nastąpiła progresja choroby nowotworowej i w lutym 2014 r. rozpoznano u ubezpieczonego kolejny nowotwór złośliwy – białaczkę limfoblastyczną, wobec czego odpowiedzialność ubezpieczyciela w świetle § 19 OWU w realiach sprawy była wyłączona. Co więcej pozwany przyznał, że w dniach 13 – 29 września 2015 r. rozpoznano u W. K. wstrząs septyczny w przebiegu zakażenia nieokreślonym drobnoustrojem z niewydolnością wielonarządową, jednak dokumentacja medyczna nie wykazała na etiologię wymienioną w definicji sepsy w OWU (zakażenie meningokowe, pneumokokowe).

W toku postępowania strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W. K. był objęty umową ubezpieczenia, która została zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzonych Uchwałą nr (...) z dnia 23 czerwca 2010 r. Zarządu (...) S.A. ze zmianami zatwierdzonymi Uchwałą nr (...) z dnia 24 stycznia 2011 r. Zarządu (...) S.A. oraz Uchwałą nr (...) Zarządu (...) S.A. z dnia 05 sierpnia 2013 r. (kod warunków (...)) od dnia 01 sierpnia 2008 r.

Okoliczności bezsporne.

Przed podpisaniem umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia w dniu 09 grudnia 2014 r. W. K. dostał informację dla pracowników Przedsiębiorstwa (...) w K.. Zgodnie z ww. ulotką, katalog poważnych zachorowań objętych umową ubezpieczeniową obejmował sepsę (pkt. 14). Wskazano, że ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za każde wystąpienie ciężkiej choroby w czasie trwania odpowiedzialności. Po wystąpieniu danej ciężkiej choroby, odpowiedzialność wygasa w zakresie tej choroby i chorób pozostających w związku przyczynowo skutkowym. W ulotce wskazano jako przykład: „w przypadku zawału serca, udaru, by-pass – zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia jednej z wymienionych chorób”. W podpisanym w dniu 09 grudnia 2014 r. dokumencie widnieje adnotacja, że W. K. zapozna się z warunkami ubezpieczenia. Jako osobę uposażoną wskazano U. K.. Postanowienia umowy nie były indywidualnie uzgodnione z ubezpieczonym.

Dowód: informacja – k. 6v, zeznania U. K. – k. 159.

Od 2001 r. u ubezpieczonego występowała ciężka choroba w postaci nowotworu złośliwego nerki. W czerwcu 2012 r. u męża powódki nastąpiła progresja choroby nowotworowej, natomiast w lutym 2014 r. rozpoznano u W. K. nowotwór złośliwy układu krwiotwórczego tj. białaczkę limfoblastyczną. We wrześniu 2015 r. nastąpiło wznowienie choroby nowotworowej nerki.

Okoliczności bezsporne.

W świetle § 19 OWU odpowiedzialność (...) S.A. nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do ubezpieczonego. Zgodnie zaś z treścią § 3 pkt. 22 OWU określenie ciężka choroby w przypadku sepsy oznacza wyłącznie taką sepsę, która jest uogólnioną reakcją zapalną, powstającą w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłaną niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątroby.

Dowód: OWU - k.10-13.

W dniach 13 – 29 września 2015 r. W. K. był hospitalizowany na oddziale (...) Kliniki (...) w W.. Dnia 29 września 2015 r. na oddziale (...) Kliniki (...) w W. W. K. zmarł, zaś jako przyczynę zgonu wskazano niewydolność wielonarządową, wstrząs septyczny oraz ostrą białaczkę limfoblastyczną.

Dowód: odpis karty zgonu k.52-53.

Dnia 05 października 2015 r. Przedsiębiorstwo (...) w K. zgłosiło szkodę w (...) S.A. Zakład ubezpieczeń odmówił U. K. wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia za wystąpienie ciężkiej choroby u W. K..

Okoliczności bezsporne, a nadto zeznania powódki k.159

Po odmowie wypłaty powódka zwróciła się do Rzecznika (...) o wydanie opinii w sprawie decyzji pozwanego. Ten natomiast poparł stanowisko powódki.

Okoliczności bezsporne.

Przyczyną zgonu W. K. w dniu 29 września 2015 r. była sepsa. Sepsa jest terminem medycznym używanym w każdym przypadku wystąpienia objawów klinicznych charakterystycznych dla zakażenia krwi czynnikami infekcyjnymi. Opracowania standardów diagnostycznych i terapeutycznych sepsy zostały stworzone przez towarzystwa naukowe lekarzy anestezjologów. W 1991 r. ustalono definicję sepsy łącząc ją z zespołem ogólnoustrojowej reakcji zapalnej. W 2001 r. zaktualizowano diagnostykę sepsy, ale definicja pozostała niezmienną. Obecnie sepsa jest stanem zagrażającym życiu, który powstaje, gdy reakcja organizmu na zakażenie uszkadza własne tkanki i narządy; doprowadza to do rozwinięcia objawów wstrząsu septycznego. Sepsa występująca u W. K. spełniała kryteria definicji zarówno z 1991 r., 2001 r. oraz 2016 r. Nie można ustalić jednoznacznie, jakie bakterie wywołały sepsę u W. K.. Wysoce prawdopodobne, że przyczyną sepsy były bakterie *Streptococcus mitis*. Należą one do rodziny paciorkowców. *Streptococcus pneumoniae* należy do rodzaju paciorkowców.

dowód: opinia biegłego z dziedziny medycyny w zakresie chorób zakaźnych, hepatologii i epidemiologii szpitalnej dr n. med. A. K. k.109-111, opinia uzupełniająca k.145.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie opinii biegłego lekarza dr n. med. A. K., dowodu z przesłuchania U. K., a także w oparciu o zebrane w sprawie dokumenty, które nie budziły wątpliwości Sądu i nie były kwestionowane przez żadną ze stron.

Za przydatną Sąd uznał opinie biegłego sądowego z dziedziny medycyny, w zakresie chorób zakaźnych, hepatologii i epidemiologii szpitalnej dr n. med. A. K., sporządzoną na potrzeby niniejszego postępowania oceniając ją jako rzetelną, jasną i w pełni wyczerpującą. Biegły w sposób kompleksowy i rzeczowy odniósł się do przedmiotu opinii. Z uwagi na to, że do opinii pisemnej podstawowej biegłego wniesiono zarzuty, koniecznym stało się ustosunkowanie do ich treści. Zarzuty te nie wpłynęły jednak na ocenę wykonanej przez biegłego opinii. W ocenie Sądu opinie biegłego wyczerpująco odpowiedziały na zadane pytania, szczegółowo omawiając przy tym dokumentację medyczną ubezpieczonego. Sformułowane przez biegłego wnioski są zrozumiałe i w logiczny sposób wynikają z ustaleń które legły u ich podstaw. Ostatecznie obie opinie nie były kwestionowane przez żadną ze stron.

Zeznania U. K. należało ocenić jako wiarygodne, albowiem pozostawały szczere, konsekwentne i logiczne, a nadto zostały potwierdzone przedłożonymi dokumentami. Dodatkowo pozwany reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika nie zaoferował przeciwdowodów na okoliczność podnoszone przez powódkę.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo było zasadne i zasługiwało na uwzględnienie w znacznym stopniu. Oddaleniu podlegało jedynie żądanie odsetkowe w zakresie jednego dnia.

Podstawę odpowiedzialności (...) (...)S.A. pozostawały przepisy odnoszące się do ubezpieczenia osobowego na wypadek ciężkiej choroby. 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. W świetle zaś art. 829 k.c. § 1 ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć: 1) przy ubezpieczeniu życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku; 2) przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków - uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczenia osobowe odnoszą się bezpośrednio do okoliczności związanych ze zdrowiem i życiem korzystającego z ubezpieczenia. W przeciwieństwie do ubezpieczeń majątkowych nie chronią one interesu majątkowego, ale dobra osobiste ubezpieczającego (ubezpieczonego) takie jak życie czy zdrowie. Oprócz przedmiotu ochrony również wypadek ubezpieczeniowy ma inny charakter, jest nim np. śmierć uprawnionego (niezależnie od powodu), dożycie określonego w umowie wieku, doznanie uszczerbku na zdrowiu scharakteryzowanego w umowie ubezpieczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku. W świetle § 1 OWU umowy zawartej przez W. K. wskazano, że warunki te stosuje się do umów dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zawieranych jako umowy ubezpieczenia dodatkowego do umów wskazanych przez (...) S.A. grupowego ubezpieczenia życie zwanego ubezpieczeniem podstawowym. Zauważyć tym samym należy na mieszany charakter zawartej umowy.

W znacznej mierze stan faktyczny sprawy pozostawał bezsporny między stronami. Poza sporem pozostawało, że U. K. była upoważniona do uzyskania świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, którą objęty był W. K., jak i okoliczność, że strona pozwana odmówiła powodce wypłaty odszkodowania. Bezspornym w sprawie pozostawało również to, iż od 2001 r., czyli przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A., wystąpiła u męża powódki ciężka choroba - tj. nowotwór złośliwy nerki. W czerwcu 2012 r. nastąpiła progresja choroby nowotworowej, natomiast w lutym 2014 r. rozpoznano u W. K. nowotwór złośliwy układu krwiotwórczego, tj. białaczkę limfoblastyczną, zaś we wrześniu 2015 r. nastąpiło wznowienie choroby nowotworowej nerki. Przedmiotem sporu w prowadzonym postępowaniu była przede wszystkim kwestia, czy w świetle wcześniejszej historii chorobowej zmarłego pozwana ponosi odpowiedzialność co do zasady, jak i fakt, czy jednostką chorobową, w wyniku której zmarł ubezpieczony była sepsa i czy można zakwalifikować ją jako ciężką chorobę w rozumieniu § 3 pkt 22 OWU dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zawartej między mężem powódki a pozwanym.

Przechodząc do pierwszego z zrzutów pozwanego wskazać należy, że Sąd dokonał analizy twierdzenia, zgodnie z którym (...) (...)S.A. nie ponosiło odpowiedzialności za wystąpienie ciężkiej choroby w postaci sepsy u ubezpieczonego z uwagi na wyłączenie zawarte w § 19 OWU. W świetle powołanej regulacji, odpowiedzialność (...) S.A. nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do ubezpieczonego. Pozwany podnosił, że początek odpowiedzialności ubezpieczyciela datuje na dzień 01 sierpnia 2008 r., a u W. K. już w roku 2001 został zdiagnozowany nowotwór złośliwy nerki, z kolei w czerwcu 2012 roku nastąpiła progresja choroby nowotworowej i w lutym 2014 r. rozpoznano u ubezpieczonego kolejny nowotwór złośliwy – białaczkę limfoblastyczną. Wobec zatem faktu, że zmarły ciężko chorował przed przystąpieniem do grupowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność pozwanego według (...) (...)S.A. nie zaktualizowała się. Zdaniem Sądu wskazane twierdzenia strony pozwanej nie zasługiwały na uwzględnienie z kilku przyczyn.

Przede wszystkim podkreślenia wymaga, iż sepsa, która wystąpiła u ubezpieczonego, jest oddzielną i samodzielną jednostką chorobową, inną niż nowotwory, na które bezsprzecznie chorował W. K. w okresie przed i po zawarciu umowy ubezpieczenia grupowego. Jak wskazał biegły opracowania standardów diagnostycznych i terapeutycznych sepsy zostały stworzone przez towarzystwa naukowe lekarzy anestezjologów. Obecnie sepsa jest stanem zagrażającym życiu, który powstaje, gdy reakcja organizmu na zakażenie uszkadza własne tkanki i narządy; doprowadza to do rozwinięcia objawów wstrząsu septycznego. Tym samym sepsa, która wystąpiła u W. K., spełniała kryteria definicji medycznej, ponadto nie była powiązana w żadnym stopniu w wystąpieniem nowotworu. Po pierwsze, § 19 OWU wyklucza odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku ciężkich chorób, które wystąpiły u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. Zauważyć tym samym należy, że skoro sepsa, wyodrębniona spośród

listy ciężkich chorób w OWU, której wystąpienie objęte zostało umową ubezpieczenia, jest samodzielną podstawą odpowiedzialności pozwanego i nie jest tożsama z wystąpieniem nowotworu, nie można było uznać, aby wystąpienie ww. przyczyny wystąpiło przed dniem 09 grudnia 2012 r., albowiem sepsa – jak już podkreślono - była samodzielną przyczyną zgonu W. K. dnia 29 września 2015 r. Powyższe potwierdziła opinia biegłego, która ostatecznie nie była w powyższym zakresie kwestionowana przez żadną ze stron. Po drugie, analizując drugą część zdania § 19 OWU wskazać należy, że sepsa nie jest ciężką chorobą, z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. Bezspornie taką chorobą był nowotwór nerki, jednak nie sposób uznać, że są to przyczyny tożsame. Ubezpieczyciel w OWU nie wyłączył swojej odpowiedzialności w przypadku ciężkich chorób pozostających w związku z chorobami występującymi u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A., a zatem jego zarzut w ww. zakresie należało uznać za nieuzasadniony.

W odniesieniu do drugiego z zarzutów wskazać należy, że bezspornie integralną częścią wskazanej umowy ubezpieczenia stanowiły OWU. W celu jednak dokonania kontroli incydentalnej postanowień wzorca umownego pod kątem abuzywności, w pierwszej kolejności należy przytoczyć sporne postanowienia umowy. Zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 1 OWU ciężka choroba oznacza stan objęty odpowiedzialnością (...) S.A. zdefiniowany w § 3. W przypadku sepsy określenie ciężkiej choroby oznacza uogólnioną reakcję zapalną, powstającą w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłaną niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwionośny, nerki, wątrobę (§ 3 pkt 22 OWU). Zgodnie z treścią art. 385¹ § 1 k.c. postanowienia umowy niezgodnione indywidualnie z konsumentem nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Wymienione w treści art. 385³ k.c. niedozwolone postanowienia umowne mają wyłącznie charakter przykładowy, stanowiąc swoistą regułę interpretacyjną ułatwiającą stosowanie art. 385¹ k.c. Biorąc zatem pod uwagę treść 385¹ § 1 k.c., należy rozważyć, czy postanowienia przedmiotowej umowy były indywidualnie uzgodnione między stronami, czy ukształtowały prawa i obowiązki ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami jednocześnie rażąco naruszając jego interesy, a nadto, czy tego rodzaju postanowienia (spełniające te cechy) określają główne świadczenia stron w umowie - jeżeli oczywiście są sformułowane w sposób jednoznaczny.

W ocenie Sądu postanowienia przedmiotowej umowy nie były uzgodnione z W. K. indywidualnie, a stanowiły wyłącznie konsekwencję uprzedniego przystąpienia ww. osoby do ubezpieczenia grupowego, której wzorec został przygotowany przez ubezpieczyciela i zaakceptowany przez ubezpieczającego. Ponad wszelką wątpliwość aktywność W. K. sprowadziła się jedynie do zaakceptowania oferty przygotowanej dla pracowników Przedsiębiorstwa (...) w K.. Powyższe wynika nie tylko z zasad doświadczenia życiowego, ale również z zeznań powódki. Zauważyć również należy, że w toku postępowania pozwany nie powoływał kontr-dowodów, które mimo zarzutu abuzywności postanowień umowy kierowane były przez U. K. już w pozwie. Tym samym pozwany nie wypełnił spoczywającego na nim ciężaru dowodu - stosownie do treści art. 385¹ § 4 k.c., w sytuacji, w której co do zasady musiał mieć świadomość takiego obowiązku, zwłaszcza że działał przez profesjonalnego pełnomocnika.

Kolejny etap kontroli należało poprzedzić udzieleniem odpowiedzi na pytanie, czy postanowienie umowy objęte treścią § 3 pkt 22 OWU (w zakresie definicji sepsy) nie określa głównego świadczenia jednej ze stron, w przypadku bowiem uzyskania pozytywnej odpowiedzi na ww. pytanie dalsza kontrola stałaby się bezprzedmiotowa. W związku z powyższym wyjaśnić należało pojęcie „świadczenia głównego” oraz „świadczenia ubocznego”. Na potrzeby wykładni pojęcia "świadczenia głównego" właściwym jest posiłkowe sięganie do wypracowanego w doktrynie rozróżnienia na świadczenia główne i uboczne. Za główne uznawane są więc świadczenia stron objęte postanowieniami przedmiotowo istotnymi danej umowy (essentialia negotii), czyli świadczenia, które zmierzają do osiągnięcia celu umowy i pozwalają na identyfikację określonego typu stosunku prawnego (tak też np.: K.Zagrobelny (w): E.Gniewek (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, Warszawa 2004, s.909, M.Skory, "Klauzule abuzywne w polskim prawie ochrony konsumenta", Zakamycze 2005, s.179-180). Warto w związku z tym odwołać się także do ukształtowanego w tym zakresie

orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, zgodnie z którym postanowienia umowy określające główne świadczenie stron, to te, "które określają podstawowe świadczenia w ramach danej umowy i które z tego względu charakteryzują tę umowę" (p. Wyrok TS UE z dnia 30 kwietnia 2014 r., Árpád Kásler i Hajnalka Kásler v. OTP Jelzálogbank Zrt, C-26/13, ZOTSIS 2014/4/I-282, pkt 61. "Warunki, które wykazują charakter posiłkowy względem warunków definiujących samą istotę stosunku umownego, nie mogą być objęte pojęciem "głównego przedmiotu umowy" w rozumieniu tego przepisu" (Wyrok TS UE z dnia 23 kwietnia 2015 r. w sprawie C-96/14, Jean-Claude Van Hove v. CNP Assurances SA, pkt 33 i 37). W świetle poczynionych uwag zdaniem Sądu zawarte w § 3 pkt 22 OWU postanowienie nie dotyczyło świadczenia głównego, a jedynie posiłkowo charakteryzowało świadczenie główne. Opisany warunek w postaci zaistnienia konkretnego rodzaju sepsy miał względem tego ostatniego jedynie charakter uzupełniający (posiłkowy), nie kształtował zatem istoty umowy, a wobec tego nie określał wymiaru świadczenia głównego. Wszelkie wątpliwości w tym zakresie ostatecznie rozwiewa także rozwiązanie tego problemu przyjęte w Zasadach Europejskiego Prawa Ubezpieczeń. W art. 2:304 ww. aktu przesądzono bowiem wprost, że ocenie abuzywności postanowień ogólnych warunków podlegają przede wszystkim postanowienia, "które ograniczają lub zmieniają zakres ochrony ubezpieczeniowej", a taki dokładnie charakter ma postanowienie zawarte w przywołanym już § 3 pkt 22 OWU.

Przesłanki kształtowania praw i obowiązków konsumenta za pomocą ocenianego w aspekcie ewentualnej abuzywności postanowienia w sposób „sprzeczny z dobrymi obyczajami” i „rażąco naruszający jego interesy” są dwiema różnymi okolicznościami, które należy w toku kontroli wykazywać odrębnie. Uznanie postanowienia za niedozwolone wymaga łącznej realizacji obu przesłanek, jednakże wskazać należy, że postanowienie umowne, które rażąco narusza interesy konsumenta, zawsze okazuje się sprzeczne z dobrymi obyczajami, natomiast klauzula, której treść jest sprzeczna z dobrymi obyczajami, nie w każdym przypadku równocześnie rażąco narusza interesy konsumenta. Obie przesłanki są wyrażone za pomocą klauzul generalnych. Dobrym obyczajem jest kierowanie się zasadą szacunku wobec drugiego człowieka, a zatem sprzeczne z dobrymi obyczajami są zachowania polegające na niedoinformowaniu, wywołujące dezorientację czy błędne przekonanie, wykorzystywanie niewiedzy lub naiwności, działania nieuczciwe czy nierzetelne, ukształtowanie stosunku prawnego o charakterze zobowiązaniowym niezgodnie z zasadą równorzędności stron (równowagi kontraktowej). Tak też wypowiada się w swoich judykatach SN: „Z dobrymi obyczajami kłóci się zatem takie postępowanie, którego celem jest zdezorientowanie konsumenta, wykorzystanie jego niewiedzy lub naiwności, ukształtowanie stosunku prawnego z naruszeniem zasady równości stron. Chodzi więc o postępowanie, które potocznie jest rozumiane jako nieuczciwe, nierzetelne, sprzeczne z akceptowanymi standardami działania”. Podobnie różne postacie „znaczącej nierównowagi” z art. 3 ust. 1 dyrektywy 93/13/EWG wymienia TS, akcentując, że „nie jest konieczne, by koszty obciążające konsumenta na mocy postanowienia umownego miały względem niego istotny ekonomiczny wpływ w świetle kwoty danej transakcji, lecz nierównowaga ta może wynikać z samego faktu wystarczająco poważnego naruszenia sytuacji prawnej, w której konsument, jako strona danej umowy, znajduje się na mocy właściwych przepisów krajowych, czy to w postaci ograniczenia treści praw, które zgodnie z rzeczonymi przepisami przysługują mu na podstawie tej umowy, czy to przeszkody w ich wykonywaniu, czy też nałożenia na niego dodatkowego obowiązku, którego nie przewidują normy krajowe”. Trybunał wskazuje, że „sąd odsyłający powinien do celów oceny ewentualnego istnienia znaczącej nierównowagi brać pod uwagę charakter towarów lub usług, których umowa dotyczy, poprzez odniesienie do wszelkich okoliczności towarzyszących jej zawarciu oraz do wszystkich innych warunków tej umowy”. Ponadto „sprawdzić należy, czy przedsiębiorca traktujący konsumenta w sposób sprawiedliwy i słuszny mógłby racjonalnie spodziewać się, iż konsument ten przyjąłby [dane postanowienie] w drodze negocjacji indywidualnych” (na podstawie Fras Mariusz (red.), Habdas Magdalena (red.), Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania. Część ogólna (art. 353-534), Komentarz do art. 3851 k.c.). Rażące naruszenie interesów konsumenta zachodzi natomiast w sytuacji, w której w rażący sposób została naruszona równowaga interesów stron umowy przez to, że jedna z nich wykorzystwała swoją przewagę, formułując konkretne postanowienie umowy. Określenie „rażąco” należy stosować do znacznego odchylenia przyjętego uregulowania od zasady uczciwego wyważenia praw i obowiązków (m.in. wyrok SA w Warszawie z dnia 14 września 2011 r, VI ACA 291/11). Rażące naruszenie interesów konsumenta oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym (m.in. wyrok SA w Warszawie z dnia 14 grudnia 2010 r, VI ACA 487/10). Ocena rzetelności polega na zbadaniu, czy postanowienie wzorca jest sprzeczne z ogólnym wzorcem

zachowań przedsiębiorców wobec konsumentów, oraz jak wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta w sytuacji, w której postanowienie to nie zostałyby zastrzeżone. Jeżeli bez tego postanowienia znalazłby się on, na podstawie ogólnych przepisów, w lepszej sytuacji, należy uznać je za nieuczciwe (por. wyrok Sądu Najwyższego z 29 sierpnia 2013 r., I CSK 660/12).

W ocenie Sądu rozstrzygającego niniejszą sprawę, postanowienia ogólnych warunków umów zawężające odpowiedzialność ubezpieczyciela za wystąpienie ciężkiej choroby w postaci sepsy meningokokowej lub pneumokokowej jest po pierwsze sprzeczne z dobrymi obyczajami, a po drugie rażąco narusza interesy konsumenta. Wskazać należy, że udzielona pracownikom informacja przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia zawierała stwierdzenie, że katalog poważnych zachorowań objętych umową ubezpieczeniową obejmował sepsę (pkt. 14). Nie było w nim zawarte zastrzeżenie, że sepsa może być wywołana przez ściśle określone bakterie. Definicja sepsy zawarta w OWU przez powoda nie jest zbieżna z przyjmowaną i stosowaną w medycynie dla określenia tej choroby, co wyraźnie zostało potwierdzone przez biegłego w realiach rozpoznawanej sprawy. W oparciu o sporządzoną opinię biegłego sądowego z zakresu chorób zakaźnych, hepatologii epidemiologii szpitalnej Sąd ustalił, że przyczyną śmierci W. K. w dniu 29 września 2015 r. była sepsa paciorkowcowa. Tym samym bezsprzecznie W. K. przebył sepsę i tak też ocenił ww. chorobę biegły sądowy. Dla prostego człowieka, nie mającego rozeznania w naukach medycznych, nie była możliwa ocena OWU w aspekcie zapisanej tam definicji sepsy. Tym samym analizowane postanowienie wzorca umownego kształtuje zdaniem Sądu prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, bo godzi w równowagę kontraktową stron. Nie ulega żadnej wątpliwości to, że prawa i obowiązki konsumenta kształtowałyby się korzystniej w sytuacji, w której postanowienie to nie zostałyby zastrzeżone. Bez tego postanowienia na podstawie ogólnych, powszechnie stosowanych, obiektywnie weryfikowalnych i akceptowalnych reguł w medycynie W. K. i w konsekwencji uposażona – U. K. – znalazłaby się w korzystniejszej sytuacji. W stosunku ubezpieczenia postanowienia umowy powinny być oparte na zasadzie zaufania, zwłaszcza że ubezpieczyciel funkcjonuje na rynku jako instytucja finansowa, zaś rzetelność ww. podmiotu – w perspektywie wprowadzenia w błąd w ulotce udostępnianej przed zawarciem umowy - pozostaje co najmniej wątpliwa, gdy ubezpieczyciel, posiadający przewagę kontraktową nad ubezpieczonym, przyznaje sobie w OWU, prawo podejmowania arbitralnych decyzji, niezależnych w żaden sposób z definicją medyczną powszechnie przyjętą w dziedzinie medycyny.

Z tych względów, wynikająca z analizowanego postanowienia umownego, nierównowaga praw i obowiązków - na niekorzyść W. K., nie tylko uzasadnia ich ukształtowanie w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami - z przyczyn już przedstawionych, ale skala owej dysproporcji jest na tyle kluczowa, że przesądza o rażącym naruszeniu interesów konsumenta (art. 385¹ § 1 k.c).

Na marginesie niniejszych rozważań zauważyć należy, że ogólne warunki ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a postanowienia zawierające sformułowania niejednoznaczne powinny być interpretowane na korzyść ubezpieczonego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 grudnia 2012 roku, sygn. akt IV CSK 257/12, Legalis, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2003 roku, sygn. akt IV CKN 1858/00, LEX nr 78897; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2003 roku, sygn. akt V CK 35/03, LEX nr 196761; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 2 września 1998 roku, sygn. akt III CKN 605/97, LEX nr 1215932; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 8 lipca 1997 roku, sygn. akt I ACa 181/97, Pr.Gosp. 1998/5/41). Zgodnie z art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej, ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, w myśl zaś ust. 4 powołanego przepisu, postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Jak powszechnie przyjmuje się w judykaturze Sądu Najwyższego, w tym uchwale składu 7 sędziów z dnia 31 marca 1993 roku (III CZP 1/93, OSNCP 1993/10/170), mającej walor zasady prawnej, oraz uchwale z dnia 8 lipca 1992 roku (III CZP 80/92, OSNCP 1993/1-2/14) w razie niejasności, nieдомówień, braku jednoznaczności sformułowań ogólnych warunków umów, wynikające z tego wątpliwości należy tłumaczyć na korzyść ubezpieczonego. Wskazana linia orzecznictwa jest kontynuowana w późniejszych orzeczeniach Sądu Najwyższego, w których podkreśla się, że przy wykładni postanowień ubezpieczenia, w tym ogólnych warunków ubezpieczenia, należy uwzględniać cel umowy i interesy ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego.

Wykładnia ta nie może pomijać celu, w jakim umowa została zawarta, a także natury i funkcji zobowiązania. Celem umowy ubezpieczeniowej jest zaś niewątpliwie udzielenie ubezpieczonemu ochrony na wypadek określonego w umowie ryzyka, w zamian za zapłatę składki. Umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny do wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony. W konsekwencji, postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego uposażonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 września 2008 roku, I CSK 64/08, L.; w wyroku z dnia 13 maja 2004 roku, V CK 481/03, L.; w wyroku z dnia 10 grudnia 2003 roku, L.). Wskazać ponadto należy, że przy formułowaniu ogólnych warunków umowy ubezpieczenia zachowana powinna być bardzo staranna i precyzyjna redakcja zawartych w nich postanowień, zwłaszcza, co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Dotyczy to zarówno formy tych postanowień, jak również systematyki i terminologii. Ujemne skutki wadliwie opracowanych ogólnych warunków ubezpieczeń, polegające na możliwości dowolnej ich interpretacji, powinny obciążać ubezpieczyciela, jako profesjonalistę i autora tych warunków. W takim wypadku odpowiedzialność ubezpieczyciela - mimo określonych zapisów zawartych w warunkach ubezpieczenia - może być w praktyce znacznie szersza niż to ubezpieczyciel zakładał. Ponadto należy pamiętać, że umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i przy wykładni jej postanowień nie można tracić z pola widzenia tego jej zasadniczego celu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2002 r., IV CKN 1421/00, niepubl.). Jak podniósł Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 stycznia 2006 roku (V CSK 90/05, LEX nr 195430), poszukiwanie przez zakład ubezpieczeń per fas et nefas możliwości uchylecia się od świadczenia na rzecz ubezpieczonego jest nie tylko niezgodne z celem ubezpieczenia, lecz także stanowi akt niełojności i złej wiary, który nie zasługuje na ochronę prawną. W takim stanie rzeczy odmowę wypłaty powódce świadczenia należy uznać za działanie sprzeczne z poczuciem sprawiedliwości, godzące w zasady uczciwości obowiązującej w stosunkach cywilnoprawnych oraz reguły rzetelnego postępowania w stosunkach społecznych, a wydany wyrok oddalający żądanie powódki należałoby postrzegać jako niesłuszny, skutkujący wzbogaceniem się pozwanego bez racjonalnych i obiektywnie weryfikowalnych przesłanek.

W tym stanie rzeczy postanowienie § 3 pkt 22 we wskazanym zakresie nie wiązało konsumenta, natomiast zarówno W. K., jak i ubezpieczyciel byli związani treścią umowy w pozostałej części (art. 385¹ § 2 k.c.).

Ostatecznie w ocenie Sądu należało uznać, iż pozwany jest zobowiązany do zapłaty powódce świadczenia, albowiem w okresie odpowiedzialności ubezpieczeniowej doszło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdiagnozowania u W. K. ciężkiej choroby - sepsy. Stosownie do § 6 OWU pozwany zobowiązał się do wypłacenia świadczenia w przypadku wystąpienia ciężkiej choroby w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia. Wysokość należnego świadczenia w kwocie 5.000,00 zł wynika z załącznika do umowy, nadto nie była przez pozwanego kwestionowana w toku postępowania.

Mając na uwadze powyższe uwagi, Sąd w punkcie pierwszym wyroku zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę w wysokości 5.000,00 złotych.

Analizując natomiast żądanie pozwu w zakresie odsetek należy zaznaczyć, iż kwestię tę reguluje art. 817 § 1 k.c. w zw. z art. 481 § 1 k.c. Zgodnie z tymi przepisami, jeżeli nie umówiono się inaczej, zakład ubezpieczeń obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie dni trzydziestu, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku, przy czym w razie gdy 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. Sąd zasądził odsetki od kwoty 5.000 złotych od dnia 05 listopada 2015 roku. Pozwany nie kwestionował okoliczności wymagalności odsetek, a zważywszy że szkoda została zgłoszona 05 października 2015 r. roszczenie było wymagalne 05 listopada 2015 roku, (a nie 04 listopada 2015 r. jak żądała powódka), gdyż dnia 04 listopada upłynął termin 30 dni na spełnienie świadczenia, a nie zaszyły przy tym po stronie pozwanego okoliczności uzasadniające przedłużenie postępowania w przedmiocie przyznania i wypłacenia świadczenia. W przedmiocie odsetek orzeczono po myśli art. 481 k.c. w ten sposób, iż od dnia 05 listopada 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. Sąd zasądził odsetki ustawowe, natomiast od 01 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty zasądzono odsetki ustawowe za opóźnienie w brzmieniu obecnie obowiązującym (tj. w brzmieniu obowiązującym od 01 stycznia

2016 r. ustalonym ustawą z dnia 09 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 09 listopada 2015 r.). Mając na uwadze, iż roszczenie stało się wymagalne w dniu 05 listopada 2015 r. żądanie przez powódkę odsetek za opóźnienie od dnia 04 listopada 2015 r. nie zasługiwało na uwzględnienie, wskutek czego w tym zakresie roszczenie odsetkowe podlegało oddaleniu, o czym Sąd orzekł jak w pkt 2 rozstrzygnięcia.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 100 zd. 2 k.p.c., zgodnie z którym Sąd może włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznacznej części swego żądania. Niniejszą sprawę przegrał niemal w całości pozwany; wygrał jedynie w zakresie jednego dnia roszczenia odsetkowego powództwa, w konsekwencji, jest on zobowiązany do zwrotu powódce całości poniesionych kosztów procesu, na które składają się: kwota 100,00 zł uiszczona tytułem należnej opłaty sądowej od pozwu oraz kwota 1.000,00 zł tytułem uiszczonych zaliczek na poczet wynagrodzenia biegłego, co łącznie daje kwotę 1.100,00 zł, którą to Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki w pkt 3 sentencji wyroku.

W toku procesu powstały nieuiszczone koszty sądowe w łącznej wysokości 1.478,39 zł, obejmujące brakującą część wynagrodzenia biegłego. Obowiązkiem ich poniesienia, stosownie do dyspozycji art. 113 ust. 1 i 2 pkt 1 u.k.s.c. należało obciążyć strony, proporcjonalnie do tego w jakiej części każda z nich wygrała i odpowiednio – przegrała proces. W świetle powołanych przepisów 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. Koszty nieobciążające przeciwnika sąd w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji nakazuje ściągnąć z roszczenia zasądzonego na rzecz strony, której czynność spowodowała ich powstanie. Pozwany przegrał sprawę niemal w całości, a zatem stosownie do wyniku sprawy jest obowiązany uiścić na rzecz Skarbu Państwa-Sądu Rejonowego w Koninie kwotę 1.478,39 zł, o czym orzeczono w pkt 4 rozstrzygnięcia.

Asesor sądowy Karolina Królikowska-Ziółkowska