

Sygnatura akt VIII C 352/15

\$%\$VIII/C/352/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 kwietnia 2016 r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu VIII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSR Anna Przytułska-Sikoń

Protokolant: Natalia Pietrzak

po rozpoznaniu w dniu 1 kwietnia 2016 r. we Wrocławiu na rozprawie sprawy

z powództwa Z. L.

przeciwko P. (...)S.A. z siedzibą w W.

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od powoda na rzecz strony pozwanej kwotę 197 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt VIII C 352/15

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym do sądu w dniu 14 maja 2015 r. powód Z. L. domagał się zasądzenia na jego rzecz od strony pozwanej P. (...)na (...) S. A. z siedzibą w W., kwoty 770 zł wraz z odsetkami liczonymi od dnia 22 października 2014 r. do dnia zapłaty oraz zwrot kosztów procesu.

W uzasadnieniu powód podał, że strona pozwana odmówiła mu wypłaty świadczenia za pobyt w (...) Szpitalu (...) w T. w okresie 2-23 września 2014 r. Wskazał, że po pobycie w Szpitalu (...) w Ż. na oddziale kardiologicznym w dniach 18-21 lipiec 2014 r. został skierowany na rehabilitację do T.. Podał, że było to jego pierwsze skierowanie poszpitalne i w związku z tym strona pozwana powinna wypłacić mu należne świadczenie zgodnie z § 19 ust. 1 pkt 14 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości i zwrot kosztów procesu.

W uzasadnieniu strona pozwana potwierdziła, że łączyła ją z powodem umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego potwierdzona polisą nr (...), którego warunki ustalają Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego (...) na wypadek leczenia szpitalnego, zatwierdzone uchwałą (...). Podała, że w dniu 10 czerwca 2014 r. powód zgłosił, że w dniach 9-30 maja 2014 r. przebywał w Szpitalu (...) w P. na rehabilitacji w celu usunięcia następstw choroby niedokrwiennej serca. Wskazał, że po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego została wypłacona kwota świadczenia w wysokości 770 zł. Następnie w dniu 24 września 2014 r. powód zgłosił stronie pozwanej kolejny pobyt w na rehabilitacji w celu usunięcia następstw choroby niedokrwiennej serca, który miał miejsce w Szpitalu w T. w dniach 2-23 września 2014 r. W ocenie strony pozwanej, był to już drugi pobyt w szpitalu związany z rehabilitacją tej samej jednostki chorobowej, co wiązało się z odmową przyznania świadczenia. Strona pozwana podniosła bezpodstawność żądania odsetkowego, i podała, że zgłoszenie roszczenia otrzymała w dniu 24 września 2014 r., zatem 30-dniowy termin upłynął po dacie wskazanej przez powoda.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powoda Z. L. ze stroną pozwaną P. (...) na (...) S. A. w W. łączyła umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, potwierdzona polisą nr (...), którego warunki były ustalone w Ogólnych Warunkach Dodatkowego Grupowego (...) na wypadek leczenia szpitalnego, zatwierdzone uchwałą (...).

Bezsporne.

Powód na podstawie skierowania na uzdrowskowe szpitalne dla dorosłych wydane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki we W., w okresie 9-30 maja 2014 r. przebywał w szpitalu (...) w P. na leczeniu szpitalnym. Został tam skierowany w związku z chorobami reumatologicznymi, zwyrodnieniowymi stawów i innymi spondylozami.

Powód w dniu 9 kwietnia 2014 r. przeszedł zawał mięśnia sercowego.

Zgodnie z kartą informacyjną z leczenia uzdrowskowego z P., u powoda zostały rozpoznane zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, przewlekła choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca i cukrzyca typu II. W związku z tym, powód uczęszczał zarówno na ćwiczenia związane z kręgosłupem, jak i na ćwiczenia związane ze zmianami kardiologicznymi.

Dowód : - skierowanie na leczenie (...) – k. 102,

- karta informacyjna z (...). – k. 18,

- przesłuchanie powoda – e-protokół rozprawy z 1.04.2016 r. – k. 106.

W dniu 10 czerwca 2014 r. powód złożył wniosek skierowany do strony powodowej, w związku pobytem na leczeniu uzdrowskowym związanym z przewlekłą chorobą niedokrwienną serca. Wniosek został złożony za pośrednictwem zakładu pracy powoda i zarejestrowany pod nr (...).

Po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego, w dniu 13 czerwca 2014 r. strona powodowa przyznała powodowi świadczenie na podstawie umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, w wysokości 770 zł.

Dowód : - wniosek powoda z 10.06.2014 r. – akta szkodowe (...),

- pismo strony powodowej z 13.06.2014 r. – akta szkodowe (...).

W czerwcu 2014 r. powód był hospitalizowany celem planowej kardiowersji elektrycznej.

W okresie od 18-21 lipca 2014 r. powód przebywał w 105 Szpitalu (...) z Przychodnią (...) w Ż. na oddziale kardiologicznym. Następnie, zgodnie z zaleceniami, został skierowany na rehabilitację do (...) Szpitala (...) w T., gdzie przebywał w okresie 2-23 września 2014 r. w związku z chorobą niedokrwienną serca, nawracającym migotaniem przedsionków, nadciśnieniem tętniczym i niedokrwiennością zastawki mitralnej.

Dowód : - karta informacyjna z leczenia szpitalnego z (...). – k. 16-17,

- karta informacyjna z leczenia szpitalnego z (...) – k. 12-15.

W dniu 24 września 2014 r. powód złożył wniosek skierowany do strony powodowej w związku z pobytem na leczeniu szpitalnym związanym z chorobą niedokrwienną serca, nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością zastawki mitralnej. Sprawa została zarejestrowana pod nr (...).

Po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego, w dniu 22 października 2014 r. strona powodowa odmówiła wypłaty świadczenia związanego z pobytem powoda w szpitalu.

Dowód : - wniosek powoda z 24.09.2014 r. – akta szkodowe (...),

- pismo strony pozwanej z 22.10.2014 r. – akta szkodowe (...).

Zgodnie z § 19 ust 1 pkt 14 OWU (...) S. A. w W. nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu, którego konieczność powstała w związku z rehabilitacją, z wyjątkiem pierwszego pobytu w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku albo choroby, pod warunkiem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po zakończeniu objętego odpowiedzialnością (...) S. A. pobytu ubezpieczonego w szpitalu, związanego – odpowiednio – z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem albo tą samą chorobą, przy czym przez chorobę, zgodnie z § 2 ust 1 pkt 1 OWU rozumie się stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego, zaś przez pobyt w szpitalu – całodobowy pobyt ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 3 dni (§ 2 ust 1 pkt 3 OWU).

(...) S. A. nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach uzdrowiskowych, sanatoryjnych oraz rehabilitacyjno-uzdrowiskowych (§ 19 ust 2 pkt 2 OWU).

Dowód : - ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego – k. 37-38.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Stan faktyczny w niniejszej sprawie nie budził zasadniczych wątpliwości. Powód wywodził swoje roszczenie z treści zawartej ze stroną pozwaną umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, zaś strona pozwana nie kwestionowała swojej odpowiedzialności co do zasady. Spór pomiędzy stronami ograniczał się do oceny czy pobyt powoda w (...) Szpitalu (...) w T. w kontekście wcześniejszego pobytu na uzdrowiskowym leczeniu szpitalnym w Szpitalu (...) w P.” skutkowało obowiązkiem wypłaty przez pozwaną świadczenia przewidzianego w umowie.

Sąd ustalając stan faktyczny oparł się na przedłożonych przez strony dokumentach, w tym dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach szkody (...), (...) oraz nadesłanym przez NFZ skierowaniu powoda na leczenie uzdrowiskowe, których prawdziwości nie kwestionowała żadna ze stron. Sąd wziął również pod uwagę także przesłuchanie powoda.

Podstawę prawną rozstrzygnięcia stanowiła umowa ubezpieczenia wraz z ogólnymi warunkami dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, które stanowiły integralną część umowy ubezpieczenia oraz przepis art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie przypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Powołując się na treść § 4 OWU należy wskazać, że zakres ubezpieczenia, jakiemu podlegał powód, obejmuje pobyt w szpitalu spowodowany chorobą. Przez pobyt w szpitalu należy rozumieć całodobowy pobyt ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 3 dni (§ 2 ust 1 pkt 3 OWU). Przez chorobę rozumie się z kolei stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujące konieczność leczenia szpitalnego.

Zgodnie z wnioskiem z dnia 10 czerwca 2014 r. skierowanym przez powoda do strony pozwanej, powód domagał się wypłacenia świadczenia za pobyt na leczeniu uzdrowiskowym w okresie 9-30 maja 2014 r. w P., jako podstawę wskazując przewlekłą chorobę niedokrwienną serca. Strona pozwana po przeanalizowaniu okoliczności zgłoszenia, przyznała powodowi świadczenie w wysokości 770 zł. W ocenie Sądu, mając na uwadze treść opisu zdarzenia

z zgłoszeniu z 10 czerwca 2014 r. (przewlekła choroba niedokrwienna serca), strona pozwana uprawniona była zakwalifikować pobyt powoda w uzdrowisku w P., jako pierwszy pobyt w szpitalu w celu rehabilitacji koniecznej do usunięcia bezpośrednich następstw choroby, zgodnie z (§ 19 ust 1 pkt 14 OWU). Należy wyjaśnić, że wprawdzie skierowanie na leczenie uzdrowiskowe zostało wystawione przez (...) Wojewódzki Oddział (...) we W. jeszcze w 2013 r. w związku z chorobami reumatologicznymi i zwyrodnieniowymi stawów, jednak powód w niedługim czasie przed pobytem w szpitalu uzdrowiskowym w P. przeszedł zawał mięśnia sercowego. Jak wynika z dokumentów przedstawionych przez NFZ, pierwotnie Z. L. został skierowany na leczenie uzdrowiskowe z uwagi na choroby reumatologiczne, natomiast już po przyjeździe do P., zgodnie z kartą informacyjną, został przyjęty na leczenie uzdrowiskowe z rozpoznaniem zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, ale także przewlekłą chorobą niedokrwienną serca i niewydolnością serca.

Dlatego, w ocenie Sądu, nie budzi wątpliwości, że powód przebywał w uzdrowisku w P. także z rozpoznaniem przewlekłej choroby niedokrwiennej serca i niewydolności serca, a podstawą do przyznania odszkodowania za pobyt w szpitalu była kwalifikacja tego pobytu, jako pobytu w ramach odbywania rehabilitacji koniecznej do usunięcia następstw choroby niedokrwiennej serca.

W przypadku spornego wniosku z 24 września 2014 r. kierowanego przez powoda do strony pozwanej, w związku z pobytem na leczeniu rehabilitacyjnym w (...) Szpitalu (...) w T., gdzie powód przebywał w okresie 2-23 września 2014 r., należy wskazać, że powód wskazał tę samą przyczynę dochodzonego świadczenia – choroba niedokrwienna serca. Bezsprzeczne jest, że powód przebywał na oddziale kardiologicznym Szpitala w T. w celach rehabilitacyjnych, związanych z chorobą niedokrwienną serca. Należy przyznać rację stronie pozwanej, która zakwalifikowała ten pobyt, jako drugi z kolei, którego konieczność powstała w związku z rehabilitacją konieczną do usunięcia bezpośrednich następstw choroby kardiologicznej powoda. Jak wynika z § 19 ust 1 pkt 14 OWU, brak jest zatem podstaw do przyjęcia odpowiedzialności strony pozwanej, za pobyt powoda w T., który z uwagi na przyznanie powodowi świadczenia za pobyt w P., jest kolejnym pobytem powoda na leczeniu w związku z rehabilitacją konieczną do usunięcia bezpośrednich następstw tej samej choroby, czyli choroby niedokrwiennej serca. Z uwagi na powyższe Sąd orzekł jak w punkcie I wyroku.

Orzeczenie o kosztach sądowych, w punkcie II, oparto o treść art. 98 k.p.c. zgodnie, z którym strona przegrywająca sprawę jest obowiązana zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Niezbędne koszty poniesione przez stronę pozwaną do celowego dochodzenia swoich praw wyniosły 197 zł i obejmowały: opłatę skarbową od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł i kwotę 180 zł wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika (§ 6 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu - tekst jednolity – Dz. U. z 2013 r., poz. 490).