

# UZASADNIENIE

## **wyroku z dnia 14 lipca 2016 roku**

Pozwem z dnia 6 czerwca 2014 roku powódka A. Ł. wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego A. Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 11.000 zł wraz z odsetkami od dnia 13 kwietnia 2012 roku do dnia zapłaty oraz o zasądzenie zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych.

Powódka wskazała, że od dnia 1 października 2011 roku była objęta przez pozwanego grupowym ubezpieczeniem na życie. Umowa ta została zawarta na rzecz powódki przez Zespołową (...). P., E. D., W. (...) spółka cywilna w W.. Wraz z główną umową zawarto szereg umów dodatkowych rozszerzających uprawnienia ubezpieczonego. Na mocy umów dodatkowych ochroną objęto m.in. trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, niezdolność do pracy, leczenie szpitalne czy poważne zachorowanie. W dniu 7 października 2011 roku powódka uległa wypadkowi, na skutek którego doznała urazu kręgosłupa szyjnego. W wyniku urazu konieczne było przeprowadzenie operacji, podczas której powódce usunięto część dysku i wstawiono implant. Stan zdrowia powódki stanowił podstawę do orzeczenia o lekkim stopniu niepełnosprawności. Stwierdzono, że wypadek doprowadził do naruszenia sprawności organizmu, powodując w istotny sposób obniżenie zdolności do wykonywania pracy. Opinia co do objawów występujących u powódki wyczerpuje definicję trwałego uszczerbku w rozumieniu § 1 ust 1 pkt 3 Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej ubezpieczenia Ryzyka Trwałego Uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr (...). W związku z urazem i operacją powódka musiała zaprzestać pracy w charakterze pielęgniarki. Nadal przebywa na zwolnieniu lekarskim i nic nie wskazuje na to, że stan jej zdrowia ulegnie poprawie. Uraz ma charakter trwały i nieodwracalny. W dniu 12 kwietnia 2012 roku powódka zgłosiła pozwanemu A. Towarzystwu (...) S.A. roszczenie o wypłatę odszkodowania z tytułu ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania oraz leczenia szpitalnego. Pismem z 24 kwietnia 2012 roku pozwany odmówił wypłaty świadczenia. Swoje stanowisko podtrzymał w dalszej korespondencji. Na kwotę dochodzoną pozwem składa się kwota 6.000 zł z tytułu leczenia szpitalnego oraz kwota 5.000 zł z tytułu poważnego zachorowania.

(pozew – k. 1-5)

W odpowiedzi na pozew pozwany A. Towarzystwo (...) S.A w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany zaprzeczył by u powódki wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku, niezdolność do pracy, niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, leczenie szpitalne oraz poważne zachorowanie w rozumieniu warunków zawartej umowy ubezpieczenia. Schorzenie powódki nie jest schorzeniem za które powódka powinna otrzymać świadczenia, bowiem schorzenia tego nie ma na liście schorzeń dołączonej do Warunków Ogólnych G. (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr (...). Pozwany wskazał, że strona powodowa w pozwie nie przedstawiła żadnych dowodów na okoliczność nieszczęśliwego wypadku, na skutek którego powódka miała doznać urazu ani też nie przedstawiła uzasadnienia do żądanych kwot. Pozwany potwierdził, że powódka od 1 sierpnia 2011 roku była objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie grupowego ubezpieczenia na życie. Roszczenie o wypłatę z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku zostało pozwanemu zgłoszone w dniu 17 kwietnia 2012 roku. Dodatkowo w piśmie z dnia 22 czerwca 2012 roku powódka zgłosiła roszczenie z tytułu pobytu w szpitalu oraz poważnego zachorowania. Pozwany podkreślił, że nie wpłynął do niego formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu choroby z 12 kwietnia 2012 roku załączony przez powódkę do pozwu. Pozwany wskazał, że odmówił wypłaty świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku uznając, że schorzenie kręgosłupa jakiego doznała powódka nie było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, a miało podłoże chorobowe. Powódka nie wykazała związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem z 7 października 2011 roku, a zaistniałym schorzeniem. Pozwany podniósł, że powódka nie występowała uprzednio z roszczeniem z tytułu niezdolności do pracy i roszczenie to sformułowała dopiero w pozwie. Niezależnie od tego, zdaniem pozwanego, roszczenie jest bezzasadne bowiem schorzenie powódki nie powoduje u niej niezdolności do pracy w rozumieniu zawartej umowy ubezpieczenia. W zakresie roszczenia z tytułu leczenia szpitalnego, pozwany

wskazał, że zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 2 Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej (...) Rzyzka leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych przez leczenie szpitalne strony rozumieją „trwający nieprzerwanie nie mniej niż 5 dni pobyt uczestnika w szpitalu”. Z załączonej karty leczenia wynika, że powódka przebywała w szpitalu jedynie 3 dni.

(odpowiedź na pozew k. 81-88)

W piśmie z 10 lutego 2015 roku pełnomocnik powódki sprecyzował, że powódka dochodzi łącznie kwoty 11.000 zł, w tym 6.000 zł. z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz kwoty 5.000 zł z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku.

(pismo powódki - k.167-173)

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 7 października 2011 roku powódka A. Ł., schodząc ze schodów, potknęła się i spadła. Próbuąc ratować się przed upadkiem złapała się poręczy schodów, mocno skręcając szyję. Poczula wtedy ból w okolicach szyi. Na skutek upadku powódka doznała urazu przeciążeniowego kręgosłupa. Po wypadku szyja bolała ją falowo tzn. czasami ból mijał, czasami narastał. Powódka z zawodu jest pielęgniarką, więc w początkowym okresie po wypadku próbowała leczyć się sama - prosiła koleżanki w pracy by robiły jej zastrzyki przeciwbólowe. Ból szyi nie ustępował jednak więc powódka wykonała badanie rezonansem magnetycznym, które wykazało obecność dużej przepukliny krążka międzykręgowego poziomu C5-C6, powodując istotną kompresję rdzenia szyjnego. Z uwagi na powyższe powódce zalecono leczenie operacyjne. Powódka przeszła operację w Szpitalu (...) w W. w dniu 19 grudnia 2011 roku. Powódce wykonane mikrodisektomię na poziomie C5-C6, odbarczenie worka oponowego i korzeni w zachyłkach, usunięto podwiązadłowy sekwestr dysku uciskającego na worek oponowy i rdzeń, wszczepiono implant. W szpitalu przebywała trzy dni tj. do dnia 21 grudnia 2011 roku. Zabieg odbył się bez powikłań. Po okresie rekonwalescencji powódka powróciła do pracy w zawodzie i pracowała przez 1,5 roku. Po kilku miesiącach część dolegliwości powróciła – powódka znów odczuwała bóle kręgosłupa szyjnego, drętwienie rąk, oraz przeczulicę. W 2013 roku stwierdzono u A. Ł. niewielką wypuklinę krążka międzykręgowego C4-C5 i nieprawidłowe zapadnięcie się implantu. W zaleceniach lekarskich pojawiły się wskazania do reoperacji i wymiany implantu. Decyzję o zabiegu odroczone ze względu na stabilne, nienarastające objawy.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego - k.18, dokumentacja medyczna i rachunki za świadczenia medyczne - k. 20-40, zeznania świadka M. O. - k.203-204, zeznania powódki A. Ł. - k.227, opinia biegłego w zakresie neurochirurgii - k.248-250, ustne wyjaśnienia biegłego – e-protokół z rozprawy z dnia 1 czerwca 2016 roku).

Przed wypadkiem powódka nie miała problemów zdrowotnych z kręgosłupem. Stwierdzona u niej po wypadku dyskopia nie była schorzeniem samoistnym, ale następstwem przebytego na skutek upadku urazu. Zabieg operacyjny spowodował istotną poprawę kliniczną. Aktualny długotrwały uszczerbek na zdrowiu powódki wynosi 5%. Leczenie nie zostało ukończone, powódka nadal powinna korzystać z zabiegów rehabilitacyjnych. Od 27 listopada 2011 roku do 5 maja 2012 roku powódka otrzymywała zasiłek chorobowy. Od 6 maja 2012 roku do 1 listopada 2012 roku otrzymywała świadczenie rehabilitacyjne. Następnie od 5 października 2013 roku do 2 marca 2014 roku powódka ponownie przebywała na zasiłku chorobowym, a od 3 do 31 marca 2014 roku otrzymywała świadczenie rehabilitacyjne. Ze względu na długotrwałe zwolnienia lekarskie rozwiązano z nią stosunek pracy. Obecnie nie pracuje. Orzeczeniem z dnia 4 czerwca 2013 roku stwierdzono u powódki lekki stopień niepełnosprawności. Orzeczenie wydano do dnia 30 czerwca 2015 roku.

Powódka porusza się samodzielnie, sprawnie, bez pomocy innych i oprzyrządowania. Nie ma żadnych niedowładów ani zaników mięśniowych. Odczuwa osłabione czucie w obrębie przedramion i palców obu rąk. Powódka nie jest trwale niezdolna do pracy, może wykonywać prace z wykluczeniem wzmożonego wysiłku fizycznego oraz długotrwałej pozycji wymuszonej.

(orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - k.19, zaświadczenie ZUS – k.41-42, zeznania świadka M. O. - k.203-204, zeznania powódki A. Ł. - k.227, opinia biegłego w zakresie neurochirurgii - k.248 –250, ustne wyjaśnienia biegłego – e-protokół z rozprawy z dnia 1 czerwca 2016 roku).

Od dnia 1 października 2011 roku powódka była objęta przez pozwanego G. ubezpieczeniem na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym - OPIEKUN. Umowa ta została zawarta na rzecz powódki przez Zespołową (...) P., E. D., W. (...) spółka cywilna w W.. Powódka podpisała deklarację uczestnictwa w dniu 28 września 2011 roku. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdzono dokumentem uczestnictwa do polisy nr (...). Ubezpieczeniem objęte były m.in. takie zdarzenia ubezpieczeniowe jak:

- trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- niezdolność do pracy;
- leczenie szpitalne w systemie świadczeń progresywnych;
- poważne zachorowanie w wariacie IV.

Suma ubezpieczenia w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wynosiła 35.000 zł, w razie niezdolności do pracy 25.000 zł, w razie leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych 6.000 zł, w razie poważnego zachorowania 5.000 zł.

Wraz z umową główną zawarto szereg umów dodatkowych rozszerzających uprawnienia ubezpieczonego.

Zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 2 i 3 Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nr (...) (dalej OWU TU) uszczerbek na zdrowiu rozumiany jest jako wszelkiego rodzaju utrwalone objawy, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku jeżeli wymienione dolegliwości wystąpiły w ciągu 180 dni od nieszczęśliwego wypadku. Z kolei nieszczęśliwy wypadek rozumiany jest jako zdarzenie wywołane działaniem zewnętrznej przyczyny niemającej bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależny od uczestnika. Stosownie do § 3 ust. 2 OWU TU ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty w przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wskazanej w umowie dodatkowej, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanej przez uczestnika trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 4 Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka powstania niezdolności do pracy nr (...) (dalej OWU NP) niezdolność do pracy jest rozumiana jako całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej trwającej nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy i mającej po zakończeniu tego okresu charakter trwały i nieodwracalny. Zgodnie zaś z § 3 ust. 2 OWU NP ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku powstania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej niezdolności do pracy uczestnika, świadczenia ubezpieczeniowego będącego sumą wartości rachunku uczestnika oraz sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy wskazanej w umowie dodatkowej.

Zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 2 Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej (...) Ryzyka (...) Szpitalnego w Systemie Świadczeń Progresywnych (nr (...)) leczenie szpitalne to trwający nieprzerwanie nie mniej niż 5 dni pobyt uczestnika w szpitalu znajdującym się na terytorium kraju UE lub na terytorium Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, USA, Szwajcarii, Watykanu, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia i nie związanego z ciążą, porodem, położeniem przy czym dzień pobytu to dzień kalendarzowy, a za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni dzień wypisu.

Zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 5 Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej (...) Ryzyka Poważnego Zachorowania – wariant IV (nr (...)) poważne zachorowanie to przewidziane w § 3 ust. 1 schorzenie uczestnika tj. rozległe oparzenie, utrata wzroku, mowy, słuchu, kończyn lub porażenie kończyn.

(dokument uczestnictwa - k.15-16, deklaracja uczestnictwa - k.153, zeznania świadka E. C. - k.203, OWU - k.97-152).

W dniu 17 kwietnia 2012 roku powódka zgłosiła pozwanemu roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz hospitalizacji. Pismem z 24 kwietnia 2012 roku pozwany odmówił wypłaty świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku. W odpowiedzi pismem z 22 czerwca 2012 roku powódka zwróciła się do pozwanego z zapytaniem czy należy jej się wypłata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania i pobytu w szpitalu. Pismem z dnia 5 lipca 2012 roku pozwany odmówił wypłaty świadczenia z tych tytułów. Pismem z 2 grudnia 2012 roku pełnomocnik powódki wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 10.500 zł z tytułu uszczerbku na zdrowiu wskutek poważnego zachorowania. Powołując się na Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek poważnego zachorowania wskazał, że roszczenie jest uzasadnione. Pismem z 12 grudnia 2013 roku pozwany poinformował powódkę, że nie posiada produktu z ochroną z tytułu uszczerbku na zdrowiu wskutek poważnego zachorowania, a jedynie z tytułu uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, a decyzja odnośnie roszczenia powódki na tej podstawie została już wydana.

(formularz zgłoszenia roszczenia – wypadek – k.154-155, pisma pozwanej k.47-48, k.50-51, k.54, pismo powódki k.49, wezwanie do zapłaty - k.52-53).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o treść każdorazowo powoływanych dokumentów. Sąd uznał, iż ww. dokumenty nie budziły wątpliwości w zakresie ich treści i pochodzenia od poszczególnych osób oraz zostały sporządzone w sposób rzetelny. Ponadto są to dowody, których prawdziwości i prawdziwości żadna ze stron w toku postępowania nie kwestionowała. Pozwany zaprzeczył jedynie, że otrzymał od powódki Formularz Zgłoszenia Roszczenia – Choroba z dnia 12 kwietnia 2012 roku (k. 44-46), w którym powódka zgłosiła roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania i leczenia szpitalnego. Z racji tego, że powódka ostatecznie wskazała, że w niniejszym postępowaniu dochodzi roszczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku brak było podstaw do ustalenia czy formularz z dnia 12 kwietnia 2012 roku został złożony pozwanemu, bowiem dokument ten nie miał znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Podstawę ustalenia stanu faktycznego stanowiły także zeznania świadka M. O.. Świadek miał bezpośrednią wiedzę na temat okoliczności wypadku i leczenia powódki, którą przedstawił w sposób logiczny i konsekwentny. Nadto zeznania te w pełni korespondowały z zeznaniami samej powódki wobec tego Sąd uznał zeznania świadka za wiarygodne. Podobnie walorem wiarygodności Sąd obdarzył zeznania świadka E. C., aczkolwiek należy zaznaczyć, że były one przydatne jedynie do ustalenia stanu faktycznego w ograniczonym zakresie, a mianowicie odnośnie faktu objęcia powódki ochroną ubezpieczeniową.

Podstawę ustaleń stanowiły także zeznania powódki. W ocenie Sądu powódka w sposób spójny i konsekwentny przedstawiła okoliczności wypadku oraz leczenia i rehabilitacji. Sąd nie znalazł podstaw by odmówić jej zeznaniom w powyższym zakresie wiary.

Sąd oparł swoje ustalenia faktyczne również na opinii biegłego lekarza neurochirurga T. K., którą uznał za w pełni wiarygodną. Podobnie Sąd ocenił ustne wyjaśnienia do opinii złożone przez biegłego na rozprawie w dniu 01 czerwca 2016 roku. Opinia została sporządzona w sposób rzetelny, a wypływające z niej wnioski mają charakter spójny, logiczny, konsekwentny i korespondujący z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie. Nadto w ocenie Sądu opinia ta została sporządzona należycie pod względem formalnym i merytorycznym i nie zawiera w sobie żadnych sprzeczności. Należy podkreślić, że ww. opinia biegłego lekarza neurochirurga dostarczyła wiadomości

specjalnych, wystarczających do ustalenia okoliczności istotnych dla oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz czy zdolności powódki do pracy.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (art. 805 § 2 pkt 2 k.c.). W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków powstanie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego uzależnione jest od doznania przez osobę ubezpieczoną nieszczęśliwego wypadku, powodującego skutki określone w warunkach ubezpieczenia. Takim skutkiem może być śmierć albo uszkodzenie ciała czy też niezdolność do pracy. Z istoty ubezpieczeń osobowych wynika, że nie wypłaca się odszkodowań, jak ma to miejsce w przypadku ubezpieczeń majątkowych, lecz świadczenie w wysokości określonej sumy ubezpieczenia. Wobec tego wysokość świadczenia nie pozostaje w żadnym stosunku do doznanej szkody i należy się ono niezależnie od tego, czy osoba ubezpieczona doznała jakiegokolwiek uszczerbku majątkowego w następstwie zdarzenia określonego w umowie.

W rozpoznawanej sprawie bezsporne między stronami pozostawało, że powódka była objęta ochroną ubezpieczeniową przez pozwanego.

Sporne okazało się zaś czy powódka jest związana Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, stanowiącymi integralną część umowy ubezpieczenia. Powódka wskazywała bowiem, że nie jest związana OWU z uwagi na fakt, że nie zostały jej doręczone przed zawarciem umowy.

W ocenie Sądu zarzut powyższy jest całkowicie chybiony.

Zauważyć należy, że zgodnie z art. 384 § 1 k.c. ustalony przez jedną ze stron wzorzec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, wzór umowy, regulamin, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy. Jednocześnie w myśl art. 808 § 1 k.c. ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. Ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego (art. 808 § 4 k.c.). Jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385<sup>1</sup>-385<sup>3</sup> stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. (art. 808 § 5 k.c.)

W przedmiotowej sprawie stronami umowy ubezpieczenia są A. Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. i Zespołowa (...) P., E. D., W. (...) spółka cywilna w W.. Stroną umowy nie jest natomiast powódka, która w ramach tej umowy posiada przymiot ubezpieczonej. Skoro zatem powódka nie jest stroną umowy pozwany nie miał obowiązku doręczenia jej OWU, aczkolwiek na żądanie powódki złożone w trybie art. 808 § 4 k.c. miałby taki obowiązek.

Nadto w deklaracji uczestnictwa z dnia 28 września 2011 roku powódka wprost oświadczyła, że OWU zostały jej doręczone i zapoznała się z ich treścią. W ocenie Sądu zeznania powódki przeczące temu faktowi mają jedynie na celu uniknięcie związania powódki postanowieniami OWU. W ocenie Sądu powódka jest zatem związana OWU, tym bardziej, że mogła w trybie art. art. 808 § 4 k.c. żądać by ubezpieczyciel udzielił jej informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia czego nie uczyniła.

Przechodząc do oceny zasadności roszczenia powódki, biorąc także pod uwagę zarzuty i argumentację pozwanej, zawarte w odpowiedzi na pozew, Sąd musiał zatem zbadać:

- po pierwsze: czy upadek ze schodów w dniu 07 października 2011 roku był nieszczęśliwym wypadkiem w rozumieniu OWU;

- po wtóre: czy przeciążeniowy uraz kręgosłupa szyjnego powódki był wynikiem wypadku czy też schorzeniem samoistnym;

- po trzecie: czy w odniesieniu do powódki zaszło którekolwiek ze zdarzeń ubezpieczeniowych w postaci: 1) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku; 2) niezdolności do pracy; 3) leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych; 4) poważnego zachorowania w wariantcie IV.

Strona pozwana zaprzeczyła bowiem, by powódka doznała nieszczęśliwego wypadku, nadto wskazywała, że uraz powódki jest schorzeniem samoistnym oraz w odniesieniu do powódki nie zaszło żadne ze zdarzeń ubezpieczeniowych określonych w OWU.

Biorąc pod uwagę powyższe to na stronie powodowej ciążyła konieczność wykazania zaistnienia przesłanek określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, zgodnie z którymi pozwany jest zobowiązany do świadczenia w razie powstania jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych określonych w OWU.

Pozwany zgodnie z OWU TU zobowiązany był do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wskazanej w umowie dodatkowej, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez uczestnika trwałego uszczerbku na zdrowiu.

OWU TU zawierały także definicje legalne pojęć „uszczerbek na zdrowiu” i „nieszczęśliwy wypadek”. Zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 2 OWU TU uszczerbek na zdrowiu rozumiany jest jako wszelkiego rodzaju utrwalone objawy zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy. Natomiast w myśl § 1 ust. 1 pkt 3 nieszczęśliwy wypadek jest to zdarzenie wywołane działaniem zewnętrznej przyczyny niemającej bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależny od uczestnika.

Sąd w trakcie niniejszego postępowania na podstawie opinii biegłego ustalił, że powódka na skutek upadku ze schodów doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5%. Wbrew twierdzeniom pozwanego dyskopatia pozwanej nie była schorzeniem samoistnym, na które powódka rzekomo cierpiała przed wypadkiem z dnia 7 października 2011 roku. Biegły stanowczo bowiem stwierdził, że uszkodzenie kręgosłupa nie było bezpośrednim skutkiem upadku ze schodów, natomiast doprowadziło do niego przeciążenie powstałe w czasie upadku. Biegły kategorycznie wskazał, że stwierdzone u powódki schorzenie było następstwem przebytego wypadku, bowiem jego objawy odpowiadają typowym objawom występującym u osób, które doznały wypadków w sposób wskazywany przez powódkę. Biegły ocenił, że aktualny, trwały uszczerbek na zdrowiu powódki wynosi 5 %. Jak już wskazywano Sąd w pełni podzielił ustalenia opinii biegłego zarówno co do stwierdzenia, że uraz powódki był następstwem wypadku z dnia 7 października 2011 roku jak i co do stwierdzonego procentowego uszczerbku na zdrowiu.

Biorąc pod uwagę te ustalenia należało rozważyć, czy uszczerbek zaistniał wskutek nieszczęśliwego wypadku.

W ocenie Sądu okoliczności w jakich doszło do wypadku uzasadniają stwierdzenie, że do urazu kręgosłupa szyjnego powódki doszło na skutek nieszczęśliwego wypadku. Powódka doznała urazu, schodząc ze schodów kiedy to poślizgnęła się i upadła. Z pewnością należy zatem stwierdzić, że uraz nastąpił na skutek przyczyny zewnętrznej, nie wynikającej z jakiegokolwiek schorzenia psychicznego czy fizycznego powódki. Była ta sytuacja przypadkowa, nie mająca nic wspólnego ze zdrowiem powódki i od niej niezależna.

Wobec stwierdzenia, że powódka doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu i stało się to na skutek nieszczęśliwego wypadku należało przejść do ustalenia kwoty świadczenia należnego powódce. Zgodnie z OWU TU wysokość świadczenia miała być równa procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wskazanej w umowie dodatkowej. Jak ustalono powódka doznała uszczerbku w wysokości

5 %. W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku suma ubezpieczenia wynosiła 35.000 zł. Wobec powyższego na rzecz powódki należało zasądzić kwotę 1.750 zł (5% x 35.000 zł). Powódka domagała się z tego tytułu 6.000 zł, a więc należało orzec o oddaleniu powództwa w pozostałej części.

Oddaleniu podlegało też roszczenie o wypłatę kwoty 5.000 zł z tytułu niezdolności powódki do pracy. Przywołane postanowienie umowne zawiera interpretację pojęcia „niezdolności do pracy”, objętego ochroną ubezpieczeniową. Zgodnie z OWU NP niezdolność do pracy jest rozumiana jako całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej trwającej nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy i mającej po zakończeniu tego okresu charakter trwały i nieodwracalny.

W ocenie Sądu przedmiotowe ubezpieczenie od ryzyka powstania niezdolności do pracy, w odróżnieniu od ubezpieczeń społecznych, ma charakter prywatnoprawny, a treść stosunku ubezpieczenia regulowana jest umową cywilnoprawną zawieraną pomiędzy stronami. Wyżej przedstawiona definicja niezdolności do pracy jest wyrazem zasady swobody umów, funkcjonującej również na gruncie ubezpieczeń osobowych (art. 353<sup>1</sup> k.c.). Zgodnie z przywołaną zasadą, strony analizowanej umowy ubezpieczenia, układając łączący je stosunek prawny, niewątpliwie zdecydowały się nadać pojęciu „niezdolność do pracy” znaczenie rygorystyczne. W zawartej umowie powódka i pozwany istotnie zawęzili bowiem potoczne rozumienie pojęcia „niezdolność do pracy” jedynie do przypadków niezdolności trwałej i nieodwracalnej. Powyższe przekonuje, że całkowita niezdolność do pracy i jakiejkolwiek działalności zarobkowej w znaczeniu nadanym przez umowę wiążącą powódkę polega na rzeczywistej, trwałej i nieodwracalnej utracie wszelkich możliwości zarobkowych. Biegły jednoznacznie wskazał zaś, że powódka nie jest trwale niezdolna do pracy, a jedynie e nie może wykonywać pracy wymagającej wzmoczonego wysiłku i przebywać długotrwale w pozycji wymuszonej. Stwierdzenia biegłego przyjęte przez Sąd jako własne, znajdują także potwierdzenie w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności, zgodnie z którym w stosunku do powódki stwierdzono lekki stopień niepełnosprawności do dnia 30 czerwca 2015 roku i gdzie zaznaczono, że powódka może korzystać z otwartego rynku pracy. Nie budziło wątpliwości Sadu, że zdrowie powódki zostało nadszarpnięte w wyniku przebytego przez nią urazu i operacji. W świetle opinii biegłego bezsporne jest, iż powódka powinna unikać ciężkich prac fizycznych, nie powinna także wykonywać każdego rodzaju pracy w wymuszonej pozycji ciała. Nie zmienia to jednak zapatrywania, że powódka nie spełnia rygorystycznych warunków, od których zawarta przez nią umowa ubezpieczenia uzależniała wypłatę przysługującego z tego tytułu świadczenia ubezpieczeniowego. Powódka ma możliwość świadczenia pracy czy wykonywania działalności zarobkowej, bowiem jej schorzenie umożliwia wykonywanie lekkich prac. Ponadto sama powódka wskazała, że ze względu na stabilny stan schorzenia nie znajduje się w sytuacji gdzie musi poddać się natychmiastowej reoperacji. W tym miejscu należy również wskazać, że powódka nie wykazała, aby nieprzerwanie przez 12 miesięcy była niezdolna do pracy. Z zaświadczenia ZUS, dołączonego do pozwu wynika bowiem, że korzystała z zasiłku chorobowego przez 340 dni (od 27.11.2011 r. do 01.12.2012 r.), a następnie po przerwie znowu korzystała z zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego przez 177 dni (od 05.10.2013 r. do 31.03.2014 r.) Tym samym powództwo w tym zakresie podlegało oddaleniu jako bezpodstawne.

Na koniec wypadu dodać, że wobec powódki nie zaszły również pozostałe dwa zdarzenia ubezpieczeniowe w postaci leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych oraz poważnego zachorowania w wariantcie IV.

OWU jako leczenie szpitalne wymieniają jedynie trwający nieprzerwanie nie mniej niż 5 dni pobyt uczestnika w szpitalu znajdującym się na terytorium kraju UE lub na terytorium Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, USA, Szwajcarii, Watykanu, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia i nie związanego z ciążą, porodem, położeniem. Powódka przebywała w szpitalu przez 3 dni (od dnia 19.12.2011 do 21.12.2011), a zatem nie spełnia przesłanek do przyznania świadczenia z tego tytułu. Schorzenie powódki nie jest też bezspornie żadnym z poważnych zachorowań w wariantcie IV wskazanych w OWU.

Z uwagi na powyższe Sąd uznał, że roszczenie powódki zasługuje na uwzględnienie jedynie w części tj. w zakresie kwoty 1.750 zł., stanowiącej procent sumy ubezpieczenia (35.000 zł), odpowiadającemu określonej procentowo wysokości

doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu (5%), oddalając powództwo w pozostałej części, o czym Sąd orzekł w pkt 1 i 2 wyroku.

O odsetkach Sąd orzekł w myśl art. 817 § 1 k.c., zgodnie z którym ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Skoro zatem szkoda została zgłoszona pozwanej w dniu 12 kwietnia 2012 r. termin 30 dni na spełnienie świadczenia upłynął w dniu 12 maja 2012 r. czyli od dnia następnego - 13 maja 2012 r. pozwana pozostawała w opóźnieniu. Biorąc jednak pod uwagę, że 13 maja 2012 roku przypadał w niedzielę (dzień ustawowo wolny od pracy) odsetki należą się powódce od dnia 14 maja 2012 r.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c., zgodnie z którym w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Powódka przegrała niniejszą sprawę w stosunku (...) i w takim też stosunku powinna pokryć koszty niniejszego postępowania. Na koszty te po stronie powódki złożyły się: 550 zł tytułem opłaty od pozwu, 2.400 zł tytułem wynagrodzenia pełnomocnika, 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa, 675,60 zł tytułem wynagrodzenia biegłego. Pozwany poniósł koszty w postaci wynagrodzenia pełnomocnika w wysokości 2.400 zł i opłaty skarbowej od pełnomocnictwa tj. 17 zł. Koszty procesu łącznie wyniosły 6.059,60 zł. Powódka z tej sumy powinna była uiścić koszty w wysokości 5.095,57 zł. Jej koszty wyniosły natomiast 3.642,60 zł, wobec tego powinna być zwrócić pozwanemu kwotę 1.452,97 zł, o czym orzeczono w punkcie 3 wyroku.

Powódka w dniu 25 czerwca 2015 roku uiściła zaliczkę na wynagrodzenie biegłego w wysokości 800 zł. Biegły na mocy postanowień Sądu otrzymał łącznie za sporządzenie opinii pisemnej i stawiennictwo na rozprawie kwotę 675,60 zł. Wobec tego powódce należało zwrócić nadpłatę w wysokości 124,40 zł, o czym orzeczono w punkcie 4 wyroku.

(...)