

Sygn. akt II Ca 843/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 kwietnia 2014 roku

Sąd Okręgowy w Szczecinie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Karina Marczak
Sędziowie:	SSO Robert Bury (spr.) SSR del. Tomasz Cegłowski
Protokolant:	sekr. sądowy Małgorzata Idzikowska-Chrzęszczewska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 15 kwietnia 2014 roku w S.

sprawy z powództwa **R. S.**

przeciwko (...) **Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w Ł.**

o zapłatę

na skutek apelacji wniesionej przez powoda

od wyroku Sądu Rejonowego w Myśliborzu

z dnia 14 maja 2013 r., sygn. akt I C 347/12 upr.

I. zmienia zaskarżony wyrok w całości w ten sposób, że:

a) **1. zasądza od pozwanego (...) Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w Ł. na rzecz powoda R. S. kwotę 3400 (trzy tysiące czterysta) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 7 grudnia 2011 roku;**

b) **2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;**

c) **3. zasądza od pozwanego (...) Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w Ł. na rzecz powoda R. S. kwotę 717 (siedemset siedemnaście) złotych tytułem kosztów procesu;**

II. oddala apelację w pozostałym zakresie;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 470 (czteryście siedemdziesiąt) złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt II Ca 843/13

UZASADNIENIE

Sąd Rejonowy w Myśliborzu wyrokiem z dnia 14 maja 2013 roku oddalił powództwo wniesione przez R. S. przeciwko (...) Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w Ł. o zapłatę kwoty 3.400 złotych. Przedmiotem roszczenia powód uczynił żądanie zapłaty odszkodowania z tytułu zabiegu artroskopii prawego kolana w dniu 17 października 2011 roku. Pozwany odmawiając świadczenia twierdził, że z załączonej do OWU tabeli wynika, że ochroną ubezpieczeniową objęta jest tylko operacja złamania kości, a u powoda przeprowadzono zabieg artroskopii w wyniku stwierdzenia obustronnej szpotawości kolan, a nie w wyniku złamania łąkotki.

Sąd ustalił, że 29 grudnia 2008 roku pozwane Towarzystwo (...) wystawiło polisę ubezpieczeniową nr (...), którą potwierdziło zawarcie na podstawie OWU umowy ubezpieczenia Rodzina & Odpowiedzialność – Pracownicze (...) -03 z ubezpieczającym (...) spółką akcyjną; ubezpieczonymi zostali pracownicy spółki. Okresem ubezpieczenia objęto 2009 rok i następne, w przypadku braku sprzeciwu. Limit świadczenia na ubezpieczonego z tytułu poddania się operacji został wyznaczony na 6.800 zł. W przypadku poddania się operacji określonej w tabeli stanowiącej załącznik do OWU wysokość świadczenia ustala się jako procent limitu świadczenia z tytułu operacji w oparciu o rodzaj operacji, zgodnie z tabelą operacji przez przyporządkowanie jej do poszczególnej grupy. Zgodnie z punktem 160 tej tabeli operacyjne leczenie prostego złamania kości łąkotki przyporządkowane jest do Grupy II i wynosi 50% limitu świadczenia. 17 października 2011 roku powoda przyjęto do szpitala im. prof. S.T. D. w P. na Oddział Urazowo – Ortopedyczny z powodu dolegliwości bólowych prawego stawu kolanowego. W wyniku przeprowadzonych badań u powoda rozpoznano obustronną szpotawość kolan. Powód został poddany artroskopii kolana prawego z dostępów przednich, w niedokrwenieniu; stwierdzono chondropatię I st. powierzchni stawu rzepkowo – udowego kości udowej i rzepki, oraz uszkodzenie horyzontalne w 1/3 łąkotki przyśrodkowej, którą zaopatrzono pojedynczym szwem F. F.. U powoda rozpoznano częściowe uszkodzenia łąkotek przyśrodkowych, które usunięto lub zeszyto, oraz zmiany zwyrodnieniowe – chondropatię. Dwa pobyty w szpitalu w 2010 i 2011 roku, doznane urazy i zmiany chorobowe oraz przebyte zabiegi operacyjne nie mają ze sobą żadnego związku. Jediną rzeczą, łączącą te hospitalizacje, to istnienie zmian zwyrodnieniowych w stawach kolanowych, które mogą być spowodowane, m. in., rozpoznaną szpotawością obu stawów kolanowych.

Sąd oddalając powództwo przyjął, że powód nie udowodnił, że miał miejsce wypadek ubezpieczeniowy. Opinię biegłego sądowego uznano za wiarygodną, jednak nie można na jej podstawie ustalić przyczyny doznanych w obu kolanach powoda urazów - czy były spowodowane tylko opisanymi zmianami chorobowymi, czy też dodatkowo miało tam miejsce działanie mechaniczne na kości stawu kolanowego, a jeśli tak, to czy na oba kolana, czy tylko jedno. W ocenie Sądu, powód nie udowodnił, że do operacyjnego leczenia kolana prawego doszło w wyniku prostego złamania kości łąkotki (poz. 160 tabeli operacji). Powód nie wystąpił z dodatkowymi wnioskami dowodowymi dla wykazania zasadności roszczenia, w tym przede wszystkim o sporządzenie opinii uzupełniającej, względnie opinii przez innego biegłego, o przesłuchanie świadków oraz powoda. W ocenie Sądu, opieranie roszczenia na takich samych podstawach prawnych, jak w przypadku kolana lewego ze względu na odmienny charakter uszkodzeń łąkotek w obu kolanach, należało uznać za nietrafne.

Wyrok został w całości zaskarżony apelacją przez powoda, który domagał się jego zmiany przez uwzględnienie powództwa ewentualnie uchylenia i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił naruszenie art. 217 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 224 k.p.c. polegające na niezasadnym pominięciu dowodu z przesłuchania powoda, art. 149 k.p.c. przez niewezwanie powoda na termin rozprawy w dniu 9 maja 2013 roku; sprzeczność ustaleń z materiałem dowodowym przejawiającą się na niesłusznym uznaniu, iż powód nie udowodnił faktu złamania łąkotki, podczas gdy ochrona ubezpieczonego obejmowała zarówno operacyjne leczenie złamania łąkotki jak i zespolenia kostne. Zarzucono błąd w ustaleniach faktycznych polegający na niezasadnym przyjęciu że ustalenie mechanizmu uszkodzenia łąkotki powoda było warunkiem koniecznym dla uznania odpowiedzialności pozwanego w sytuacji gdy zgodnie z OWU ochrona ubezpieczeniowa obejmuje operację lub zabieg chirurgiczny przeprowadzony na skutek zarówno nieszczęśliwego wypadku, jak i choroby.

W apelacji zawarto wnioski o przeprowadzenie dowodu z przesłuchania powoda w charakterze strony na okoliczności wskazane w pozwie.

Rozwijając zarzuty apelacyjne powód stwierdził, że w 2011 roku stwierdzono u niego uszkodzenie łątkotki przyśrodkowej M. M. (MM). Podczas zabiegu podjęto się wyłącznie usunięcia uszkodzenia horyzontalnego w 1/3 środkowej wskazanej łątkotki za pomocą zespolenia F. F., co potwierdza opinia biegłego. W ocenie powoda kość/chrząstka łątkotki przyśrodkowej uległa uszkodzeniu i wymagała operacyjnego zespolenia, co świadczy o przerwaniu jej ciągłości, a to z kolei mieści się w definicji złamania kości. Wbrew twierdzeniom Sądu, bez znaczenia pozostają okoliczności w jakich doszło do opisywanego uszkodzenia.

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje.

Apelacja jest zasadna.

Postępowanie apelacyjne przed sądem odwoławczym jest kontynuacją postępowania przed sądem pierwszej instancji, w dalszym ciągu następuje merytoryczne rozpoznanie sprawy, więc ustalanie faktów i ich subsumcja prawna. Sąd Odwoławczy przyjmuje za własne ustalenia faktyczne Sądu I instancji, bez ich ponownego przytaczania, jednak z poniżej wskazanymi zmianami oraz niezbędnymi uzupełnieniami. W szczególności odmiennie przedstawia się interpretacja ogólnych warunków ubezpieczenia, sąd odwoławczy ustalił także, że zaistniał wypadek ubezpieczeniowy, co skutkuje powstaniem zobowiązania ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia.

Zgodnie z art. 805 § 1 i 2 k.c. przesłanką powstania obowiązku zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest istnienie wypadku określonego w umowie (ubezpieczeniowego); przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela może polegać na zapłacie umówionej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. W rozpoznanej sprawie, wobec bezsporności istnienia umowy ubezpieczenia między powodem (ubezpieczonym) a pozwanym (ubezpieczycielem) zasadniczego znaczenia nabiera ustalenie, czy zaistniał wypadek ubezpieczeniowy. Ustalenie to musi być połączone z interpretacją ogólnych warunków ubezpieczenia, więc ustaleniem, co według treści łączącego strony stosunku zobowiązaniowego uznano za wypadek ubezpieczeniowy.

Z art. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia pracowniczego (...) wynika, że operacją chirurgiczną jest operacja lub zabieg chirurgiczny ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby zgodnie z wykazem w załączonej tabeli operacji. Dla zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego nie jest zatem konieczny nieszczęśliwy wypadek, którego w szczególności wynikiem jest złamanie kości. Dla powstania odpowiedzialności ubezpieczyciela wystarczy ustalenie, że zdarzenie opisane w tabeli operacji, w szczególności złamanie kości, jest wynikiem choroby. Z taką sytuacją mamy do czynienia w rozpoznanej sprawie – u powoda rozpoznano obustronną szpotawość kolan, a z opinii biegłego wynika, że mogło to być przyczyną zmian zwyrodnieniowych w stawach kolanowych i przyczyną obu zabiegów operacyjnych. Nietrafnie zatem Sąd I instancji obciążył powoda ciężarem dowodu faktu, czy operacja była wynikiem zmian chorobowych, czy też dodatkowo miało tam miejsce działanie mechaniczne na kości stawu kolanowego, a jeśli tak, to czy na oba kolana, czy tylko jedno (strona 5 i 6 uzasadnienia). Okoliczność ta nie ma znaczenia, jeżeli tylko zostanie ustalone, że zabieg chirurgiczny albo operację wymieniono w tabeli stanowiącej załącznik do OWU.

Z tabeli operacji wynika, że świadczenie jest przyznawane w odniesieniu do kości i stawów, podrozdział zatytułowany „złamania kości”, z dalszego zapisu wynika, że dotyczy „zespolenia kostnego, ... ,operacyjnego leczenia prostego złamania kości”, między innymi „łątkotki”. Zasadnicze znaczenie ma zatem ustalenie, czy zabieg, któremu poddano powoda, jest tym, który został opisany we wskazany wyżej sposób. Ciężar dowodu tej okoliczności, jako faktu prawotwórczego, obciążał powoda, zgodnie z art. 6 k.c.

Stosownie do art. 12 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U. z 2013, poz. 950 ze zmianami), ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być sformułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2007 roku (IV CSK 307/06) stwierdzono, że ubezpieczyciel ma

obowiązek jasnego i jednoznacznego formułowania ogólnych warunków ubezpieczenia oraz pozostałych dokumentów koniecznych przy zawarciu umowy i ponosi konsekwencje wszelkich uchybień w tym zakresie. Ogólne wskazówki interpretacyjne, zarówno normatywne jak i wypracowane w orzecznictwie, nakazują przyjąć interpretację OWU – w razie niejednoznaczności - korzystną dla ubezpieczonego.

Wobec wskazanej wyżej wskazówki interpretacyjnej zbędna staje się ocena, czy w ogóle możliwe jest – posługując się wprost nomenklaturą OWU - „zespolenie kostne łąkotki” albo, czy możliwe jest „leczenie proste złamania kości łąkotki”, więc czy w ogóle istnieją kości łąkotki. Zapis ten należy interpretować na korzyść powoda, co oznacza, że wypadkiem ubezpieczeniowym jest zespolenie, połączenie łąkotki, której ciągłość jest naruszona, zespolenie uszkodzonej łąkotki.

Z karty leczenia szpitalnego (karta 5) wynika, że u powoda stwierdzono uszkodzenie horyzontalne łąkotki w 1/3 części, co potwierdza opinia biegłego (karta 66). Z karty leczenia szpitalnego wynika także, że uszkodzenie „zaopatrzone pojedynczym szwem”, był to szew wchłaniający; z opinii biegłego wynika, że uszkodzenie łąkotki „zaopatrzone pojedynczym szwem”. Jednoznacznie wskazuje to na przerwanie ciągłości łąkotki („uszkodzenie horyzontalne”), wymagające szycia. Zabieg ten, posługując się jedynie wykładnią językową, bez konieczności sięgnięcia do opinii specjalisty, to bez wątpienia zespolenie łąkotki. Przy tej interpretacji zapisów w tabeli operacji Sąd Odwoławczy pominął sformułowanie „kości łąkotki” kierując się interpretacją korzystną dla ubezpieczonego; przyjęto zatem, że dla zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego wystarczające jest przerwanie ciągłości łąkotki, co miało miejsce w odniesieniu do powoda.

Powyższa interpretacja OWU i ustalenie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego skutkuje przyjęciem zasadności roszczenia o zapłatę kwoty 3.400 zł, zgodnie z zaszeregowaniem z tabeli operacji (II) i OWU; zaskarżony wyrok podlegał zatem zmianie na podstawie art. 386 § 1 k.p.c.

Stosownie do art. 15 ust. 3 OWU ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia żądania. Powód nie powołał twierdzeń faktycznych wskazujących na zawiadomienie ubezpieczyciela o wypadku; pierwsze pismo ubezpieczyciela odnoszące się do odmowy przyznania świadczenia pochodzi z 7 listopada 2011 roku (karta 32); przyjmując zawiadomienie w dniu 6 listopada 2011 roku, pozwany pozostaje w opóźnieniu od dnia 7 grudnia 2011 roku, co uzasadnia roszczenie o odsetki od tej daty (art. 481 § 1 k.c.) i oddalenie powództwa w pozostałym zakresie.

Sąd I instancji nie wypowiedział się procesowo w zakresie wniosku o przesłuchanie powoda w charakterze strony – wnioski ten nie został oddalony, a z uzasadnienia nie wynika jego bezprzedmiotowość. Wbrew zarzutom apelującego, Sąd nie mógł nawet potencjalnie naruszyć art. 227 k.p.c., brak jest wypowiedzi co do nieistotności faktów, które miałyby być stwierdzone dowodem z zeznań powoda. Podobnie zarzut naruszenia art. 217 § 1 k.p.c. jest chybiony – z akt nie wynika, aby powód został pozbawiony możliwości zgłaszania twierdzeń faktycznych i dowodów. Trafnie wskazano na naruszenie art. 224 k.p.c., skoro nie przeprowadzono dowodu z zeznań powoda i nie oddalono wniosku dowodowego – nie ma to jednak żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia. Powództwo zostało ostatecznie uwzględnione przy przyjęciu przed Sądem II instancji, że zgromadzony już materiał dowodowy jest wystarczający dla takiej decyzji; wniosek dowodowy o przesłuchanie powoda w charakterze strony zakwalifikowano w takiej sytuacji jako zmierzający jedynie do zwłoki w postępowaniu i podlegający pominięciu na podstawie art. 217 § 2 k.p.c. Zarzut naruszenia art. 149 k.p.c. nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia. Trafnie jednak wskazano w apelacji na błędy w ustaleniach faktycznych odnoszące się do powstania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Zmiana wyroku Sądu I instancji skutkowałą zmianą orzeczenia w przedmiocie kosztów procesu – powód wygrał sprawę i przysługuje jemu zwrot kosztów procesu (art. 98 k.p.c.) – opłata od pozwu w kwocie 100 złotych, wynagrodzenie adwokata w wysokości 600 złotych ustalone na podstawie § 6 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1348 z 2002 roku ze zmianami) oraz opłata od pełnomocnictwa w kwocie 17 złotych. Sąd I instancji nie przyznał wynagrodzenia biegłemu,

stąd niemożność ustalenia całości kosztów procesu przed Sądem I instancji. Przyznanie wynagrodzenia biegłemu powinno skutkować zmianą postanowienia w przedmiocie kosztów procesu.

Powód wygrał sprawę w postępowaniu apelacyjnym w całości, zgodnie z art. 98 k.p.c. przysługuje jemu zwrot procesu, wynagrodzenia adwokata w wysokości 300 złotych, ustalonego na podstawie § 6 pkt 3 i § 13 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu oraz opłaty od apelacji w kwocie 170 złotych.