

Sygn. akt: II C 2970/14

## **UZASADNIENIE WYROKU Z DNIA 26 LUTEGO 2016 ROKU**

### **SĄDU REJONOWEGO DLA MIASTA STOŁECZNEGO WARSZAWY**

**W (...)**

#### **I. Stanowiska stron**

Pozwem z dnia 24 listopada 2014 roku (data prezentaty, k. 2) powód S. T. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 5.000 złotych wraz z 8% odsetkami od 28 sierpnia 2014 roku do dnia zapłaty oraz kosztami postępowania i zastępstwa procesowego.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby z ustaleniem odpowiedzialności pozwanej od dnia 1 marca 2011 roku. Powód podniósł, że w okresie od 29 sierpnia 2011 roku do 19 października 2011 roku przebywał na leczeniu szpitalnym z rozpoznaniem nowotworu złośliwego gruczołu krokowego. U powoda stwierdzono również uprzednio nowotwór jelita grubego – stan po leczeniu operacyjnym w dniu 30 listopada 2010 roku. Pomimo powyższego, pozwana odmówiła wypłaty powodowi odszkodowania w wysokości 5.000 zł, według ustalonych przez strony stawek. (pozew, k. 2-3)

W odpowiedzi na pozew z dnia 21 stycznia 2015 roku (data nadania w placówce pocztowej, k. 41v.) pozwany (...) Zakład (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew pozwany wskazał, że roszczenie z tytułu ciężkiej choroby jest bezpodstawne, ponieważ w świetle ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, odpowiedzialność pozwanego nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego. Dodała, że początek odpowiedzialności datuje się wobec powoda na 1 marca 2011 roku, a już w roku 2010 u powoda został zdiagnozowany nowotwór złośliwy esicy. Z kolei w lipcu 2011 roku rozpoznano kolejny nowotwór złośliwy – gruczołu krokowego. Pozwana wskazała, że określenie „nowotwór złośliwy” jest rozumiane jako jedna z kategorii chorób, a nie samodzielna jednostka chorobowa, tym samym nowotwór złośliwy bezsprzecznie został rozpoznany u powoda przed rozpoczęciem się odpowiedzialności ubezpieczeniowej pozwanej. (odpowiedź na pozew, k. 23)

#### **II. Ustalenia faktyczne i ocena materiału dowodowego**

W listopadzie 2010 roku u S. T. zdiagnozowano nowotwór jelita grubego, który okazał się być rakiem przedinwazyjnym niezłośliwym, co oznacza, że jego usunięcie spowodowało całkowite wyleczenie (**dowody**: opinia biegłego sądowego, k. 71-72, dokumentacja medyczna, k.14-15, k. 58-67, k. 96-98).

W późniejszym okresie, S. T., jako ubezpieczony, zawarł z (...) Zakładem (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. (dalej zwany także: (...) S.A.), jako ubezpieczycielem, umowę grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...) na okres jednego roku: od dnia 1 marca 2011 roku do dnia 29 lutego 2012 roku. Strony ustaliły, że w przypadku wystąpienia zdarzenia losowego w postaci ciężkiej choroby takiej jak nowotwór, ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu odszkodowanie w wysokości 5.000 złotych. (**okoliczności niesporne**)

Do umowy zawartej przez strony zastosowanie znajdowały Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby (dalej: OWU). Zgodnie z § 2 pkt 3 OWU pojęcie ciężkiej choroby to stan objęty odpowiedzialnością (...) S.A. zdefiniowany w § 3 OWU. Jak stanowi § 3 pkt 16 OWU określenie **ciężkiej choroby** oznacza wyłącznie **tylko** taki **nowotwór złośliwy**, który oznacza chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek

i do tworzenia odległych przerzutów). Pod tym pojęciem określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenie układu limfytycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba H.) i chłoniaki nieziarnicze. Z zakresu ubezpieczenia zostały **wylączone**: a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym, b) wszystkie **guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny**, c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, d) choroba H. w pierwszym stadium, e) nowotwory będące objawem choroby (...) lub zakażenia wirusem HIV. Jednocześnie zgodnie z definicją **wystąpienia ciężkiej choroby**, jest to zaistnienie w okresie odpowiedzialności (...) S.A. m.in. okoliczności w postaci **zdiagnozowania** w przypadku: bakteryjnego zapalenia wsierdza, choroby C.-J., choroby H., choroby neuronu ruchowego, choroby P., **nowotworu złośliwego**, oponiaka, przewlekłego zapalenia wątroby, sepsy, stwardnienia rozsianego, udaru, utraty słuchu lub utraty wzroku nie spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem i zawału serca. Zgodnie z § 4 OWU przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego. Stosownie do § 5 OWU zakres ubezpieczenia w każdym z wariantów obejmował wystąpienie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności (...) S.A. ciężkiej choroby w postaci nowotworu złośliwego. Zgodnie z § 6 OWU (...) S.A. zobowiązało się do wypłacenia świadczenia w przypadku wystąpienia ciężkiej choroby w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia. W § 19 zastrzeżono, że **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. (dowód: Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, k. 52-55)**

W lipcu 2011 roku u S. T. został rozpoznany nowotwór prostaty, który jest nowotworem złośliwym i wymaga leczenia oraz długoletniej obserwacji. Nowotwór ten został rozpoznany po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej i zweryfikowany badaniem histopatologicznym w procesie hospitalizacji pomiędzy 29 sierpnia 2011 roku a 19 października 2011 roku. Nowotwór prostaty jest schorzeniem samoistnym i niezależnym od nowotworu jelita, który został całkowicie wyleczony w listopadzie 2010 roku. Stopień zaawansowania nowotworu określa się jako (...) i zostaje wykryty przy podwyższonym poziomie markeru PSA. Podwyższone wartości PSA u S. T. zostało wykryte w maju 2011 roku i wynosiło 5,6 ng/mL. (**dowody**: opinia biegłego sądowego, k. 71-72, dokumentacja medyczna, k.14-15, k. 58-67, k. 96-98)

W dniu 14 lutego 2014 roku ubezpieczony S. T. zgłosił w (...) S.A. wystąpienie zdarzenia w postaci nowotworu złośliwego prostaty i zażądał zapłaty świadczenia w wysokości 5.000 zł. W dniu 3 marca 2014 roku (...) S.A. odmówiło wypłaty świadczenia (**okoliczności niesporne**).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w zasadniczej mierze w oparciu o okoliczności niesporne między stronami takie jak: fakt zawarcia przez strony umowy ubezpieczenia, jej przedmiot, początek odpowiedzialności pozwanej określony na 1 marca 2011 roku, fakt zdiagnozowania u powoda w listopadzie 2010 roku nowotworu jelita grubego i następnie w lipcu 2011 roku nowotworu złośliwego prostaty, fakt wezwania pozwanej przez powoda do wypłaty świadczenia w wysokości 5.000 złotych oraz wreszcie fakt odmowy wypłaty tego odszkodowania. Okoliczności te jako niesporne nie wymagały przeprowadzenia co do nich postępowania dowodowego.

Ponadto przy szczegółowym ustaleniu treści umowy ubezpieczenia łączącej strony, Sąd posłużył się załączonymi przez pozwaną Ogólnymi warunkami dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, które znajdowały w niniejszej sprawie zastosowanie. Autentyczność tego dokumentu, jak też jego wiarygodność nie była kwestionowana przez strony i nie budziła wątpliwości Sądu.

W niniejszej sprawie w celu ustalenia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy niezbędnym okazało się zasięgnięcie wiadomości specjalnych, dlatego Sąd uwzględnił wniosek pozwanej i dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego lekarza specjalisty onkologa na okoliczności ustalenia: a) czy nowotwór złośliwy, który rozpoznano u powoda w lipcu 2011 roku wystąpił u ubezpieczonego przed dniem 01 marca 2011 roku a tym samym czy ciężka choroba (nowotwór złośliwy) wystąpiła przed początkiem odpowiedzialności tj. przed dniem 01 marca 2011 roku, b) czy nowotwór jelita zdiagnozowany u powoda w 2010 roku był nowotworem złośliwym i czy nowotwór ten został całkowicie wyleczony przed dniem 01 marca 2011 roku, c) czy nowotwór prostaty był w przypadku powoda

schorzeniem samoistnym niezależnym od nowotworu jelita, czy też konsekwencją wcześniej zdiagnozowanej choroby onkologicznej – raka jelita, d) czy nowotwór prostaty wystąpił u powoda przed dniem 01 marca 2011 roku a stan zaawansowania choroby na dzień 01 marca 2011 roku dawał objawy umożliwiające zdiagnozowanie go przed tą datą. Opinia została sporządzona przez biegłego sądowego w sposób profesjonalny, w oparciu o dostępną mu dokumentację medyczną i w ocenie Sądu jest jasna, konkretna i w precyzyjny sposób odpowiada na zadane przez Sąd pytania. Należy wskazać, że jedynie na ostatnie pytanie biegły sądowy nie był w stanie w sposób jednoznaczny odpowiedzieć z uwagi na brak wystarczającej dokumentacji medycznej. Niemniej analiza udzielonych odpowiedzi na pozostałe pytania w kontekście Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, w zupełności wystarczała do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Należy ponadto zauważyć, że opinia ta nie była kwestionowana przez żadną ze stron, dlatego też Sąd w oparciu o nią i dokumentację medyczną ustalił okoliczności związane z przebiegiem chorób nowotworowych u powoda.

### **III. Uzasadnienie prawne i motywacja rozstrzygnięcia**

Powództwo było zasadne i zasługiwało na uwzględnienie w przeważającej mierze. Oddaleniu podlegało jedynie żądanie odsetkowe, a i ono - w niewielkim zakresie.

W pierwszej kolejności należy wskazać, iż powód wywodził roszczenie będące przedmiotem niniejszego postępowania z zawartej z pozwanym umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Przywołać należy zatem treść art. 805 § 1 k.c., w świetle którego 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. Zgodnie z art. 805 § 2 pkt 2 k.c. przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie to polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Natomiast ubezpieczenie osobowe zgodnie z przepisem art. 829 § 1 pkt 2 k.c. może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków – uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku. Zawarcie umowy potwierdzone jest dokumentem ubezpieczenia, przy czym umowa ta - jako umowa adhezyjna - najczęściej zawierana jest na podstawie stosowanych przez ubezpieczyciela ogólnych warunków ubezpieczenia. Treści ogólnych warunków ubezpieczyciel nie uzgadnia się z ubezpieczonym i podaje je jedynie do jego wiadomości, co w sytuacji odmowy zaakceptowania ich zapisów, stanowi przeszkodę zawarcia umowy. Obowiązek spełnienia świadczenia przez zakład ubezpieczeń uzależniony jest od tego, czy zaistniało zdarzenie, które wymienione zostało przez dany zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia lub w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Istota zagadnienia, które rzutuje wprost na rozstrzygnięcie sporu w niniejszej sprawie sprowadza się do odpowiedzi na pytanie, czy zdiagnozowany u powoda w lipcu 2011 roku nowotwór złośliwy prostaty objęty jest - w okolicznościach sprawy - ubezpieczeniem na wypadek ciężkiej choroby. W tej kwestii niewątpliwie podstawowe znaczenie ma wykładnia postanowień umowy ubezpieczenia, zawartej przez strony, w której ubezpieczycielem jest pozwane Towarzystwo (...). Integralną część zawartej umowy stanowiły Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) Zakładu (...) na (...) S.A. nr (...) z dnia 23 czerwca 2010 r.

Okoliczności zawarcia umowy ubezpieczenia jak również ustalenie początku odpowiedzialności pozwanego na dzień 1 marca 2011 roku nie były sporne między stronami. Natomiast okoliczności przebiegu dwóch niezależnych chorób nowotworowych u powoda (jelita grubego i prostaty) Sąd ustalił na podstawie wiadomości specjalnych dostarczonych przez biegłego sądowego. Na podstawie sporządzonej przez niego opinii, Sąd ustalił, że w listopadzie 2010 roku u powoda został zdiagnozowany nowotwór jelita grubego, który okazał się rakiem przedinwazyjnym niezłośliwym, co oznacza, że jego usunięcie spowodowało całkowite wyleczenie. Następnie, w lipcu 2011 roku u S. T. został rozpoznany nowotwór prostaty, który – w przeciwieństwie do tego pierwszego - jest nowotworem złośliwym i wymaga leczenia oraz długoletniej obserwacji. Nowotwór ten został rozpoznany po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej (już po 1 marca 2011 roku) i zweryfikowany badaniem histopatologicznym w procesie hospitalizacji pomiędzy 29 sierpnia 2011 roku a

19 października 2011 roku. Jak wskazał biegły sądowy, nowotwór prostaty jest schorzeniem samoistnym i niezależnym od nowotworu jelita, który został całkowicie wyleczony w listopadzie 2010 roku.

Spór między stronami sprowadza się w istocie do interpretacji § 19 OWU. Zgodnie z tym postanowieniem umownym odpowiedzialność pozwanej nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności pozwanej w stosunku do ubezpieczonego. W ocenie pozwanej nie jest ona zobowiązana do wypłaty powodowi świadczenia, bowiem początek odpowiedzialności datuje się wobec powoda na 1 marca 2011 roku, a już w roku 2010 powód miał zdiagnozowany nowotwór złośliwy esicy. Z kolei w lipcu 2011 roku rozpoznano kolejny nowotwór złośliwy – gruczołu krokowego. Pozwana wskazała, że określenie „nowotwór złośliwy” jest rozumiane jako jedna z kategorii chorób, a nie samodzielna jednostka chorobowa, tym samym nowotwór złośliwy bezsprzecznie został rozpoznany u powoda przed rozpoczęciem się odpowiedzialności ubezpieczeniowej pozwanej. Powód konsekwentnie nie zgadzał się z taką interpretacją postanowień umowy dokonaną przez pozwaną i twierdził, że pozwana powinna wypłacić mu świadczenie.

W ocenie Sądu Rejonowego, argumenty pozwanego są całkowicie chybione.

Należy wskazać, że powództwo okazało się w całości zasadne na podstawie opracowanych przez samego pozwanego Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby i opinii biegłego sądowego. Z opinii biegłego sądowego w sposób jednoznaczny wynika, że uprzedni nowotwór jelita grubego nie był złośliwy oraz był samodzielną i niezależną jednostką chorobową od późniejszego nowotworu prostaty. Biegły sądowy podkreślił, że nowotwór prostaty jest schorzeniem samoistnym i niezależnym od nowotworu jelita, który został całkowicie wyleczony w listopadzie 2010 roku. W konsekwencji, twierdzenie pozwanej, że określenie „nowotwór złośliwy” jest rozumiane jako jedna z kategorii chorób, a nie samodzielna jednostka chorobowa i tym samym nowotwór złośliwy został rozpoznany u powoda przed rozpoczęciem się odpowiedzialności ubezpieczeniowej pozwanej, jest całkowicie błędne. Wbrew argumentacji pozwanej łagodny guz jelita grubego a złośliwy rak prostaty to dwie odrębne jednostki chorobowe, z których tylko ta druga została objęta ubezpieczeniem. Należy bowiem wskazać, że jak stanowi § 3 pkt 16 OWU określenie ciężkiej choroby oznacza wyłącznie tylko taki nowotwór złośliwy, który oznacza chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza. Oznacza to, że zdiagnozowany przed rozpoczęciem odpowiedzialności pozwanej w roku 2010 nowotwór jelita grubego, nie mógł w ogóle być uznany za objęty ochroną ubezpieczeniową, bo nie był złośliwy, a w konsekwencji nie był „ciężką chorobą” w myśl definicji zawartej w § 3 pkt 16 OWU. Następnie, należy zauważyć, że zgodnie z definicją wystąpienia ciężkiej choroby, jest to zaistnienie w okresie odpowiedzialności pozwanej okoliczności w postaci zdiagnozowania w przypadku m. in. nowotworu złośliwego. Nie jest zatem okolicznością istotną dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, kiedy powód zachorował na ciężką chorobę, a jedynie kiedy choroba taka została zdiagnozowana. Miało to miejsce już po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej (po 1 marca 2011 roku) – w lipcu 2011 roku, a ponadto zgodnie z wymaganiami OWU nowotwór stercza został rozpoznany i zweryfikowany badaniem histopatologicznym w procesie hospitalizacji pomiędzy 29 sierpnia 2011 roku a 19 października 2011 roku (k. 14-15). W konsekwencji, całkowicie chybiona, ponieważ podjęta contra OWU okazała się próba dowodzenia przez pozwaną, że nowotwór złośliwy prostaty wystąpił u ubezpieczonego przed 01 marca 2011 roku, czyli przed początkiem odpowiedzialności. Jeszcze raz należy podkreślić, że guz esicy nie był złośliwy i nie pozostawał z żadnym związkiem z nowotworem stercza. Jak zostało wskazane powyżej, § 19 OWU wyłącza odpowiedzialność za choroby, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności. Niewątpliwie co do nowotworu prostaty w przypadku pozwanego nie rozpoczęto postępowania diagnostyczno-leczniczego przed dniem 01 marca 2011 roku, lecz po tej dacie. Raz jeszcze godzi się podkreślić: nie ma jednej choroby nowotworowej – jest tyle nowotworów, ile struktur organizmu ludzkiego może być objętych rakiem. Z kolei przekonywanie Sądu poprzez bezpodstawne sugerowanie, iż rak stercza wystąpił przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej jest niedorzecznością z racji tego, że wedle § 2 pkt 3 OWU w przypadku nowotworu złośliwego pojęcie „wystąpienia ciężkiej choroby” użyte m. in. w § 19 OWU rozumie się jako zdiagnozowanie. Nie ulega wątpliwości, że diagnoza raka prostaty, zweryfikowana badaniem histopatologicznym została po raz pierwszy sformułowana podczas hospitalizacji w 2011 roku.

W tym miejscu należy wskazać, iż w orzecznictwie Sądu Najwyższego, podkreśla się, że **przy wykładni postanowień ubezpieczenia, w tym ogólnych warunków ubezpieczenia należy uwzględnić cel umowy i interesy ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego**. Ten kierunek orzecznictwa znalazł zresztą normatywny wyraz w art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. w działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151 ze zm.). Zgodnie z tym przepisem postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 września 2008 r., I CSK 64/08). Ponadto, **przy wykładni woli stron umowy ubezpieczenia nie można abstrahować od tego, że w świadomości społecznej ukształtowało się rozumienie takiej umowy jako ubezpieczenia szerokiego, obejmującego z reguły wszystkie zdarzenia określone mianem ciężkiej choroby wymienione przez strony w umowie, toteż wszelkie wyłączenia takiej odpowiedzialności powinny być zarówno w ogólnych warunkach ubezpieczenia jak i umowie jednoznacznie i wyraźnie określone, tak, by ubezpieczający już w chwili zawierania umowy wiedział jednoznacznie, jakie zdarzenia nie są objęte ubezpieczeniem**. Z tego punktu widzenia niedopuszczalne jest niejednoznaczne formułowanie zakresu odpowiedzialności i wyłączeń, odsyłanie do aktów prawnych czy regulacji niezalączonych do umowy, używanie niejasnych sformułowań, umieszczanie wyłączeń w takiej formie i w takich miejscach ogólnych warunków lub umowy, że ich poszukiwanie i odniesienie do przedmiotu umowy jest utrudnione. Wszystkie tego rodzaju uchybienia powinny być brane pod uwagę na korzyść ubezpieczającego przy wykładni woli stron umowy ubezpieczenia i powinny prowadzić do przyjęcia takiej jego woli oraz treści umowy ubezpieczenia, do jakiej zawarcia doszłoby zgodnie z wolą ubezpieczającego, gdyby wspomnianych uchybień nie było (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2007 r. IV CSK 307/06). Wskazuje się również, iż warunki umów, stanowiące integralną część zawartej przez strony umowy ubezpieczenia, podlegają wykładni według reguł określonych w art. 65 § 2 k.c., gdy ich postanowienia nie są precyzyjne i stwarzają wątpliwości co do ich istotnej treści. Kluczowa jest w tym kontekście nie literalna treść postanowień umowy, ale właśnie zgodny zamiar stron. Wykładnia ta nie może pomijać celu, w jakim umowa została zawarta, a także natury i funkcji zobowiązania. Celem umowy 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 (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2004 r., V CK 481/03). Natomiast kwestią kluczową w niniejszej sprawie jest, iż postanowienia OWU sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego uposażonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2003 r., V CK 35/03).

W świetle poczynionych powyżej uwag natury ogólnej, nie ulega wątpliwości, iż to na pozwanej ciążył obowiązek jasnego oraz precyzyjnego sformułowania OWU, w tym ewentualnych wyłączeń jej odpowiedzialności. W niniejszej sprawie z zakresu ubezpieczenia zostały jedynie wyłączone: a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym, b) wszystkie guzy, gdzie po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny, c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, d) choroba H. w pierwszym stadium, e) nowotwory będące objawem choroby (...) lub zakażenia wirusem HIV oraz odpowiedzialność za choroby, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności. W konsekwencji, za niedopuszczalną należy uznać stosowanie przez pozwanego wykładni postanowień OWU, w myśl której określenie „nowotwór złośliwy” jest rozumiane jako jedna z kategorii chorób, a nie samodzielna jednostka chorobowa. Taka interpretacja oznaczałaby, że osoba, u której został zdiagnozowany nowotwór złośliwy i który następnie zostanie wyleczony przed rozpoczęciem odpowiedzialności, nigdy już nie będzie mogła otrzymać świadczenia, niezależnie od tego ile innych nowotworów złośliwych zostanie u takiej osoby wykrytych już po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej. Jeżeli pozwana w ten sposób traktuje § 19 OWU, powinna precyzyjnie to sformułować, aby ubezpieczony wiedział przed zawarciem umowy, że nie otrzyma w takiej sytuacji świadczenia, co mogłoby go skłonić do niezawierania takiej umowy. W obecnym zaś kształcie postanowień OWU, tę nieprecyzyjność należy rozumieć na korzyść ubezpieczonego.

Ostatecznie w ocenie Sądu należało uznać, iż pozwana jest zobowiązana do zapłaty powodowi świadczenia, albowiem w okresie odpowiedzialności ubezpieczeniowej doszło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci

zdiagnozowania ciężkiej choroby będącej nowotworem złośliwym. Natomiast stosownie do § 6 OWU pozwana zobowiązała się do wypłacenia świadczenia w przypadku wystąpienia ciężkiej choroby w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia. Obowiązek zapłaty świadczenia wynika również z przytoczonego już art. 805 § 1 k.c. Wysokość należnego świadczenia w kwocie 5.000 zł wynika z załącznika do umowy, nadto nie była przez pozwaną kwestionowana, zatem Sąd na podstawie art. 230 k.p.c. uznał za przyznaną okoliczność wysokości świadczenia.

Mając na uwadze wszystkie powyższe uwagi, Sąd w punkcie pierwszym wyroku zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę w wysokości 5.000 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 28 sierpnia 2014 roku – przyjmując tę datę zgodnie z żądaniem pozwu. Pozwana nie kwestionowała okoliczności wymagalności odsetek, a zważywszy że szkoda została zgłoszona 14 lutego 2014 roku, roszczenie było wymagalne niewątpliwie już 28 sierpnia 2014 roku, gdyż 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 świetle treści żądania pozwu i jego uzasadnienia nie ma wątpliwości, że powód dochodzi odsetek ustawowych za opóźnienie, które wynosiły na dzień wytoczenia powództwa 8%. Są to jednak odsetki zmienne i na początku okresu odsetkowego, wynosiły nie 8%, lecz (do dnia 22 grudnia 2014 roku) 13%. Skoro jednak powód ograniczył żądanie odsetkowe za ten okres (od 28 sierpnia 2014 roku do 22 grudnia 2015 roku) do 8% to należało orzec zgodnie z żądaniem pozwu, gdyż stosownie do treści przepisu art. 321 § 1 k.p.c. Sąd nie może orzekać ponad żądanie. Należy ponadto dodać, że od 1 stycznia 2016 roku wysokość odsetek ustawowych za opóźnienie została obniżona z 8% do 7% (1,5% stopa referencyjna plus dodatkowo 5,5 %) i dlatego w tym zakresie roszczenie odsetkowe należało uwzględnić tylko częściowo i w pozostałym zakresie powództwo oddalić.

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 nieznaczącej części swego żądania. Niniejszą sprawę przegrał niemal w całości pozwany; wygrał bowiem jedynie w zakresie oddalenia powództwa dotyczącego niewielkiej części roszczenia odsetkowego. W konsekwencji, jest ona zobowiązana do zwrotu powodowi całości poniesionych kosztów procesu, na które składają się: kwota 100 zł uiszczona tytułem należnej opłaty sądowej od pozwu, kwota 17 zł uiszczona tytułem opłaty skarbowej oraz kwota 600 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego ustalona stosownie do § 6 pkt 3 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 (Dz.U. Nr 163 Poz. 1349), co łącznie daje kwotę 717 zł, którą Sąd zasądził od pozwanej na rzecz powoda w punkcie III sentencji wyroku.

Ponadto, na podstawie art. 80 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd nakazał wypłacić powodowi ze środków Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy w W. kwotę 150 zł tytułem różnicy pomiędzy uiszczoną a należną opłatą sądową od pozwu. Na tej samej podstawie w związku z art. 84 ust. 2 tejże ustawy Sąd nakazał wypłacić pozwanej ze środków Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy w W. kwotę 217,56 zł tytułem niewykorzystanej części zaliczki na poczet kosztów przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego. Ponieważ wynagrodzenie w kwocie 382,44 zł zostało wypłacone biegłemu sądowemu tymczasowo ze Skarbu Państwa, Sąd zarządził przeksięgowanie tej kwoty z rachunku sum na zlecenie na konto sum Skarbu Państwa, z którego zrealizowano wypłatę przyznanego biegłemu wynagrodzenia.

Mając na uwadze powyższe, orzeczono jak w sentencji wyroku.

**(...)**

(...)

(...)