

**Sygn. akt I C upr 1030/16**

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 31 stycznia 2017 roku

**Sąd Rejonowy w Środzie Śląskiej Wydział I Cywilny**

w składzie: Przewodniczący SSR Bartłomiej Rajca

Protokolant: Mirosława Mękarska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 17 stycznia 2017 roku w Ś.

sprawy z powództwa S. K.

przeciwko (...) Zakład (...) na (...) SA z/s w W.

o zapłatę

oraz sprawy z powództwa E. K.

przeciwko (...) Zakład (...) na (...) SA z/s w W.

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej (...) Zakład (...) na (...) SA z/s w W. na rzecz powoda S. K. kwotę 6.000 zł (sześć tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 04.07.2016 r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 2.650 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;

III. zasądza od strony pozwanej (...) Zakład (...) na (...) SA z/s w W. na rzecz powódki E. K. kwotę 3.000 zł (trzy tysiące złotych) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 04.07.2016 r. do dnia zapłaty;

IV. zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 1.331,88 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Zarządzenia:

1. odnotować,
2. kal. 21 dni,
3. po ew. prawomocności zwrócić niewykorzystane zaliczki

31.01.2017r.

## UZASADNIENIE

**Sprawa I C upr (...)**

Pozwem wniesionym w dniu 16.09.2016 r. przeciwko stronie pozwanej (...) Zakład (...) na (...) S.A. z/s w W. powódka E. K. wniosła o zasądzenie od strony pozwanej na swoją rzecz kwoty 3.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 04.07.2016 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od strony pozwanej kosztów

postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu powódka wskazała, iż dochodzi od strony pozwanej kwoty wynikającej z pozwu tytułem odszkodowania należnego jej w związku z umową ubezpieczenia nr (...) – Grupowe Ubezpieczenie typu P (...) Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby małżonka.

Powódka jako pracownik (...) Sp. z o.o. z/s w W. przystąpiła z dniem 1 maja 2016 r. do dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka (polisa nr (...)). Na mocy postanowień umowy zakresem ubezpieczenia objęta została ciężka choroba małżonka ubezpieczonej, a w razie ziszczenia się tego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel (pозwany) zobowiązany został do zapłaty powódce należnej jej z tego tytułu kwoty odszkodowania w wysokości 3.000 zł.

W dniu 24 maja 2016 r. (a zatem po objęciu powódki wskazanym wyżej ubezpieczeniem) u małżonka powódki zdiagnozowany został nowotwór jelita grubego. W związku z tym powódka wystąpiła do strony pozwanej jako ubezpieczyciela z wnioskiem o wypłatę na jej rzecz należnego jej roszczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia nr (...). Pismem z dnia 22 czerwca 2016 r. strona pozwana odmówiła wypłaty świadczenia. W uzasadnieniu swojego stanowiska wskazała, że postępowanie diagnostyczno-lecznicze u małżonka powódki rozpoczęło się w dniu 26 kwietnia 2016 r. (a zatem w ocenie strony pozwanej jeszcze przed przystąpieniem do ubezpieczenia). Powołując się natomiast na § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby (owgu), zgodnie z którym odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u małżonka ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) na (...) SA, strona pozwana odmówiła wypłaty odszkodowania.

Nie zgadzając się z decyzją ubezpieczyciela, powódka pismem z dnia 05.07.2016 r. złożyła odwołanie od tej decyzji. Powódka zarzuciła, że postępowanie diagnostyczno-lecznicze, w wyniku którego doszło do stwierdzenia u jej małżonka choroby nowotworowej jelita grubego miało miejsce w maju 2016 r. (a zatem w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową). Z kolei wizyta małżonka powódki w Zespole (...) w K. w dniu 26 kwietnia 2016 r. (na którą to okoliczność powoływała się strona pozwana) miała charakter jedynie rutynowej wizyty kontrolnej, w ramach której zlecono przeprowadzenie małżonkowi powódki podstawowych badań (morfologia krwi, OB, ciśnienie krwi). W wyniku tych badań nie została jednak postawiona żadna diagnoza, a jedynie skierowano ubezpieczonego do szpitala i zlecono wykonanie dalszych badań. W maju 2016 r. przeprowadzono małżonkowi powódki specjalistyczne badania, które wykazały nieprawidłowości w obrębie jelita grubego, co z kolei było podstawą do zainicjowania postępowania diagnostyczno-leczniczego ukierunkowanego na schorzenie nowotworowe.

W odpowiedzi na pismo powódki strona pozwana podtrzymała swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie.

Jako podstawę dochodzonego roszczenia powódka wskazała przepis art. 805 § 1 i 2 Kc. Powódka podniosła, że strona pozwana błędnie przyjęła, że w niniejszej sprawie postępowanie diagnostyczno-lecznicze, w wyniku którego stwierdzono chorobę nowotworową u małżonka powódki nastąpiło przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, a zatem przed dniem 1 maja 2016 r. Zdaniem powódki okoliczność taka nie może być ustalona w oparciu o § 19 owgu, którego treść jest niejednoznaczna, nie wskazuje w sposób precyzyjny momentu, przed którym odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, a co za tym idzie powinna być interpretowana zgodnie z treścią art. 65 § 2 Kc. Nadto wbrew stanowisku strony pozwanej sama wizyta w Zespole (...), ograniczająca się jedynie do przeprowadzenia rutynowych, kontrolnych badań (bez sprecyzowania konkretnej jednostki chorobowej oraz postawienia diagnozy) nie może wskazywać na fakt, że u danego pacjenta rozpoczął się proces diagnostyczno-leczniczy.

Zdaniem powódki z brzmienia postanowienia § 19 owgu nie wynika, aby zasadnym było powoływanie się na ten zapis. Już samo literalne brzmienie użytych w nim zwrotów tj. że odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje ciężkich chorób które „wystąpiły” oraz „z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze” wskazuje, że odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona tylko w tych przypadkach, w których ubezpieczony wiedział o swoim schorzeniu w chwili zawierania umowy ubezpieczeniowej. O wystąpieniu danej jednostki chorobowej można

mówić w momencie jej zdiagnozowania tj. pozyskania odpowiednich wyników badań dających jednoznaczny obraz występującego u danego pacjenta schorzenia. Nadto również ciężka choroba może stać się powodem wszczęcia postępowania diagnostyczno-leczniczego tylko w przypadku, gdy jest u pacjenta stwierdzona (co oznacza, że ubezpieczony musiałby mieć o niej wiedzę). Zdaniem powódki nie można zatem inaczej interpretować postępowania diagnostycznego, jak tylko dotyczącego takiego postępowania, co do którego jest pewność, jakiej choroby dotyczy. Należy zatem przyjąć, że dokonując wykładni postanowień zawartych w § 19 owgu należy uznać, że odpowiedzialność strony pozwanej nie obejmuje ciężkich chorób, które już wystąpiły, a nie były jednocześnie leczone lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze. W tym drugim przypadku chodzić mogło jedynie o takie sytuacje, w których ubezpieczony chorobę znał, była ona leczona, a w ramach leczenia dokonywano również jej diagnostyki, bądź odwrotnie – w ramach diagnostyki określonej choroby, leczono ją. Powyższe było możliwe jedynie w warunkach wiedzy o chorobie. Świadczy o tym sformułowanie odnoszące się do niej „z powodu której” to podjęto wskazane wyżej postępowanie. Inaczej mówiąc powoływany zapis § 19 owgu nie może być rozumiany inaczej, jak tylko w ten sposób, że wyłączone z ubezpieczenia są tylko te ciężkie choroby, o których ubezpieczony w chwili przystąpienia do umowy wiedział. Bowiemy inna interpretacja tego przepisu byłaby sprzeczna z celem umowy ubezpieczenia. Celem zawartej umowy jest objęcie ochroną ubezpieczeniową ciężkich chorób, które powstały w okresie ubezpieczenia. Nie można inaczej interpretować powstania choroby niż z momentem jej zdiagnozowania.

Zdaniem powódki należy zaakceptować więc pogląd, że momentem, w którym rozpoczyna się postępowanie diagnostyczno-lecznicze choroby nowotworowej organu nie jest moment, w którym stwierdzono nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu czy też podjęcia doraźnych działań zmierzających do ustabilizowania funkcjonowania organizmu, lecz działania diagnostyczne skierowane bezpośrednio w celu rozpoznania i leczenia skonkretyzowanej jednostki chorobowej. Dopiero bowiem powyższe prowadzi w sposób bezpośredni do wykrycia i leczenia nowotworu. Tym samym postępowanie diagnostyczno-lecznicze w zakresie stwierdzonej u małżonka powódki ciężkiej choroby w rozumieniu § 19 owgu rozpoczęło się w okresie objętym odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą nr nr (...).

Powódka podniosła też, że w zawartej ze stroną pozwaną umowie ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka występowała jako konsument. Zatem jako względem strony słabszej należy uwzględnić przewidywaną dla niej szczególną ochronę roztaczaną przez prawo. Zgodnie z art. 358 § 2 Kc niejednoznaczne postanowienia wzorca umowy powinny być tłumaczone na korzyść konsumenta. Jak już wyżej wskazano, takim postanowieniem jest regulacja zawarta w § 19 owgu, co jednoznacznie wskazuje na konieczność jego interpretacji na korzyść powódki. Nadto, co równie istotne, ustalenie zakresu zobowiązania strony pozwanej nie może odbywać się wyłącznie na podstawie samego brzmienia postanowień owgu, z pominięciem zgodnej woli stron umowy określonej przy zastosowaniu przesłanek wynikających z art. 65 § 2 Kc. Jak wskazano powyżej postanowienia § 19 owgu nie są jednoznaczne, co z kolei przemawia za koniecznością dokonania ich wykładni z uwzględnieniem zgodnego zamiaru stron, a nadto celu zawartej umowy. Nie można bowiem tracić z pola widzenia, że umowa ubezpieczenia pełni funkcje ochronną i przy wykładni jej postanowień należy mieć na względzie przede wszystkim jej zasadniczy cel (tak też wyrok SN z 09.10.202 r., IV CKN 1421/00). Z tego punktu widzenia konieczność dokonania wykładni woli stron umowy i oceny rozumienia przez nie zarówno postanowień umowy, jak i postanowień owgu, wymaga zawsze uwzględnienia również okoliczności, w których doszło do złożenia oświadczeń woli i zawarcia umowy ubezpieczenia oraz celu, dla którego ubezpieczenie jest zawierane.

Powódka reasumując wskazała, że postępowanie diagnostyczno-lecznicze małżonka ubezpieczonej rozpoczęło się po przystąpieniu do dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka – choroba nowotworowa została bowiem stwierdzona w dniu 24.05.2016 r. W dniu 04 maja 2016 r. małżonek powódki został skierowany do szpitala celem wykonania szczegółowych badań i dopiero w wyniku ich przeprowadzenia możliwym stało się zdiagnozowanie występujących u niego dolegliwości (oraz prowadzenia postępowania diagnostyczno-leczniczego pod kątem ewentualnej choroby nowotworowej). Dopiero zatem w dniu 24 maja 2016 r. u małżonka powódki stwierdzony został nowotwór jelita grubego, w tym też dniu powódka oraz jej małżonek powzięli informację o chorobie. Wcześniejsza wizyta małżonka powódki w Zespole (...) w K. w dniu 26 kwietnia 2016 r. miała charakter

jedynie rutynowej wizyty kontrolnej, w ramach której zlecono przeprowadzenie małżonkowi powódki standardowych badań takich jak morfologia krwi, OB, ciśnienie krwi, badanie moczu. Na ich podstawie nie było jednak możliwości postawienia diagnozy czy też podjęcia decyzji odnośnie dalszego leczenia. W tym dniu powódka ani jej małżonek nie wiedzieli o chorobie nowotworowej, nie została ona bowiem u pacjenta stwierdzona. Stąd też nie sposób zgodzić się ze stanowiskiem strony pozwanej, aby to właśnie ta data (26 kwietnia 2016 r.) wyznaczała moment rozpoczęcia postępowania diagnostyczno-leczniczego małżonka powódki pod kątem stwierdzonej u niego choroby nowotworowej. Choroba ta została stwierdzona znacznie później (w momencie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej), stąd też za w pełni zasadne należy uznać żądanie powódki skierowane do strony pozwanej.

Roszczenie w zakresie odsetek powódki uzasadniła treścią art. 481 § 1 Kc. Za datę początkową ich naliczania należy przyjąć, zgodnie z wyznaczonym przez art. 817 § 1 Kc 30-dniowym terminem od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, dzień 4 lipca 2016 r. Powódka zgłosiła bowiem do ubezpieczyciela wnioski o wypłatę świadczenia w dniu 03 czerwca 2016 r., a zatem od dnia 4 lipca 2016 r. strona pozwana pozostaje w zwłoce z wypłatą należnego powódce odszkodowania.

### ***Sprawa I C 1031/16***

Pozwem wniesionym również w dniu 16.09.2016 r. przeciwko tej samej stronie pozwanej powód S. K. wniósł o zasądzenie od strony pozwanej na swoją rzecz kwoty 6.000 zł (prostując w tym zakresie na rozprawie w dniu 02.11.2016 r. omyłkę pisarską zawartą w rubryce 6.1 pozwu) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 04.07.2016 r. do dnia zapłaty tytułem oraz o zasądzenie od strony pozwanej kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu powód wskazała, iż dochodzi od strony pozwanej kwoty wynikającej z pozwu tytułem odszkodowania należnego mu w związku z umową ubezpieczenia nr (...) – Grupowe Ubezpieczenie typu P (...) Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby.

Na mocy postanowień umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia typu P (...) (polisa nr (...)), do której przystąpiła z dniem 1 maja 2016 r. małżonka powoda – E. K. (powódka ze sprawy I C 1030/16) jako pracownik (...) Sp. z o.o. z/s w W., zakresem ubezpieczenia objęta została ciężka choroba powoda jako małżonka ubezpieczonej, a w razie ziszczenia się tego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel (strona pozwana) zobowiązany został do zapłaty powodowi należnej mu z tego tytułu kwoty odszkodowania w wysokości 6.000 zł. Ze względu na fakt, iż w dniu 24 maja 2016 r. u powoda zdiagnozowany został nowotwór jelita grubego, również powód wystąpił do strony pozwanej jako ubezpieczyciela z wnioskiem o wypłatę na jego rzecz należnego mu roszczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia nr (...). Pismem z dnia 23 czerwca 2016 r. strona pozwana również powodowi odmówiła wypłaty świadczenia. W uzasadnieniu swojego stanowiska strona pozwana podniosła te same argumenty, co wobec roszczenia powódki. Również powód, nie zgadzając się z decyzją ubezpieczyciela, pismem z dnia 05.07.2016 r. złożył odwołanie od tej decyzji. Powód podniósł takie same zarzuty co powódka w swoim odwołaniu. W odpowiedzi na pismo powoda strona pozwana również podtrzymała swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie.

Jako podstawę dochodzonego roszczenia również powód wskazał przepis art. 805 § 1 i 2 Kc. Roszczenie w zakresie odsetek powód również uzasadnił treścią art. 481 § 1 Kc.

Postanowieniem tut. Sądu z dnia 23.09.2016 r. na podstawie art. 219 Kpc zarządzono połączenie sprawy zarejestrowanej pod sygn. akt I C upr 1031/16 tut. Sądu do łącznego rozpoznania ze sprawą o sygn. akt I C 1030/16 z uwagi na względy ekonomii procesowej, tj. takie same lub te same okoliczności natury faktycznej i prawnej podnoszone przez oboje powodów oraz wstępny stopień zaawansowania procesowego tych spraw.

W odpowiedzi na oba pozwy strona pozwana wniosła o oddalenie powództw w całości oraz o zasądzenie od powodów na rzecz strony pozwanej kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstw procesowego według norm przepisanych, w tym kosztów opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

W uzasadnieniu strona pozwana przyznała, że na dzień wypadku łączyła ją z powódką jako ubezpieczającą umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka w ramach grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) potwierdzonego polisą nr (...), którego warunki ustalają ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka (owu ccm), oraz że na dzień wypadku łączyła ją z powodem jako ubezpieczonym umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby w ramach grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) potwierdzonego polisą nr (...), którego warunki ustalają ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby (owu cc). Nadto strona pozwana przyznała, że w dniu 03 czerwca 2016 r. powodowie zgłosili stronie pozwanej roszczenia: powód z tytułu ciężkiej choroby, powódka z tytułu ciężkiej choroby małżonka.

Strona pozwana podniosła, że na podstawie przedłożonej przez powodów dokumentacji medycznej ustaliła, że przed objęciem powodów ubezpieczeniem z tytułu ciężkiej choroby i ciężkiej choroby małżonka, tj., przed dniem 1 maja 2016 r., w dniu 26 kwietnia 2016 r. wobec powoda rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze dotyczące utraty masy ciała, postępującego osłabienia, dolegliwości bólowych nadbrzusza i zaburzenia rytmu wypróżnień, co wskazywało zdaniem strony pozwanej na istnienie niezdiagnozowanej jeszcze wówczas choroby. Tymczasem zgodnie z § 19 owu cc odpowiedzialność strony pozwanej nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego („u małżonka” w § 19 owu ccm) przed początkiem odpowiedzialności strony pozwanej w stosunku do ubezpieczonego. Skoro zatem w kwietniu 2016 r. z powodu występującej u powoda, zidentyfikowanej później, gdyż w maju 2016 r., choroby nowotworowej, rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze, wystąpienie tej choroby nie jest na podstawie ww. postanowień umownych objęte ubezpieczeniem, stąd decyzje odmowne strony pozwanej z dnia 22 i 23 czerwca 2016 r.

Strona pozwana zakwestionowała interpretację powodów, na mocy której aby miało miejsce wskazane w owu cc i owu ccm wyłączenie odpowiedzialności za chorobę, z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze, potrzebna jest pozytywna wiedza ubezpieczonego o swoim schorzeniu. Z istoty postępowania diagnostyczno-leczniczego wynika, że aby zidentyfikować chorobę, należy wcześniej ją zdiagnozować, czyli stwierdzić, że to właśnie ta choroba, do czego trzeba przeprowadzić czynności diagnostyczne. Zdaniem strony pozwanej obarczone błędem jest również wnioskowanie, iż ciężka choroba może stać się powodem wszczęcia postępowania diagnostyczno-leczniczego tylko w przypadku, gdy jest u danego pacjenta stwierdzona. Jeżeli bowiem została już stwierdzona, czyli zdiagnozowana, to następnym krokiem w postępowaniu z tą chorobą jest tylko postępowanie lecznicze. Zdaniem strony pozwanej bezsporne powinno być, że postępowanie diagnostyczne nowotworu u powoda rozpoczęło się przed początkiem odpowiedzialności strony pozwanej, a zatem słuszne były decyzje odmawiające przyjęcia odpowiedzialności za chorobę powoda.

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

Powódka jako pracownik (...) Sp. z o.o. z/s w S. przystąpiła z dniem 1 maja 2016 r. do dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka (polisa nr (...)). Ochroną ubezpieczeniową objęty został również powód jako małżonek.

Na mocy postanowień umowy zakresem ubezpieczenia objęta została ciężka choroba małżonka ubezpieczonej, a w razie ziszczenia się tego ryzyka ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel (strona pozwana) zobowiązany został do zapłaty powódce należnej jej z tego tytułu kwoty odszkodowania w wysokości 3.000 zł, a powodowi należnej mu z tego tytułu kwoty odszkodowania w wysokości 6.000 zł.

(bezsporne a nadto tak: - polisa (...) na (...) SA nr (...) – Grupowe Ubezpieczenie typu P (...) k. 15-17,56-58

Powódka od lat pozostaje w ubezpieczeniu grupowym u swojego pracodawcy, do marca 2016 r. ubezpieczycielem grupowym było (...) SA. W miesiącu marcu zarząd pracodawcy powódki podjął decyzję o zmianie ubezpieczyciela, decydując że będzie nim strona pozwana, co miało nastąpić od kwietnia 2016 r. Z powodu konieczności dochowania formalności zawarcie nowej umowy ubezpieczenia grupowego nastąpiło z dniem 1 maja 2016 r.

Dowód: - przesłuchanie powódki – nośnik zapisu – k. 185

- przesłuchanie powoda – nośnik zapisu – k. 185

Wiosną 2016 r. zarówno powód jak i powódka odczuwali takie dolegliwości jak osłabienie, pewna utrata wagi i powódka uznała, że zarówno ona jak i powód powinni wykonać badania podstawowe. Powód nigdy nie chorował dotąd na poważne choroby, ostatnie badania robił przed około 20 laty będąc jeszcze w wojsku.

Dowód: - przesłuchanie powódki – nośnik zapisu – k. 185

- przesłuchanie powoda – nośnik zapisu – k. 185

W dniu 26 kwietnia 2016 r. powód zgłosił się do Zespołu (...) w K. wskazując jako powód wizyty odczuwane uczucie zmęczenia, oraz biegunki po jedzeniu. Lekarz POZ zlecił przeprowadzenie powodowi badań takich jak morfologia krwi, OB, EKG w spoczynku, badanie moczu. Powódka w tym czasie również zgłosiła się do tego samego lekarza i także na jego zlecenie poddała się badaniom podstawowym. U powódki wyniku wykazywały zbyt wysoki poziom cholesterolu.

W dniu 04 maja 2016 r. powód zgłosił się ponownie do Zespołu (...) w K. z wynikami badań i zgłaszanymi objawami nade nastającego uczucia osłabienia oraz bóli w prawym podżebrzu. Lekarz po zapoznaniu się z wynikami badań wydał powodowi skierowanie do szpitala na oddział chorób wewnętrznych, natomiast poinformował powoda, że nie wie, jaka jest przyczyna niskiego poziomu hemoglobiny u powoda, wynikającego z jego wyników i nie są to jeszcze tak złe wyniki, które uzasadniałyby natychmiastowy pobyt w szpitalu i polecił próbować się dostać do któregoś ze szpitali na terenie województwa (...) bez względu na ewentualne odmowy przyjęcia w kolejnych szpitalach.

Dowód: - dokumentacja lekarska dotycząca powoda (...) w K. – k.166- 171

- zaświadczenie lekarskie – k. 31, 72

- przesłuchanie powódki – nośnik zapisu – k. 185

- przesłuchanie powoda – nośnik zapisu – k. 185

W dniach od 18 do 24 maja 2016 r. powód przebywał w Wojewódzkim Szpitalu (...) we W. na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Reumatologii, gdzie został przyjęty w trybie planowym bez istotnej przeszłości chorobowej ze skierowania z Zespołu (...) w K. celem diagnostyki utrzymujących się od kilku miesięcy zaburzeń rytmu wypróżnień. Przy przyjęciu powód był w stanie ogólnym dobrym; z odchyleń stwierdzono w badaniach laboratoryjnych niedokrwistość mikrocytarną. W oddziale wykonano badania endoskopowe przewodu pokarmowego, tomografię komputerową jamy brzusznej i miednicy. W dniu 24 maja 2016 r. u powoda zdiagnozowany został nowotwór jelita grubego, o czym powód dowiedział się w dniu 25 maja 2016 r. W karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego jako datę zabiegu diagnostyczno-leczniczego wskazano 19.05.2016 r.

Dowód: - karta informacyjna powoda z dnia 27.05.2016 r. – k. 20-23, 61-64,

- karta diagnostyki i leczenia onkologicznego z dnia 27.05.2016 r. – k. 24-30, 65-71

- dokumentacja Wojewódzkiego Szpitala (...) we W. – k. 120-162

- przesłuchanie powódki – nośnik zapisu – k. 185

- przesłuchanie powoda – nośnik zapisu – k. 185

W związku z tym powodowie wystąpili do strony pozwanej jako ubezpieczyciela z wnioskiem o wypłatę na ich rzecz świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia nr (...). Pismami z dnia 22 i 23 czerwca 2016 r. strona pozwana odmówiła powodom wypłaty świadczeń. W uzasadnieniu swojego stanowiska wskazał, że postępowanie

diagnostyczno-lecznicze u powoda rozpoczęło się w dniu 26 kwietnia 2016 r., a zatem w ocenie strony pozwanej jeszcze przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Powołując się zatem na § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka (owu ccm) i § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby (owu cc), zgodnie z którym odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u małżonka ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) na (...) SA, strona pozwana odmówiła wypłaty świadczeń.

(bezsporne a nadto tak: - potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia roszczenia z dnia 03.06.2016 r. – k. 32, 73

- decyzja (...) na (...) SA odnośnie powódki z dnia 22.06.2016 r. – k. 33,

- decyzja (...) na (...) SA odnośnie powoda z dnia 23.06.2016 r. – k. 74

Nie zgadzając się z decyzją ubezpieczyciela, powodowie pismami z dnia 05.07.2016 r. złożyli odwołania od tej decyzji. Powodowie zarzucili, że postępowanie diagnostyczno-lecznicze, w wyniku którego doszło do stwierdzenia u powoda choroby nowotworowej jelita grubego miało miejsce w maju 2016 r. (a zatem w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową). Z kolei wizyta powoda w Zespole (...) w K. w dniu 26 kwietnia 2016 r. miała charakter jedynie rutynowej wizyty kontrolnej, w ramach której zlecono przeprowadzenie małżonkowi powódki podstawowych badań (morfologia krwi, OB., ciśnienie krwi). W wyniku tych badań nie została jednak postawiona żadna diagnoza, a jedynie skierowano ubezpieczonego do szpitala i zlecono wykonanie dalszych badań. W maju 2016 r. przeprowadzono powodowi specjalistyczne badania, które wykazały nieprawidłowości w obrębie jelita grubego, co z kolei było podstawą do zainicjowania postępowania diagnostyczno-leczniczego ukierunkowanego na chorzenie nowotworowe.

W odpowiedzi na odwołania strona pozwana podtrzymała swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie.

(bezsporne a nadto tak: - odwołanie powódki z dnia 05.07.2016 r. – k. 34-36,

- odwołanie powoda z dnia 05.07.2016 r. – k. 75-77,

- odpowiedź strony pozwanej odnośnie odwołania powoda z dnia 05.08.2016 r. – k.79

### ***Mając powyższe na uwadze, Sąd zważył co następuje:***

Powództwa zasługiwały na uwzględnienie w całości.

Zgodnie z art. 805 § 1 i 2 Kc 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; świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie: przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku. Zgodnie z art. 817 § 1 Kc ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

Bezspornym w sprawie pozostawał fakt, że od 1 maja 2016 r. powódka objęta została umową grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka, a powód - umową grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby własnej.

Bezspornym było również, że w dniu 27 maja 2016 r. wydane zostało orzeczenie lekarskie o rozpoznaniu u powoda nowotworu jelita grubego, które to schorzenie jest ciężką chorobą w rozumieniu owu ccm i owu cc, oraz że powodowie zgłosili to rozpoznanie lekarskie stronie pozwanej w dniu 03 czerwca 2016 r., a strona pozwana w dniu 22 czerwca 2016 r. odmówiła przyznania powodowi ich świadczeń powołując się na §§ 19 owu ccm i owu cc. Bezsporne było przy tym, że zgodnie z ww. postanowieniami owu ccm i owu cc odpowiedzialność strony pozwanej nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności strony pozwanej w stosunku do ubezpieczonego. Spór między stronami sprowadzał się

natomiast do ustalenia wiążącej wykładni postanowień §§ 19 owu ccm i owu cc, stanowiącego treść łączącej strony umowy ubezpieczenia, w okolicznościach niniejszej sprawy.

Strona pozwana w toku postępowania likwidacyjnego kwestionowała swoją odpowiedzialność wskazując, że zgodnie z §§ 19 owu ccm i owu cc nie obejmuje ona ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed początkiem odpowiedzialności strony pozwanej w stosunku do powoda jako ubezpieczonego. Zgodzić się należy w tym miejscu ze stanowiskiem strony pozwanej, że błędne jest założenie, że aby miało miejsce wskazane w owu cc i owu ccm wyłączenie odpowiedzialności za ciężką chorobę, z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze, potrzebna jest pozytywna wiedza ubezpieczonego o swoim schorzeniu. Można bowiem sobie wyobrazić sytuację, gdy rozpoczęcie postępowania diagnostyczno-leczniczego u ubezpieczonego z powodu ciężkiej choroby lub nawet wystąpienie takiej choroby może nastąpić niezależnie od pozytywnej wiedzy ubezpieczonego w tym zakresie np. w sytuacji gdy ubezpieczony jest w takim stanie chorobowym, który wyłącza możliwość pozyskania przez niego takiej wiedzy. Stan świadomości powoda jako ubezpieczonego o swojej ciężkiej chorobie nie ma zatem decydującego znaczenia dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie na tle ustalonych okoliczności faktycznych. Decydujące znaczenie ma bowiem wystąpienie okoliczności obiektywnych: samo wystąpienie już ciężkiej choroby (czego nie można inaczej rozumieć jak jej stwierdzenie na podstawie podjętego uprzednio odpowiedniego postępowania diagnostyczno-leczniczego) lub rozpoczęcie postępowania diagnostyczno-leczniczego z powodu następnie stwierdzonej ciężkiej choroby. Nie można bowiem inaczej rozumieć § 19 owu ccm i owu cc niż w ten sposób, iż postępowanie diagnostyczno-lecznicze, o którym mowa w tych postanowieniach, może rozpocząć się przed stwierdzeniem ciężkiej choroby, gdyż w razie jej wystąpienia nie może być już mowy o postępowaniu diagnostycznym, czyli w kierunku postawienia diagnozy (stwierdzenia) ciężkiej choroby, gdyż diagnoza w tym momencie została już postawiona (stwierdzenie wystąpienia choroby zostało dokonane), lecz może być już mowa jedynie o postępowaniu leczniczym.

Natomiast w ocenie Sądu zgodzić się należy z powodami, że strona pozwana błędnie przyjęła, że w niniejszej sprawie postępowanie diagnostyczno-lecznicze, w wyniku którego stwierdzono chorobę nowotworową u powoda rozpoczęło się przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, a zatem przed dniem 1 maja 2016 r. Zgodzić się bowiem należy z powodami, że sama wizyta powoda w dniu 26 kwietnia 2016 r. w Zespole (...), ograniczająca się jedynie do odebrania wywiadu od powoda przez lekarza POZ oraz zlecenia powodowi wykonania standardowych badań takich jak morfologia krwi, OB, ciśnienie krwi, badanie moczu, a więc badań, które zazwyczaj przeprowadza się u osób zgłaszających się jakimikolwiek dolegliwościami, nie może wskazywać na fakt, że u powoda rozpoczął się proces diagnostyczno-leczniczy z powodu ciężkiej choroby, stwierdzonej następnie u niego w dniu 24 maja 2016 r. Okoliczności takie jak utrata masy ciała, postępujące osłabienie, dolegliwości bólowe nadbrzusza czy zaburzenia rytmu wypróżnień nie muszą bowiem automatycznie, same z siebie oznaczać wystąpienia nowotworu jako ciężkiej choroby w rozumieniu owu ccm i owu cc strony pozwanej.

Należy w ocenie Sądu zaakceptować pogląd, że momentem, w którym rozpoczyna się postępowanie diagnostyczno-lecznicze ciężkiej choroby w rozumieniu §§ 19 owu ccm i owu cc nie jest moment, w którym stwierdzono jakieś ogólne nieprawidłowości w funkcjonowaniu organizmu danego pacjenta czy też podjęto jakieś doraźne działania zmierzające do ustabilizowania jego funkcjonowania, lecz działania diagnostyczne skierowane w celu rozpoznania co jest konkretnie przyczyną tych nieprawidłowości. Tym samym za chwilę rozpoczęcia diagnostyki i leczenia ciężkiej choroby jaką jest nowotwór uznać należy nie chwilę, w której zdiagnozowano np. nadczynność i powiększenie danego organu oraz rozpoczęło odpowiednią kurację zmierzającą do uregulowania pracy organu, lecz moment, w którym podjęto diagnostykę w zakresie rozpoznania, co konkretnie jest przyczyną takiego stanu. O wystąpieniu danej jednostki chorobowej można natomiast mówić w momencie jej zdiagnozowania tj. pozyskania odpowiednich wyników badań dających jednoznaczny obraz występującego u danego pacjenta schorzenia, co – jak wynika z ustalonego stanu faktycznego - u powoda nastąpiło w dniu 24 maja 2016 r.

Z ustalonego stanu faktycznego niniejszej sprawy wynika, że za takie najwcześniejsze działania diagnostyczne można uznać dopiero skierowanie powoda przez lekarza POZ, na podstawie wyników zleconych uprzednio badań ogólnych, do szpitala na oddział chorób wewnętrznych, co miało miejsce w dniu 04 maja 2016 r., a więc w okresie już objętym



ubezpieczeniem przez stronę pozwaną. Wszak z ustalonego stanu faktycznego wynika, że na podstawie wyników badań ogólnych powoda nie było możliwości postawienia diagnozy czy też podjęcia decyzji odnośnie dalszego leczenia. Powód nie chorował nigdy wcześniej na poważne schorzenia, a ogólne objawy z powodu których udał się do lekarza w dniu 26 kwietnia 2016 r. nie pozwalały na postawienie jakiegokolwiek, nawet przybliżonej diagnozy, a tym bardziej w kierunku ciężkiej choroby jaką jest nowotwór, który następnie został stwierdzony u powoda. Samego zlecenia badań ogólnych w dniu 26 kwietnia 2016 r. nie można zatem uznać za rozpoczęcie postępowania diagnostyczno-leczniczego w zakresie ciężkiej choroby powoda w rozumieniu §§ 19 owu ccm i owu cc. Dopiero bowiem skierowanie powoda do szpitala na dalsze, specjalistyczne już badania doprowadziło w sposób bezpośredni do wykrycia u powoda w dniu 24.05.2016 r. nowotworu złośliwego i rozpoczęcia leczenia go. Tym samym postępowanie diagnostyczno-lecznicze w zakresie stwierdzonej u powoda ciężkiej choroby w rozumieniu §§ 19 owu ccm i owu cc rozpoczęło się w okresie objętym odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą nr (...). Należy zatem przyjąć, że w okresie objętym ubezpieczeniem strony pozwanej, ziściło się ryzyko ubezpieczeniowe objęte umową ubezpieczenia, a zatem strona pozwana zobowiązana jest do zapłaty powódce należnej jej z tego tytułu świadczenia w wysokości 3.000 zł, a powodowi należnej mu z tego tytułu świadczenia w wysokości 6.000 zł, o czym orzeczono w pkt I i III wyroku.

W tej sytuacji nie ma też znaczenia podnoszony przez powodów argument, że powódka w zawartej z stroną pozwaną umowie ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małżonka występowała jako konsument. Zatem jedynie na marginesie należy zgodzić się z powódką, że wobec niej jako strony słabszej należy uwzględnić przewidywaną dla niej szczególną ochronę roztaczaną przez prawo i zgodnie z art. 358 § 2 Kc niejednoznaczne postanowienia wzorca umowy powinny być tłumaczone na korzyść konsumenta. W niniejszej sprawie jednak sytuacja niejednoznaczności ww. postanowienia umownego nie występuje, gdyż zakres czasowy pojęcia rozpoczęcia postępowania diagnostyczno-leczniczego z powodu ciężkiej choroby, jest możliwy, jak już wyżej wskazano, do ustalenia.

O odsetkach od zasądzonych od strony pozwanej świadczeń z umowy ubezpieczenia na rzecz obojga powodów Sąd orzekł w oparciu o art. 481 § 1 Kc i art. 817 §1 Kc mając na uwadze wskazany w ww. przepisie art. 817 § 1 Kc 30-dniowy termin do wypłaty świadczenia z tytułu wypadku ubezpieczeniowego. Skoro bowiem powodowie zgłosili do strony pozwanej jako ubezpieczyciela wnioski o wypłatę im świadczeń z umowy ubezpieczenia w dniu 03 czerwca 2016 r., zatem od dnia 4 lipca 2016 r. strona pozwana pozostaje w opóźnieniu z wypłatą należnych powodom świadczeń.

O kosztach procesu Sąd orzekł w pkt II i IV wyroku na podstawie art. 98 § 1 i 3 Kpc mając na uwadze, że powództwa zostały w całości uwzględnione. Zasądzone od strony pozwanej na rzecz: powoda - kwota 2.650 zł, oraz powódki – kwota 1.331,88 zł stanowią celowe w rozumieniu art. 98 § 1 i 3 Kpc koszty procesu poniesione przez powodów celem obrony ich praw, na które składają się: w przypadku powoda – kwota 250 zł tytułem opłaty od pozwu oraz kwota 2.400 zł tytułem należnej opłaty za czynności pełnomocnika powoda będącego radcą prawnym (§ 2 pkt 4 w zw. z § 15 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych), a w przypadku powódki – kwota 100 zł tytułem opłaty od pozwu, kwota 1.200 zł tytułem należnej opłaty za czynności pełnomocnika powódki będącego radcą prawnym (§ 2 pkt 3 w zw. z § 15 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych), oraz kwota 31,88 zł tytułem sfinansowanej z zaliczki uiszczonej przez powódkę kosztów sprowadzenia dokumentacji medycznej powoda.

Z uwagi na powyższe Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.