

Sygn. akt: I C 98/15 upr.

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 października 2016 r.

Sąd Rejonowy w Wąbrzeźnie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Hanna Woźniak
Protokolant:	sekr. sądowy Jagoda Mazur

po rozpoznaniu w dniu 28 października 2016 r. w Wąbrzeźnie

sprawy z powództwa I. W.

przeciwko Towarzystwu (...) S.A. w W.

o zapłatę

1. oddała powództwo,
2. zasądza od Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Wąbrzeźnie na rzecz adw. P. O. Kancelaria Adwokacka w W. ul. (...) kwotę 738 (siedemset trzydzieści osiem) złotych brutto tytułem kosztów pełnomocnictwa ustanowionego dla powoda z urzędu.

SSR Hanna Woźniak

Sygn. akt I C 98/15 upr.

UZASADNIENIE

W dniu 22 listopada 2013r. powód I. W. wystąpił do Sądu z pozwem, w którym wniósł o zasądzenie na swoją rzecz od pozwanego (...) S.A. w W. kwoty 1.780 zł wraz z ustawowymi odsetkami za okres od dnia 15 października 2013r. do dnia zapłaty. W uzasadnieniu pozwu powód podał, że pomimo związania z pozwanym umową ubezpieczeniową i posiadania ochrony ubezpieczeniowej od dnia 01 września 2013r. odmówiono mu wypłaty świadczeń za czas pobytu w szpitalu w kwocie 280 zł oraz z powodu wystąpienia choroby wieńcowej – 1.500zł. (k.2-3v).

W dniu 27 czerwca 2014r. referendarz w Sądzie Rejonowym w C.VI Zamiejscowy Wydział Cywilny z siedzibą w W.wydał nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym, w którym uwzględnił w całości żądanie powoda zawarte w pozwie. (k.35)

W skutecznie wniesionym sprzeciwie od wskazanego nakazu zapłaty pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych. Uzasadniając swoje stanowisko pozwany podał, że brak jest podstaw do wypłaty na rzecz powoda świadczeń dochodzonych pozwem z uwagi na stosowne postanowienia umowy ubezpieczenia – zdarzenie, w oparciu o które powód wywodzi swoje roszczenia, miało miejsce w okresie karencji, a ponadto żadna ze zdiagnozowanych u

powoda chorób nie stanowi rodzaju poważnego zachorowania w świetle postanowień umowy ubezpieczenia. Ponadto pozwany podniósł zarzut błędnego naliczenia odsetek ustawowych przez powoda. (k.38-39v)

Powód w odpowiedzi na wskazany sprzeciw przyznał, iż nie stwierdzono u niego choroby wieńcowej, lecz arytmie, która w jego ocenie stanowi poważną chorobę objętą zawartym ubezpieczeniem, dlatego rozszerzył powództwo w ten sposób, że zamiast kwoty 1.500 zł domagał się od pozwanego zapłaty kwoty 3.000 zł. Ponadto powód podał, że w firmie otrzymał wyłącznie kserokopię certyfikatu, która nie zawierała wzmianki o karencji. (k.72-74) Następnie na rozprawie powód podał, że czuje się wprowadzony w błąd i oszukany przez pozwanego. (k.82-83)

Pozwany w kolejnym piśmie procesowym podtrzymał swoje wcześniejsze stanowisko oraz - odnosząc się do twierdzeń powoda, iż nie były mu znane postanowienia umowy ubezpieczenia - podał, iż powód w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia z dnia 01 września 2013r. własnoręcznym podpisem potwierdził wyrażoną przez siebie zgodę na sumę ubezpieczenia oraz inne warunki umowy ubezpieczenia. Pozwany wskazał, że arytmia nie była objęta zakresem udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, natomiast certyfikat nr (...) stanowił jedynie dokument potwierdzający objęcie powoda ochroną ubezpieczeniową, natomiast warunki objęcia ubezpieczeniem, w tym postanowienia dot. karencji oraz katalog poważnych zachorowań, zostały określone w umowie ubezpieczenia potwierdzonej polisą nr (...), OWU, (...) oraz (...). Ponadto pozwany dodał, że obowiązek udzielenia ubezpieczonemu wszelkich informacji o warunkach umowy ubezpieczenia, w ramach której powód został objęty ochroną ubezpieczeniową, spoczywał na ubezpieczającym, a nie pozwanym, który był jedynie zobowiązany do stworzenia możliwości zapoznania się ze wzorcem umowy, czemu uczynił zadość. Powód nigdy nie zwracał się do pozwanego o udzielenie jakichkolwiek informacji dot. postanowień umowy ubezpieczenia, tym samym niezajomość tych postanowień przez powoda nie może skutkować odpowiedzialnością pozwanego. (k.90-91v)

Powód reprezentowany przez adwokata ustanowionego z urzędu w piśmie procesowym z dnia 09 kwietnia 2015r. podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko i domagał się zasądzenia od pozwanego kwoty 3.280,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 listopada 2013r. do dnia zapłaty oraz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych. (k.114-115)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

na podstawie wniosku nr (...)z dnia (...). (...)w O.jako ubezpieczający zawarło z G.(...) Towarzystwo (...)na (...) SAumowę Grupowego (...)z (...), stwierdzoną polisą nr (...), na roczny okres od 01 lipca 2008r. Ubezpieczonymi objętymi ochroną z tytułu tej umowy byli pracownicy i współpracownicy Ubezpieczającego, którzy przystąpili do umowy na zasadach określonych w (...). Dla grupy nr 1, oprócz ubezpieczenia podstawowego, umowa ta zawierała ubezpieczenia dodatkowe, w szczególności:

- od wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego z sumą ubezpieczenia wynoszącą 3.000,00 zł za każde oraz 1.500,00 zł za leczenie chorób naczyń wieńcowych – inne zabiegi, a także
- ubezpieczenie szpitalne Ubezpieczonego obejmujące hospitalizację w następstwie choroby z sumą ubezpieczenia wynoszącą 40,00 zł.

Umowa ubezpieczenia była automatycznie przedłużana na kolejne roczne okresy ubezpieczenia w trybie określonym w § 16 (...). Do umowy ubezpieczenia, zgodnie z jej postanowieniem, miały zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego (...)z (...)((...)), Ogólne Warunki Dodatkowych (...)o symbolach ((...)), ((...)), ((...)), ((...)), ((...)), ((...)), ((...)), ((...)) obowiązujące w dniu zawarcia umowy.

dowód: - polisa nr (...) k.55-55v

Zgodnie z § 8 ust. 1 i 2 Ogólnych Warunków Grupowego (...)z (...)((...)) ochrona ubezpieczeniowa rozpoczynała się w dniu wskazanym w certyfikacie przekazywanym każdemu Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego, nie

wcześniej jednak niż po uiszczeniu składki, przy czym ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego rozpoczynała się w dniu wskazanym w umowie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po uiszczeniu składki.

dowód: - Ogólne Warunki Grupowego (...)z Ubezpieczeniowym (...)((...)) wraz z załącznikiem nr 1 i aneksem nr (...)k.56-60

W świetle § 1 pkt 10 pkt b) Ogólnych Warunków Dodatkowego (...) Wystąpienia Poważnego Zachorowania ((...)), rodzaj poważnego zachorowania stanowiły następujące zdarzenia dotyczące zdrowia Ubezpieczonego: a) nowotwór złośliwy, b) zawał serca, udar mózgu, chirurgiczne leczenie choroby naczyń krwionośnych – by pass, leczenie chorób naczyń wieńcowych - inne zabiegi, c) schyłkowa niewydolność nerek, d) przeszczep dużych narządów, e) utrata nerek, f) utrata kończyn, g) utrata mowy, h) ciężkie oparzenie, i) przewlekłe zapalenie wątroby typu B – stadium schyłkowe, j) stwardnienie rozsiane (SM), k) łagodny guz mózgu, l) pierwotne nadciśnienie płucne. Definicję terminu „leczenie chorób naczyń wieńcowych – inne zabiegi” zawierał § 1 pkt 4 ((...)), zgodnie z którym oznaczał on: przeprowadzenie dowolną metodą interwencyjną – z wykorzystaniem cewników śródnaczyniowych – przezskórnego zabiegu poszerzenia lub udroźnienia istotnych (nie mniej niż 70% światła) zwężeń tętnic wieńcowych. Korekta musi dotyczyć zwężeń co najmniej dwóch tętnic i musi być przeprowadzona w trakcie jednego zabiegu. Konieczność przeprowadzenia tego zabiegu musi zostać udokumentowana wynikami badań naczyniowych – koronarografii. Wyłączone są przypadki leczenia wrodzonych wad serca. Okres karencji z tytułu tego ubezpieczenia dodatkowego wynosił 3 miesiące na zdarzenia nie spowodowane wypadkiem, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 11 OWU [§ 4 ust. 1 ((...))].

dowód: - Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia Poważnego Zachorowania (...)) wraz z aneksem nr (...)k.61-62v

Zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 2 w zw. z § 3 ust. 5 Ogólnych Warunków Dodatkowego (...) Szpitalnego ((...)) ochroną ubezpieczeniową w zakresie podstawowym objęta była hospitalizacja Ubezpieczonego powstała w następstwie wypadku lub choroby, pod warunkiem że rozpoczęła się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i z zastrzeżeniem § 4 ust. 1, który stanowił, że karencja z tytułu zdarzeń wymienionych w § 3 ust. 2 i 3 pkt 1) - 3) wnosi 90 dni na zdarzenie nie spowodowane wypadkiem, z zastrzeżeniem § 11 OWU. Wysokość świadczenia z tytułu hospitalizacji stanowiła iloczyn sumy ubezpieczenia i dni hospitalizacji [§ 6 pkt 2 zd. pierwsze ((...))]

dowód: - Ogólne Warunki Dodatkowego (...) Szpitalnego ((...)) k.63-63v

W dniu 01 września 2013r. do ubezpieczenia grupowego dla grupy nr 1 stwierdzonego polisą nr (...) przystąpił I. W., będący od tego dnia pracownikiem (...) w O.. Przystąpienie do wskazanego ubezpieczenia, także w przypadku powoda, polegało na tym, iż pracownik firmy zainteresowany zawarciem umowy ubezpieczenia przychodził do A. D. zatrudnianej przez pozwanego na zlecenie, która za niego wypełniła wniosek i przesyłała do siedziby pozwanego w B., natomiast pracownikowi przekazywała certyfikat. W związku z przystąpieniem do ubezpieczenia grupowego I. W. nie otrzymał ogólnych warunków umowy w formie papierowej i uzyskał jedynie informację o ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz wysokości składki, a ponadto otrzymał certyfikat nr (...), który nie zawierał informacji, iż obowiązuje karencja.

dowód: - deklaracja I. W. przystąpienia do Grupowego (...) k.51-51v

- lista osób przystępujących do grupy nr (...) z pierwszym dniem miesiąca k.52

- certyfikat nr (...) do grupy nr 1 w ramach polisy nr (...) k.4, k.75, k.163

- zeznania świadka A. D. k.165v-166

- przesłuchanie powoda w charakterze strony k.82-83, k.210

W dniu 19 września 2013r. I. W. został przyjęty na Oddział Chorób Wewnętrznych Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w W., na którym przebywał do dnia 25 września 2013r. z rozpoznaniem kardiomiopatii

niedokrwiennej i nadciśnieniowej z niedomykalnością zastawki mitralnej z utrwalonym migotaniem przedsionków w stadium niewydolności serca II klasa wg (...), a także zespołu metabolicznego pod postacią otyłości brzusznej, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń gospodarki lipidowej w trakcie leczenia i subklinicznej nadczynności tarczycy. W stosunku do I. W. przeprowadzono wówczas m.in. badanie EKG oraz echokardiograficzne.

dowód: - karta informacyjna leczenia szpitalnego w Oddziale Chorób Wewnętrznych k.6-6v

- badanie echokardiograficzne k.7-7v, k.116

K. niedokrwienne i nadciśnieniowa jest naturalnym stanem serca powstającym w wyniku wieloletniej choroby nadciśnieniowej niewystarczająco, niedostatecznie leczonej. Polega na uszkodzeniu mięśnia serca procesem nadciśnieniowym. To uszkodzenie dotyczy samego mięśnia serca, zastawek serca, szczególnie zastawki mitralnej oraz zaburzeń rytmu serca, w tym przypadku utrwalonego migotania przedsionków. W okresie leczenia szpitalnego stopień uszkodzenia serca i zastawek I. W. był umiarkowany. Uszkodzenie serca oraz migotanie przedsionków miało charakter trwały i nie powstało w okresie tuż przed hospitalizacją.

dowód: - opinia biegłego sądowego z zakresu kardiologii k.197-199

W dniu 11 października 2013r. I. W. sporządził skierowany do pozwanego wniosek o wypłatę świadczenia, w związku z ubezpieczeniem grupowym, numer polisy (...), wskazując, na wystąpienie zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczonego w postaci poważanego zachorowania zdiagnozowanego 19 września 2013r. oraz hospitalizacji w następstwie choroby w okresie od 19 września do 25 września 2013r., do którego załączył kartę informacyjną ze szpitala z załącznikami. Wniosek ten wpłynął do pozwanego w dniu 16 października 2013r.

dowód: - wniosek powoda o wypłatę świadczenia k.53-54

Pismem z dnia 13 listopada 2013r. pozwany odmówił powodowi wypłaty świadczeń z tytułu hospitalizacji Ubezpieczonego w następstwie choroby oraz poważanego zachorowania w ramach Grupowego (...), powołując na każdorazowo na brak upływu okresu karencji wynoszącej 3 miesiące oraz 90 dni od daty objęcia ubezpieczeniem.

dowód: - pismo (...) S.A. w W. k.5

W dniu 30 grudnia 2013r. doszło do połączenia spółek w trybie art. 492 § 1 pkt 1 ksh w zw. z art. 506 § 4 ksh, w wyniku którego cały majątek (...) S.A. w W. (spółka przejmowana) został przeniesiony na Towarzystwo (...) S.A. w W. (spółka przejmująca) oraz do zmiany nazwy spółki przejmującej na Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W..

dowód: - informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z rejestru przedsiębiorców w KRS k.44-50

Wskazany stan faktyczny Sąd oparł na dowodach z dokumentów i kserokopii dokumentów, których wiarygodności żadna ze stron postępowania nie kwestionowała, a także dowodu z przesłuchania powoda w charakterze strony i zeznań świadka A. D., które były spójne, logiczne i wzajemnie się pokrywały. Ponadto Sąd podzielił wszystkie wnioski zawarte w opinii biegłego z zakresu kardiologii, która była jasna, pełna, nie zawierała wewnętrznych sprzeczności, zaś autorytet i wiedza biegłego nie mogły budzić wątpliwości.

Sąd zważył, co następuje:

powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Powód I. W. dochodzi swych roszczeń od pozwanego jako ubezpieczony na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego zawierającego ubezpieczenie podstawowe i ubezpieczenia dodatkowe, zgodnie z polisą nr (...).

W myśl art. 805 § 1 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. Z kolei § 2 pkt 2 tego przepisu stanowi, że świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby.

Ustalony w niniejszej sprawie stan faktyczny w zasadzie należy uznać za bezsporny, ponieważ żadna ze stron nie kwestionowała okoliczności objęcia powoda ubezpieczeniem grupowym pracowniczym od dnia 01 września 2013r., treści umowy ubezpieczenia oraz stanu zdrowia powoda i okresu jego hospitalizacji, w oparciu o które domagał się on przyznania świadczeń od pozwanego wynikających z umowy ubezpieczenia.

Rozbieżności dotyczyły tego, czy pozwanego może obciążać brak znajomości przez powoda szczegółowych warunków umowy ubezpieczenia, w tym występowania karencji, a także kwestii, czy stan zdrowia powoda stanowił zdarzenie ubezpieczeniowe uprawniające do wypłaty świadczenia wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia.

W pozwie powód słusznie zauważył, iż z certyfikatu nr (...) otrzymanego w związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia pracowniczego wynikało, iż początek ochrony ubezpieczeniowej oraz wskazane w tym certyfikacie warunki – w szczególności określenie świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego na kwotę 3.000 zł, a także świadczenia w związku z hospitalizacją w następstwie choroby w ramach ubezpieczenia szpitalnego na kwotę 40,00 zł – obowiązują od dnia 01 września 2013r. Należy jednak mieć na uwadze, iż powoda wiązały przede wszystkim postanowienia umowy ubezpieczenia wraz z Ogólnymi Warunkami Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), Ogólnymi Warunkami Dodatkowych (...) o symbolach (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...), a nie zapisy widniejące w certyfikacie i to w interesie powoda leżało zapoznanie się ze szczegółowymi warunkami, na jakich przystąpił do umowy ubezpieczenia, tym bardziej, iż w deklaracji przystąpienia zawarł oświadczenie, iż wyraża zgodę na sumę ubezpieczenia oraz na inne warunki umowy ubezpieczenia (k.51v).

W ubezpieczeniach grupowych, w okresie przystąpienia przez powoda do umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel był zobowiązany przekazać ogólne warunki ubezpieczenia jedynie ubezpieczającemu. Ustawodawca w celu zabezpieczenia interesów ubezpieczonych wprowadził specjalne uregulowania dotyczące przekazywania ubezpieczonym istotnych informacji dotyczących umowy, w ramach której byli objęci ochroną ubezpieczeniową, zgodnie bowiem z art. 13 ust. 3 b) obowiązującej do dnia 31 grudnia 2015 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U.2013.950 j.t.), ubezpieczający był zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu informacji określonych w ust. 2-3a tegoż artykułu. Także § 12 ust. 4 Ogólnych Warunków Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) stanowił, iż to Ubezpieczający był zobowiązany do udostępniania Ubezpieczonym OWU, na każde ich żądanie, a także do przekazywania Ubezpieczonym wszelkich informacji o postanowieniach OWU lub zawartej umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonych oraz do przekazywania Ubezpieczonym dokumentów otrzymanych od Towarzystwa, a w szczególności certyfikatów.

Oznacza to, iż nie na Ubezpieczycielu, lecz na Ubezpieczającym spoczywał obowiązek udzielenia Ubezpieczonemu wszelkich informacji o warunkach Umowy (...), w ramach której powód został objęty ochroną ubezpieczeniową.

Na pozwanym z kolei ciążył obowiązek stworzenia możliwości zapoznania się ze wzorcem umowy. Z ustalonego stanu faktycznego nie wynika, aby powód zwracał się o przekazanie mu umowy ubezpieczenia oraz innych postanowień umownych, które miały do niej zastosowanie i aby spotkał się z odmową. W tej sytuacji Sąd stoi na stanowisku, iż brak znajomości przez powoda postanowień umowy ubezpieczenia nie może obciążać pozwanego.

W niniejszej sprawie najistotniejsze znaczenie dla rozpoznania żądania zgłoszonego przez powoda było ustalenie, czy zostały spełnione warunki do powstania obowiązku pozwanego związanego z wypłatą świadczeń na rzecz powoda, w tym m.in. czy ziścił się wypadek ubezpieczeniowy objęty ryzykiem ubezpieczeniowym w postaci wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego i hospitalizacji wynikającej z choroby.

Zgodnie z ogólną regułą rozkładu ciężaru dowodu wynikającą z art. 6 kc, udowodnienie wystąpienia wskazanych okoliczności, obciążało powoda.

Pod pojęciem karencji należy rozumieć okres trwania umowy ubezpieczenia, w którym z tytułu zajścia zdarzenia lub zdarzeń objętych umową ubezpieczenia, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności lub udziela ochrony ubezpieczeniowej w ograniczonym zakresie. [§1 ust. 2 pkt 12 ((...))]

W świetle § 4 ust. 1 Ogólnych Warunków Dodatkowego (...) Wystąpienia Poważnego Zachorowania ((...)), okres karencji z tytułu dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia poważnego zachorowania wynosił 3 miesiące na zdarzenia nie spowodowane wypadkiem, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 11 OWU. Z kolei po myśli § 4 ust. 1 w zw. z § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Dodatkowego (...) Szpitalnego ((...)), karencja w odniesieniu do dodatkowego ubezpieczenia szpitalnego z tytułu hospitalizacji powstałej w wyniku choroby wynosiła 90 dni, z zastrzeżeniem § 11 OWU.

Ponieważ powód przystąpił do ubezpieczenia z dniem 01 września 2013r., natomiast jego hospitalizacja wraz z rozpoznaniem stanu zdrowia miały miejsce w okresie 19-25 września 2013r., w każdym z przypadków nie doszło do upływu okresu karencji, a więc brak jest podstaw do wypłaty powodowi przez pozwanego świadczeń zarówno z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, jak i pobytu w szpitalu z powodu choroby.

Ponadto w ocenie Sądu przedstawiony przez powoda materiał dowodowy nie uprawnia do przyjęcia, iż zdiagnozowany u niego w okresie 19-25 września 2013r. stan zdrowia - tj. występowanie kardiomiopatii niedokrwiennej i nadciśnieniowa z niedomykalnością zastawki mitralnej z utrwalonym migotaniem przedsionków w stadium niewydolności serca II klasa wg (...), a także zespołu metabolicznego pod postacią otyłości brzusznej, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń gospodarki lipidowej w trakcie leczenia i subklinicznej nadczynności tarczycy - oznaczał wystąpienie poważnego zachorowania ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową.

W § 1 pkt 10 Ogólnych Warunków Dodatkowego (...) Wystąpienia Poważnego Zachorowania ((...)), była zawarta definicja „rodzaju poważnego zachorowania”, które oznaczało następujące zdarzenia dotyczące zdrowia Ubezpieczonego: a) nowotwór złośliwy, b) zawał serca, udar mózgu, chirurgiczne leczenie choroby naczyń krwionośnych – by pass, leczenie chorób naczyń wieńcowych - inne zabiegi, c) schyłkowa niewydolność nerek, d) przeszczep dużych narządów, e) utrata nerek, f) utrata kończyn, g) utrata mowy, h) ciężkie oparzenie, i) przewlekłe zapalenie wątroby typu B – stadium schyłkowe, j) stwardnienie rozsiane (SM), k) łagodny guz mózgu, l) pierwotne nadciśnienie płucne. Każde z tych zdarzeń zostało następnie precyzyjnie dookreślone w § 1 pkt 1-9, 11-12, 14-18 ((...))

W tej sytuacji przywoływanej przez powoda arytmii nie można zakwalifikować, jako „wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego”, które by uprawniało do uzyskania świadczenia w kwocie 3.000zł. Na marginesie należy zauważyć, iż także sposób leczenia szpitalnego powoda nie kwalifikował się do uznania go za „leczenie chorób naczyń wieńcowych – inne zabiegi” z wysokością świadczenia ubezpieczeniowego określonego na 1.500zł.

Z uwagi na powyższe, w pkt I wyroku Sąd w całości oddalił powództwo, jako bezpodstawne.

O kosztach pełnomocnika wyznaczonego z urzędu dla powoda, Sąd orzekł w pkt 2 sentencji po myśli § 19 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U.2013.461 j.t.) w zw. z § 22 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 03 października 2015r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz.U.2015.1714). Według § 2 ust 2 pierwszego ze wskazanych rozporządzeń, podstawę zasądzenia opłaty, o której mowa w ust. 1 (tj. opłaty za czynności adwokackie z tytułu zastępstwa prawnego), stanowią stawki minimalne określone w rozdziałach 3-5. Opłata ta nie może być wyższa niż sześciokrotna stawka minimalna, ani przekraczać wartości przedmiotu sprawy. Zgodnie z § 6 pkt 3 cyt. rozporządzenia, stawka minimalna wynagrodzenia pełnomocnika w niniejszej sprawie wynosi 600 zł. Dlatego też Sąd przyznał pełnomocnikowi powoda koszty zastępstwa procesowego, na jego wniosek, w wysokości 600 zł, powiększone o należny podatek VAT - stosownie do § 2 ust 3 w/w rozporządzenia - łącznie 738 zł.

Sędzia

H. W.