

Sygn. akt I C 392/14

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 września 2016 roku

### **Sąd Okręgowy w Częstochowie I Wydział Cywilny**

w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Jacek Włodarczyk

Protokolant: Ewa Lenartowicz

po rozpoznaniu w dniu 5 września 2016 roku w Częstochowie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. B. (1)

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

zapłatę

orzeka:

1. zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powoda M. B. (1) kwotę 46.292,59 zł ( czterdzieści sześć tysięcy dwieście dziewięćdziesiąt dwa złote pięćdziesiąt dziewięć groszy ) wraz z ustawowymi odsetkami od kwot:

- 26.383,50 zł ( dwadzieścia sześć tysięcy trzysta osiemdziesiąt trzy złote pięćdziesiąt groszy ) od dnia 15 kwietnia 2014r do dnia 22 grudnia 2014r w wysokości 13% w stosunku rocznym, od dnia 23 grudnia 2014r do dnia 31 grudnia 2015r w wysokości 8% w stosunku rocznym, z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016r w wysokości 7 % w stosunku rocznym i kolejnymi ustawowymi odsetkami za opóźnienie w razie zmiany ich wysokości do dnia zapłaty,

- 16.440 zł ( szesnaście tysięcy czterysta czterdzieści złotych ) od dnia 11 września 2014r do dnia 22 grudnia 2014r w wysokości 13% w stosunku rocznym, od dnia 23 grudnia 2014r do dnia 31 grudnia 2015r w wysokości 8% w stosunku rocznym, z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016r w wysokości 7 % w stosunku rocznym i kolejnymi ustawowymi odsetkami za opóźnienie w razie zmiany ich wysokości do dnia zapłaty,

- 3.469,09 zł ( trzy tysiące czterysta sześćdziesiąt dziewięć złotych dziewięć groszy ) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 12 września 2016r w wysokości 7 % w stosunku rocznym i kolejnymi ustawowymi odsetkami za opóźnienie w razie zmiany ich wysokości do dnia zapłaty;

2. umarza postępowanie w pozostałej części;

3. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 6032,61 zł ( sześć tysięcy trzydzieści dwa złote sześćdziesiąt jeden groszy ) tytułem zwrotu kosztów procesu;

4. nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w C. kwotę 2050 zł ( dwa tysiące pięćdziesiąt złotych ) tytułem kosztów sądowych od uiszczenia których powód był zwolniony.

Sygnatura akt I C 392/14

## UZASADNIENIE

Powód M. B. (1) w pozwie z dnia 15.10.2014r, wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. w W. kwoty 77.520 zł z ustawowymi odsetkami od kwoty 48.280 zł od dnia 15.04.2014r i od kwoty 29.240 zł od dnia 11.09.2014r, wraz z kosztami procesu wg norm przepisanych. W uzasadnieniu powód wskazał, że zawarł z (...) S.A. 4 umowy ubezpieczenia na życie. Jedną w dniu 15.04.2013r, oraz 3 w dniu 1.05.2013r. W okresie objętym ochroną ubezpieczeniową wynikającą z tych polis, powód w wyniku nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalach w okresach: 20.11.2013r-2.01.2014r, 10.01.2014r - 5.02.2014r, 27.05.2014r - 8.07.2014r. Polisy ubezpieczeniowe przewidywały odszkodowanie za 1 dzień pobytu w szpitalu w kwotach po 400 zł, 90 zł, 70 zł i 120 zł. Pozwany pomimo zgłoszenia szkody nie wypłacił odszkodowania co uzasadnia wniesienie pozwu.

W piśmie procesowym złożonym w dniu 1.06.2015r, powód zmienił żądanie, domagając się zasądzenia od pozwanego kwoty 42.823,50 zł z ustawowymi odsetkami od kwot: 26.383,50 zł od dnia 15.04.2014r i od kwoty 16.440 zł od dnia 11.09.2014r, oraz zasądzenia kwoty 3.469,09 zł tytułem skapitalizowanych odsetek ustawowych od kwoty 34.696,50 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wydania wyroku. Wniósł także o zasądzenie od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 3617 zł. Co do kwoty 31.227,41 zł powód cofnął pozew i zrzekł się roszczenia z uwagi na wypłatę przez pozwanego odszkodowania w tej części, po wytoczeniu powództwa. W uzasadnieniu powód wskazał, że pozwany w dniu 7.05.2015r dokonał zapłaty odszkodowania w części. Mianowicie z tytułu leczenia szpitalnego powoda w szpitalu w (...) Centrum Medycznym sp. z o.o. zapłacił powodowi 13.000 zł, z tytułu leczenia w szpitalu w K. zapłacił mu 8.896,50 zł, z tytułu leczenia w szpitalu w B. pozwany zapłacił 12.800 zł. Pozwany wypłacił tylko te kwoty, ponieważ bezpodstawnie przyjął, że leczenie szpitalne powoda nie było wynikiem nieszczęśliwego wypadku, ponadto bezzasadnie przyjął, że ponosi odpowiedzialność wyłącznie za pobytu szpitalne do 30 dni, z powołaniem się na aneks nr 4 zmieniający OWU. Powód zaprzeczył, aby treść tego aneksu była mu znana, aby ją doręczono mu. Wskazał, że o aneksie nie informowano go, nie zawierała takiej informacji oferta ubezpieczenia – art. 812 § 8 kc.

Dodatkowo w toku procesu powód wskazał, że wszelkie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu powinny wynikać bezpośrednio z OWU- art. 12 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Powód jest konsumentem i zgodnie z art. 16 ust 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, pozwany powinien go poinformować o ograniczeniach swej odpowiedzialności. Z uwagi na treść art. 13 ust 3 d cytowanej ustawy, w przypadku nieprzekazania przez zakład wymaganych informacji, zmiana warunków umowy i wysokości świadczeń jest skuteczna względem ubezpieczonego jedynie w części korzystnej dla ubezpieczonego. Powód wyjaśnił ponadto, że odsetek domaga się od upływu 30 dni od daty złożenia wniosków o wypłatę świadczeń.

Pozwany (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda kosztów procesu wg norm przepisanych. Pozwany przyznał, że powód był ubezpieczony na podstawie 4 umów ubezpieczenia na życie, jednej indywidualnej i 3 grupowych. Przyznał także, że powód złożył 3 wnioski o wypłatę odszkodowania, w związku z każdym pobytym szpitalnym. Przyznał również, że zapłacił powodowi kwotę 34.696,50 zł z tytułu leczenia szpitalnego. Wskazał, że różnica w wysokości kwoty żądanej przez powoda i przyznanej przez pozwanego, wynika z faktu, że powód błędnie przyjął, że uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, gdy tymczasem leczenie szpitalne nie wynikało z nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu OWU. Ponadto Aneks nr 4 do wszystkich umów ubezpieczenia, ograniczył odpowiedzialność pozwanego za leczenie szpitalne do 30 dni pobytu, czego też powód nie uwzględnił w żądaniu. Pozwany wskazał, że bóle kręgosłupa lędźwiowego, na które cierpi powód są z dużą dozą prawdopodobieństwa, wynikiem zmian chorobowych, a nie nieszczęśliwego wypadku. Pozwany powołał się przy tym na zapisy w kartach leczenia szpitalnego, gdzie wskazywano m.in. „rwa kulszowa”, „podejrzenie dyskopatii lędźwiowej”. Ponadto pozwany podkreślił, że zmiana umów ubezpieczenia grupowego nastąpiła po przystąpieniu do tych umów przez powoda. Zmiana była skuteczna, bowiem umowy te mają charakter umów na rzecz osoby trzeciej, których kwalifikowaną formą jest umowa na cudzy rachunek. W takich umowach ubezpieczający i ubezpieczony to dwa różne podmioty. Ubezpieczony nie jest więc stroną umowy, jest osobą trzecią, na której rachunek zawarto umowę ubezpieczenia. W takiej sytuacji powód nie może kwestionować skuteczności zmian treści umowy i zakresu ubezpieczenia. Zgodnie z § 41 ust 2 OWU ubezpieczyciel i ubezpieczający mieli prawo w formie pisemnej zmieniać lub uchylać postanowienia umowy ubezpieczenia, więc aneks

nr 4 dokonał skutecznie takiej zmiany. Firma (...) sp. z o.o. miała obowiązek poinformować powoda o zmianie umów ubezpieczenia, pozwany takiego obowiązku nie miał.

### **1. Ustalenia faktyczne.**

W sprawie niesporne jest to, że powód jako ubezpieczony i ubezpieczający był od dnia 15.04.2013r objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie polisy nr (...). W polisie wskazano, że ubezpieczyciel wypłaci powodowi odszkodowania za leczenie szpitalne dłuższe niż 4 dni spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem po 400 zł za każdy dzień leczenia. Umowę ubezpieczenia zawarto na czas nieokreślony. Od 1.05.2013r powód korzystał także z ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z 3 polis grupowego ubezpieczenia na życie. Każda z tych 3 polis określała inną wysokość odszkodowania za leczenie szpitalne spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem. Pierwsza przewidywała odszkodowanie za każdy dzień w wysokości po 120 zł, druga po 90 zł za dzień, trzecia po 70 zł za dzień pobytu w szpitalu. W umowach grupowego ubezpieczenia ubezpieczającym była spółka z o.o. (...).

Niesporna jest także treść ogólnych warunków umów ubezpieczenia. Ogólne warunki mające zastosowanie do polisy nr (...), oraz do grupowego ubezpieczenia na życie stanowiły, że leczenie szpitalne to całodobowy pobyt w celach leczniczych, diagnostycznych, wykonania zabiegu chirurgicznego, podleganie innym rodzajom opieki medycznej, służącym ochronie zdrowia w działającym zgodnie z prawem zakładzie opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych, i w specjalnie do tego celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzenia badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych, zatrudniającym w pełnym wymiarze godzin zawodowy i wykwalifikowany personel medyczny, leczeniem szpitalnym nie jest pobyt w domu opieki, w placówce zajmującej się chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, hospicjum, ośrodkiem rekonwalescencyjnym, rehabilitacyjnym, sanatoryjnym, wypoczynkowym; leczeniem szpitalnym nie jest też leczenie alkoholizmu i innych uzależnień oraz leczenie w trybie dziennym. OWU pojęcie „nieszczęśliwego wypadku” zdefiniowały jako zaistniałe w okresie odpowiedzialności zdarzenie nagle, wywołane działającą nagle i niezależnie od woli ubezpieczonego, przyczyną zewnętrzną. Leczenie szpitalne z powodu nieszczęśliwego wypadku jako objęte zakresem ubezpieczenia określono jako leczenie szpitalne, którego bezpośrednia i wyłączną przyczyną był nieszczęśliwy wypadek. OWU w obu wypadkach ubezpieczenia przewidywało ograniczenie odpowiedzialności w wypadku leczenia szpitalnego do 90 dni leczenia w danym roku polisowym, o ile leczenie trwało w sposób ciągły dłużej niż 4 dni.

Niesporne jest, że w dniu 27.03.2012r do umów grupowego ubezpieczenia na życie pomiędzy (...)S.A. a (...) sp. z o.o. zostały zawarte aneksy nr 4, zmieniające warunki OWU w ten sposób, że w przypadku wystąpienia zdarzenia leczenia szpitalnego ubezpieczonego, leczenia szpitalnego partnera ubezpieczonego, lub leczenia szpitalnego dziecka ubezpieczonego z innej przyczyny niż nieszczęśliwy wypadek, odpowiedzialność N. została ograniczona do okresu nie dłuższego niż 30 dni w trakcie jednego pobytu w szpitalu (sporne było nie zawarcie aneksów, tylko skuteczność tej czynności).

Niesporne było także, że powód przebywał w (...)sp. z o.o. w szpitalu na Oddziale (...) w okresie od 20.11.2013r do 2.01.2014r, w SP ZOZ w K. w Szpitalu na Oddziale leczniczo – rehabilitacyjnym w okresie od 10.01.2014r do 5.02.2014r. W (...)spółce z o.o. na Oddziale (...) Ogólnoustrojowej w B. w okresie od 27.05.2014r do 8.07.2014r.

Powód korzystał także ze zwolnień lekarskich w okresie od 18.07.2013r do 1.10.2013r i w okresie od 20.11.2013r do 2.01.2014r.

Niesporne jest także, że powód przed wytoczeniem powództwa wzywał pozwanego do zapłaty odszkodowania- w dniu 7.05.2014r wezwał do zapłaty kwoty 48.280 zł, zaś w dniu 19.08.2014r do zapłaty całej należności 78.200 zł.

Niesporne jest także to, że powód wystąpił o wypłatę świadczenia z umów ubezpieczenia w dniu 16.01.2014r, 18.02.2014r i w dniu 7.08.2014r.

Niesporne jest także to, że decyzjami z dnia 6.05.2015r pozwany dokonał zapłaty z tytułu pobytu powoda na leczeniu szpitalnym kwot: 8.800 zł, 1.050 zł, 1.350 zł, 1.800 zł, 1.620 zł, 931,50 zł, 5.400 zł, 945 zł, 8,600 zł, 1.800 zł, 1.350 zł, 1.050 zł. W każdej decyzji o wypłacie wskazywano okres pobytu w szpitalu, co pozwala je przyporządkować do konkretnych pobytów szpitalnych.

( dowód: polisa nr (...) -k. 8, polisy grupowego ubezpieczenia na życie –k. 9-11, OWU-k. 12-15, 16-23. 133-140, zaświadczenie o pobycie w szpitalu –k. 24, szpitalna karta informacyjna –k. 25, szpitalna karta informacyjna –k. 203-204, zaświadczenie z ZUS –k. 26, kopie zwolnień lekarskich –k. 165-167, 169-172, wezwania do zapłaty –k. 27-28. decyzje o przyznaniu świadczenia –k. 76-87, 141-142, 148, 185-188, 196-199, umowy generalne grupowego ubezpieczenia na życie –k. 119-121, 123-126, 128-130, aneksy nr 4 –k. 122, 127, 131, wnioski o wypłatę świadczenia – k. 149-151, 189-192, 200-202)

Sporne w sprawie było to, czy wypadek, któremu uległ powód miał charakter nieszczęśliwego wypadku, w rozumieniu definicji zawartej w OWU.

Powód wraz z rodziną w lipcu 2013r przebywał na wczasach w K.. Rano 11 lipca 2013r szedł przez las na plażę, z parawanami, żeby zarezerwować miejsce. Idąc poślizgnął się na korzeniu drzewa i upadł na plecy. Odczuwał silny ból, ale doszedł do plaży, rozbił parawany, wrócił po rodzinę. Ból nie ustępował. Powód skrócił urlop i wrócił do C., poszedł do lekarza rodzinnego, ten skierował go na rtg. Dalsze leczenie odbywało się zgodnie z zaleceniami lekarzy. To oni zdecydowali, że konieczne są kolejne hospitalizacje i powód jedynie podporządkował się ich zaleceniom.

( dowód: zeznania powoda M. B. –k. 288-289 )

Powód w wyniku zdarzenia z dnia 11.07.2013r, doznał stłuczenia kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego i złamania wyrostka poprzecznego prawego kręgu L2. Do urazu mogło dojść w okolicznościach podawanych przez powoda. Stosowana w leczeniu farmakoterapia oraz trzykrotne leczenie szpitalne pozostawały w związku z obrażeniami doznanymi przez powoda w dniu 11 lipca 2013r i służyły zmniejszeniu skutków doznanego urazu . Leczenie odbywało się prawidłowo. Możliwe jest, że odczuwane przez powoda dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego były związane nie tylko z urazem, ale i z dyskopatią. Jednak przebyte hospitalizacje pozostają w związku z leczeniem obrażeń powstałych w dniu 11.07.2013r.

( dowód: opinia biegłego sądowego D. K. (1) –k. 235-238, 255-256, 274 ).

Naczelnny konsultant medyczny pozwanego w stanowisku wyrażonym w dniu 5.05.2015r wyraził opinię, że zdarzenie to było nieszczęśliwym wypadkiem. Lekarz orzecznik pozwanego w opinii z dnia 20.05.2015r wyraził pogląd, że powód doznał złamania wyrostka poprzecznego prawego kręgu L2. Opierając się tylko na dokumentacji medycznej zdarzenie to stanowi nieszczęśliwy wypadek. Jednak merytorycznie lekarz powziął wątpliwości, wynikające z tego, że u powoda mimo tak długiego okresu leczenia nie wykonano badania TK i MR. Badania rtg lekarzowi nie przedstawiono, zatem zasadność tak długiego okresu leczenia budziła w nim wątpliwość.

( dowód: kopie orzeczenia lekarskiego z i stanowiska konsultanta z akt szkodowych –k. 144-147 )

## **2. Ocena dowodów.**

Jak już wyżej wskazywano, większość istotnych okoliczności faktycznych w tej sprawie była niesporna i zostały one przez strony przyznane. Przyznanie to nie budzi wątpliwości, ponieważ w istocie te okoliczności faktyczne zostały udowodnione dokumentami w postaci polisy nr (...) -k. 8, polisy grupowego ubezpieczenia na życie –k. 9-11, OWU-k. 12-15, 16-23. 133-140, zaświadczeniem o pobycie w szpitalu –k. 24, szpitalną kartą informacyjną –k. 25, szpitalną kartą informacyjną –k. 203-204, zaświadczeniem z ZUS –k. 26, kopiami zwolnień lekarskich –k. 165-167, 169-172, wezwaniami do zapłaty –k. 27-28. decyzjami o przyznaniu świadczenia –k. 76-87, 141-142, 148, 185-188, 196-199, umowami generalnymi grupowego ubezpieczenia na życie –k. 119-121, 123-126, 128-130, aneksami nr 4 –k. 122, 127,

131, wnioskami o wypłatę świadczenia –k. 149-151, 189-192, 200-202. Sąd dał wiarę w/w dowodom, żaden z nich nie był kwestionowany.

Sąd dał wiarę opinii biegłego sądowego D. K. (1). Biegły wydał opinię po analizie całej dostępnej dokumentacji medycznej, a także badaniu przedmiotowym. W opinii biegły opisał wnioski, które wyciągnął, a także je uzasadnił. Opinia jest więc pełna, kompletna, kategoryczna. Opinia biegłego pozwoliła na zweryfikowanie prawdziwości zeznań powoda, którym także dano wiarę. Biegły potwierdził, że do urazu mogło dojść w okolicznościach podawanych przez powoda. Potwierdził także, że sposób leczenia powoda był prawidłowy. Pobyty szpitalne powoda wynikały z decyzji lekarskich, którym się podporządkował. Opinia biegłego pozwoliła także na poczynienie ustalenia, iż każda z 3 hospitalizacji pozostawała w związku przyczynowym z urazem z 11.07.2013r, a nie była konsekwencją dyskopatii, czy rwy kulszowej. Owszem, dolegliwości bólowe odczuwane przez powoda mogły wynikać także z dyskopatii, ale nie były przyczyną kolejnych pobytów szpitalnych.

Sąd dał także wiarę orzeczeniu lekarskiemu i stanowisku konsultanta pozwanego –k. 144-147. Obaj lekarze w istocie potwierdzili, że zdarzenie ( o ile miało miejsce ), miało charakter nieszczęśliwego wypadku. Ich wątpliwości wzbudził sam proces leczenia, nie wykonanie badania TK i MR. Jednak w tym zakresie Sąd oparł się na opinii biegłego sądowego, który nie wniósł zastrzeżeń do przebiegu leczenia powoda.

### **3. Ocena prawna.**

Powód od dnia 15.04.2013r na podstawie indywidualnie zawartej umowy ubezpieczenia na życie i od dnia 1.05.2013r na podstawie umów grupowego ubezpieczenia na życie do których przystąpił, podlegał ochronie ubezpieczeniowej świadczonej przez poprzednika prawnego pozwanego. Ochrona ta obejmowała między innymi leczenie szpitalne na skutek nieszczęśliwego wypadku. Pozwany uznał roszczenie powoda z tą zmianą, że przyjął swoją odpowiedzialność za leczenie szpitalne, co do każdego z pobytów szpitalnych powoda, jednak tylko za okresy pobytu nie przekraczające 30 dni ( przy polisach grupowego ubezpieczenia na życie ). Pozwany więc uznał roszczenie, czego dowodem jest wypłata świadczeń powodowi, w stosunku do każdego z 3 pobytów szpitalnych.

OWU w wypadku wszystkich polis, definiowały w taki sam sposób pojęcie leczenia szpitalnego , za okres którego pozwany ponosi odpowiedzialność. Nie ulega wątpliwości, że wszystkie 3 pobyty powoda w szpitalach odpowiadały tej definicji. Powód był hospitalizowany na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy specjalistów, po wcześniejszym uzgodnieniu z każdym ze szpitali terminu przyjęcia. Długość pobytu w każdym szpitalu była wynikiem decyzji tamtejszego personelu medycznego. W każdym z 3 przypadków, leczenie było całodobowe, stacjonarne, pobyt odbywał się w celach leczniczych. Sam pozwany finalnie wskazując w decyzjach o wypłacie odszkodowania każdy z 3 pobytów szpitalnych, uznał, że odpowiadały one pojęciu leczenia szpitalnego. Sąd także nie ma co do tego żadnych wątpliwości, ponieważ pobyty te potwierdza dokumentacja medyczna, której dano wiarę, oraz przede wszystkim opinia biegłego D. K., z której wynika, że leczenie to miało miejsce, było prawidłowe i finalnie doprowadziło do zakończenia procesu chorobowego u powoda.

Przedmiotem sporu było to, czy pobyty szpitalne powoda wynikały z faktu, że uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, czy też dolegliwości, na które się leczył wynikały z dyskopatii, czy rwy kulszowej. W oparciu o zeznania powoda, oraz opinię biegłego, a także dokumentację medyczną leczenia szpitalnego ustalono, że wszystkie 3 pobyty w szpitalach były konsekwencją zdarzenia z 11.07.2013r, a więc nieszczęśliwego wypadku. Powód upadł na plecy po poślizgnięciu się w lesie. Opisane przez niego zdarzenie odpowiada definicji nieszczęśliwego wypadku, którą posługują się OWU. Było to zdarzenie nagłe, niezależne od woli powoda, wywołane przyczyną zewnętrzną. Opinia biegłego pozwoliła na zweryfikowanie twierdzeń powoda, potwierdzając, że taki przebieg zdarzenia mógł wywołać złamanie wyrostka poprzecznego kręgu.

Odpowiedzialność pozwanego za leczenie szpitalne spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem następuje tylko wówczas, gdy wypadek ten był bezpośrednią i wyłączną przyczyną leczenia szpitalnego. Także tutaj nie ma żadnych wątpliwości, że w każdym z 3 przypadków pobytów szpitalnych, wynikały one z procesu leczenia zainicjowanego wypadkiem z 11.07.2013r. Nie pozostawia tutaj żadnych wątpliwości opinia biegłego. Owszem u powoda rozpoznano

także dyskopatię i rwę kulszową, ale to nie te choroby były przyczyną jego kolejnych pobytów szpitalnych. Innymi słowy, gdyby nie wypadek z 11.07.2013r, powód z powodu rwy kulszowej i dyskopatii w szpitalu nie byłby leczony. Trafił 3-krotnie do szpitala i był tam leczony dlatego, że doszło do wypadku w dniu 11.07.2013r. Tak więc nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednią i wyłączną przyczyną leczenia szpitalnego w każdym z 3 przypadków.

Powoływane przez pozwanego aneksy nr 4 do grupowego ubezpieczenia na życie nie mają żadnego znaczenia, dlatego, że zmiany z nich wynikające nie dotyczyły odpowiedzialności pozwanego z tytułu leczenia szpitalnego wynikającego z nieszczęśliwego wypadku. W § 1 pkt 3 aneksów wyraźnie wskazano, że dotyczą one leczenia szpitalnego ubezpieczonego, leczenia szpitalnego partnera ubezpieczonego, oraz leczenia szpitalnego dziecka ubezpieczonego- ale wynikających z innej przyczyny niż nieszczęśliwy wypadek. Zatem dalsze rozważania w tym zakresie są zbędne, skoro aneksy te, z uwagi na przedmiot zmian, nie dotyczyły odpowiedzialności pozwanego za leczenie szpitalne z powodu nieszczęśliwego wypadku, a taki stan faktyczny ma miejsce w niniejszej sprawie.

Pierwszy pobyt w szpitalu powoda trwał 44 dni, drugi trwał 27 dni, a trzeci 43 dni. W sumie więc leczenie szpitalne trwało 114 dni ( w dwóch okresach polisowych, każdym krótszym niż 90 dni ). Świadczenia pozwanego z tego tytułu powinny więc wynieść : 114 dni razy 400 zł, 114 dni razy 120 zł, 114 dni razy 90 zł, 114 dni razy 70 zł. W sumie daje to 45.600 zł + 13.680 zł + 10.260zł + 7.980 zł = 77.520 zł.

Za pierwszy okres leczenia szpitalnego pozwany zapłacił : 8.800 zł, 1.050 zł, 1.350 zł, 1.800 zł czyli w sumie 13.000 zł. Za drugi okres leczenia szpitalnego pozwany zapłacił 1.620 zł, 931,50 zł, 5.400 zł, 945 zł, czyli w sumie 8896,50 zł. Za trzeci okres leczenia szpitalnego pozwany zapłacił 8.600 zł, 1.800 zł, 1.350 zł, 1.050 zł, czyli w sumie 12.800 zł. Łącznie co do 3 okresów leczenia pozwany zapłacił 34.696,50 zł.

Powód cofnął skutecznie pozew w części dotyczącej żądania zapłaty kwoty 34.696,50 zł , z uwagi na zapłatę tej kwoty przez pozwanego w toku procesu. W tej części więc umorzono postępowanie na podstawie art. 355 § 1 kpc – pkt 2 sentencji.

Pozwany nie zapłacił powodowi 42.823,50 zł z tytułu leczenia szpitalnego wynikającego z nieszczęśliwego wypadku. Należne odszkodowanie za pierwsze leczenie szpitalne to 29.920 zł, a za drugie 18.360 zł, czyli w sumie daje to kwotę 48280 zł. Pozwany za te dwa okresy leczenia szpitalnego zapłacił 13.000 zł i 8896,50 zł, czyli nie zapłacił kwoty 26.383,50 zł. Wnioski o wypłatę odszkodowania za te dwa okresy leczenia powód zgłosił odpowiednio 16.01.2014r i 18.02.2014r. Zgodnie z art. 817 kc pozwany powinien spełnić świadczenie w okresie 30 dni , z możliwością wydłużenia tego terminu o 14 dni. Powód domagał się zasądzenia ustawowych odsetek od kwoty 26.383,50 zł od dnia 15.04.2014r, a więc od daty, w której pozwany na pewno opóźnił się ze spełnieniem świadczenia.

Odszkodowanie za trzecie leczenie szpitalne powinno wynosić 29.240 zł, pozwany zapłacił zaś 12.800 zł, czyli nie zapłacił kwoty 16.440 zł. W tym wypadku powód zgłosił szkodę 7.08.2014r. Zważywszy na 30 dniowy okres, w którym pozwany powinien spełnić świadczenie, żądanie odsetek ustawowych od dnia 11.09.2014r jest w pełni uzasadnione.

Wreszcie powód słusznie domagał się zasądzenia skapitalizowanych odsetek ustawowych od kwoty 34.696,50 zł świadczenia zapłaconego z opóźnieniem . Odsetki te wyliczone przy pomocy kalkulatora odsetek LEX, liczone od kwoty 21.896,50 zł za okres od 15.04.2014r do 7.05.2015r wynoszą 2.617,98 zł, zaś liczone od kwoty 12.800 zł za okres od 11.09.2014r do 7.05.2015r wynoszą 851,11 zł. W sumie skapitalizowane odsetki to 3.469, 09 zł.

Reasumując, Sąd uwzględnił powództwo ( po częściowym cofnięciu żądania ), w całości.

Orzeczone na podstawie zawartych przez powoda i na rzecz powoda 4 polis ubezpieczenia na życie k. 8-11 i na podstawie art. 805 § 1 kc.

O ustawowych odsetkach orzeczone na podstawie art. 481 § 1 i § 2 kc , art. 482 § 1kc w zw. z art. 817 kc .

#### **4. Koszty procesu.**

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 kpc. Powód wygrał proces w 100%. Na zasądzone na jego rzecz koszty procesu w kwocie 6032,61 zł składają się : koszty zastępstwa procesowego 3600 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł, opłata od pozwu 2000 zł, wydatki na opinię biegłego – 255,76 zł, 95,91 zł, 63,94 zł.

O kosztach sądowych nie uiszczonych przez powoda( opłata), orzeczono na podstawie art. 113 ust 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych z dnia 28.07.2005r.