

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 31 maja 2016 r.

Sąd Rejonowy we Włocławku Wydział I Cywilny

Przewodniczący : SSR Agnieszka Sobczak-Śliwińska

Protokolant : sekr. sądowy Karolina Daniel

po rozpoznaniu w dniu 20 maja 2016 r. na rozprawie

sprawy z powództwa : M. O. (1)

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

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki M. O. (1) kwotę 4.000zł (cztery tysiące złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 12 lipca 2013r. do dnia zapłaty;
2. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 717,00zł (siedemset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym do Sądu w dniu 14 lutego 2014 roku powódka M. O. (1) wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) S.A w W. kwoty 4000 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 12 lipca 2013 roku tytułem wypłaty świadczenia z ubezpieczenia grupowego na wypadek ciężkiej choroby. Wniosła nadto o zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania sądowego.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że była objęta ubezpieczeniem grupowym na wypadek ciężkiej choroby w okresie od 1 października 2007 roku do chwili obecnej. Mąż powódki S. O. (1) w 2007 roku zawarł z (...) Zakładem (...) na (...) SA umowę grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typu P (...) o numerze (...). W kwietniu 2011 roku pracownik (...) SA wprowadził w błąd S. O., że może przejść na ubezpieczenie indywidualne i powrócić następnie do ubezpieczenia grupowego. Propozycja ta wynikała stąd, że S. O. zmniejszył zatrudnienie w swojej firmie a ubezpieczenie grupowe było przewidziane dla firmy zatrudniającej co najmniej 3 pracowników. Ubezpieczenie indywidualne trwało łącznie tylko 3 miesiące od kwietnia 2011 roku do czerwca 2011 roku. Przy czym ubezpieczenie to nie obejmowało ciężkiej choroby. Na skutek zatrudnienia 3 pracownika w dniu 29 lipca 2011 roku S. O. zawarł z (...) SA kolejną umowę ubezpieczenia grupowego. Polisa została zawarta na okres od 1 sierpnia 2011 roku do dnia 31 lipca 2012 roku z możliwością przedłużenia jeżeli żadna ze stron nie postanowi inaczej. Stąd też umowa po upływie tego okresu została automatycznie przedłużona. Umowa w pkt V pkt 14 przewidywała wypłatę odszkodowania na wypadek ciężkiej choroby w kwocie 7000 złotych. Wcześniej w marcu 2010 roku M. O. (1) podjęła diagnostykę i leczenie nerek. W trakcie pobytu w szpitalu w marcu 2010 roku stwierdzono u niej przewlekłą niewydolność nerki w stadium IV oraz stan po prawostronnej nefrektomii z powodu marskości nerki. Wtedy powódka wystąpiła do ubezpieczyciela o wypłatę świadczenia z tytułu ciężkiej choroby. Wówczas (...) stwierdziło, że niewydolność nerek nie jest objęta odpowiedzialnością ubezpieczyciela ponieważ nie wdrożono dializoterapii. W okresie od 9 maja 2013 roku do 10 czerwca 2013 roku doszło o kolejnej hospitalizacji M. O. i zdiagnozowano u niej przewlekłą chorobę nerek w stadium V z koniecznością dializoterapii. W związku z tym, że jest to zdarzenie ubezpieczeniowe, powódka wystąpiła do (...) o wypłatę odszkodowania. Ubezpieczyciel ponownie odmówił wypłaty motywując to tym, że postępowanie diagnostyczne – lecznicze rozpoczęto

u powódki przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A a także tym, że do zdiagnozowania choroby doszło już w dniu 9 maja 2011 roku. W dalszej części pisma powódka przyznała, że chorowała na nerki od lat, o czym pozwany wiedział, choćby z rozpoznania pierwszego zdarzenia ubezpieczeniowego i w czasie wypłat odszkodowania za pobyt w szpitalu w roku 2008 i 2010. Podkreśliła, że zaniechanie wypłaty świadczenia wyniknęło z błędnego przekonania, że powódka legitymuje się okresem ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby od 1 sierpnia 2011 roku. W sytuacji gdy była nim objęta od roku 2007. Krótkotrwały okres ubezpieczenia indywidualnego, po powrocie do ubezpieczenia grupowego według informacji otrzymanych od pracownika pozwanego nie miał powodować przerwy w okresie ubezpieczenia. Ponadto także pracownik (...) podpisując deklaracje przystąpienia do grupowego ubezpieczenia z dnia 29 lipca 2011 roku zawarł polise jako kontynuację wcześniejszego ubezpieczenia grupowego od dnia 1 października 2007 roku. Kontynuacja ta była warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia pracodawcy i pracowników. Zaznaczono również, że odsetek powódka żąda z uwzględnieniem § 33 ogólnych warunków ubezpieczenia grupowego typu P (...) S.A.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Zakład (...) na (...) SA w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości. W uzasadnieniu pozwany wskazał, że powódka na dzień 9 maja 2013 roku była objęta grupowym ubezpieczeniem typ P (...) przy czym początkiem odpowiedzialności był 01 sierpnia 2011 roku. Do umowy zastosowanie mają ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) SA numer (...) z dnia 26 czerwca 2007 roku. Umowa obejmowała także dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby, do których mają zastosowanie owu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) SA numer (...) z dnia 23 czerwca 2010 roku. W dniu 11 czerwca 2013 roku powódka zgłosiła wystąpienie ciężkiej choroby. Pozwany przeprowadził postępowanie wyjaśniające w wyniku, którego ustalił, że powódka w roku 2008 była leczona z powodu przewlekłej niewydolności nerek. Wobec tego decyzją z dnia 28 czerwca 2013 roku pozwany odmówił wypłaty świadczenia., wskazując, że zgodnie z § 19 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby odpowiedzialność nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...). W wyniku odwołania powódki pozwany, w drodze wyjątku decyzją z dnia 30 lipca 2013 roku przyznał powódce świadczenie w kwocie 3000 złotych będącej częścią sumy ubezpieczenia. Pozwany wskazał nadto, że powódka od dnia 1 października 2007 roku do dnia 31 marca 2011 roku była objęta grupowym ubezpieczeniem pracowniczym Typ P potwierdzonym polisą (...). Do umowy miały zastosowanie ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzone uchwałą numer (...) Zarządu (...) na (...) S.A z dnia 26 listopada 2003 roku. Umowa ubezpieczenia grupowego została rozwiązana z dniem 31 marca 2011 roku. W okresie od 1 kwietnia 2011 roku do 31 lipca 2011 roku powódka była objęta ubezpieczeniem indywidualnie kontynuowanym, które nie było rozszerzone o dodatkowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby. Od dnia 1 sierpnia 2011 roku powódka ponownie została objęta ubezpieczeniem grupowym zgodnie z polisą numer (...) wobec powyższego nie polega na prawdziwe twierdzenie strony powodowej, że powódka była objęta ubezpieczeniem grupowym na wypadek ciężkiej choroby od dnia 1 lipca 2007 roku do chwil obecnej. W dalszej części pisma pozwany wskazał, że ciężka choroba zdiagnozowana u powódki w dniu 9 maja 2013 roku była następstwem choroby, z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u powódki przed początkiem odpowiedzialności (...) SA to jest przed 1 sierpnia 2011 roku. Pozwany zaprzeczył jednocześnie aby pracownik powódki wprowadził w błąd ubezpieczającego S. O. (1) co do zakresu ubezpieczenia w ramach indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia grupowego oraz konsekwencji z tym związanych. Pozwany zaprzeczył też aby pracownik (...) podpisując deklarację przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego zawarł nową umowę jako kontynuację wcześniejszego ubezpieczenia grupowego od dnia 1 października 2007 roku. Z treści polisy (...) nie wynika, iż polisa ta jest kontynuacją umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą (...). P. temu owu ubezpieczenia podstawowego jak i dodatkowego.

W toku postępowania strony podtrzymały dotychczasowe stanowiska w sprawie.

Sąd ustalił co następuje:

Począwszy od dnia 1 października 2007 roku M. O. (1) objęta była grupowym ubezpieczeniem pracowniczym typ P potwierdzonym polisą (...) w związku z zawarciem umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P przez

swego męża S. O. (1) w ramach prowadzonej przez niego działalności gospodarczej pod nazwą Usługi muzyczne (...) . Do ubezpieczenia miały zastosowanie ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P. M. O. korzystała nadto z dodatkowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby w zakresie rozszerzonym a nadto z dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego. Formularz deklaracji przystąpienia zawierał zapytanie dotyczące rozpoznania lub leczenia u ubezpieczonego opisanych w formularzu schorzeń wśród, których znalazła się niewydolność nerek. M. O. (1) nie wskazała na rozpoznanie u niej lub leczenie chorób/schorzeń wyszczególnionych w formularzu. Formularz deklaracji przystąpienia poniżej zestawienia chorób/stanów chorobowych zawierał nadto zapis „nie wystąpił u mnie żaden wymieniony powyżej stan lub choroba” z kwadratem umożliwiającym zaznaczenie opcji. M. O. (1) nie dokonała również wyboru tej opcji. Do ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zastosowanie miały ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzone uchwałą numer (...). Zgodnie z § 4 pkt 1 i 2 tej regulacji, zakres ubezpieczenia obejmował wystąpienie między innymi niewydolności nerek w stadium końcowym w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia przeszczepu nerki. § 17 zastrzegał natomiast, że (...) SA nie ponosi odpowiedzialności w okresie pierwszych trzech lat od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego w razie podania w deklaracji przystąpienia niezgodnych z prawdą informacji i oświadczeń istotnych dla oceny ryzyka mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zdarzenia objętego umową. Przy odpowiedzialność (...) SA nie obejmuje ciężkich chorób które wystąpiły u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) SA w stosunku do ubezpieczonego bądź były następstwem chorób lub stanów o które (...) SA zapytał w deklaracji przystąpienia a które wystąpiły u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) SA w stosunku do ubezpieczonego. Z § 10 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P wynikało, że umowa zawierana jest pomiędzy (...) SA a ubezpieczającym na czas nieokreślony. § 9 ogólnych warunków zastrzegał natomiast, że umowa może zostać zawarta jeżeli deklaracje przystąpienia złożą co najmniej 3 osoby, a (...) SA nie odmówi zgody na ich przyjęcie. Przy czym w przypadku spadku liczby ubezpieczonych poniżej 3 osób umowa – zgodnie z regulacją § 13 – rozwiązuje się z upływem okresu, za jaki przekazano ostatnią składkę przed spadkiem liczby ubezpieczonych poniżej 3 osób.

W 1989 roku M. O. (1) przeszła prawostronną nefrektomię. Od roku 2003 pogarszał się stan nerki lewej.

W dniach od 12 września 2007 roku do 18 września 2007 roku M. O. (1) była hospitalizowana z powodu nadciśnienia tętniczego. W czasie hospitalizacji zdiagnozowano przewlekłą chorobę nerek.

W dniach od 17 czerwca 2008 roku do dnia 23 czerwca 2008 roku M. O. (1) była leczona szpitalnie z powodu przewlekłej niewydolności nerek, z adnotacją o przebytej nefrektomii. O fakcie tym ubezpieczyciel był poinformowany.

W dniach od 2 marca 2010 roku do dnia 5 marca 2010 roku M. O. (1) przebywała w szpitalu z rozpoznaniem niewydolności nerek w stadium IV oraz stanem po prawostronnej nefrektomii z powodu marskości nerki.

Na wniosek ubezpieczonej o przyznanie świadczenia z tytułu ciężkiej choroby (...) SA pismem z dnia 16 kwietnia 2010 roku odmówiła wypłaty świadczenia ze wskazaniem, że rozpoznana jednostka nie jest objęta ubezpieczeniem (leczenie z powodu niewydolności nerek bez wdrożonej dializoterapii).

W związku z hospitalizacjami w roku 2008 i 2010 M. O. (1) otrzymała świadczenie na skutek przebytego leczenia szpitalnego.

W efekcie tego, że ubezpieczenie grupowe skierowane było do podmiotów zatrudniających co najmniej 3 osoby, począwszy od kwietnia 2011 roku S. O. (1) (który od tego okresu zatrudniał jedynie 2 osoby) i M. O. (1) przeszli na indywidualnie kontynuowane ubezpieczenie na Życie typ P (bez opcji ciężkiej choroby) potwierdzone odpowiednio polisami numer (...). S. O. (1) zależało na kontynuacji umowy w dotychczasowym zakresie (wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi), na co wskazał pracownikowi (...) S.A. S. O. (1) ani M. O. (1) nie zostali przez pracowników (...) S.A. poinformowani o zakresie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego, w szczególności że nie będzie ono obejmowało ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby.

Na skutek ponownego zwiększenia zatrudnienia do 3 osób S. O. (1) zawarł kolejną umowę ubezpieczenia grupowego. Pismem z dnia 28 lipca 2011 roku skierowanym do (...) S.A S. O. (1) wniósł o zniesienie karencji na ubezpieczenie dodatkowe powołując się na bardzo długi staż ubezpieczeniowy w (...) S.A. W uzasadnieniu S. O. wskazał, że ubezpieczenie grupowe było opłacane do końca marca 2011 roku. Przy czym z uwagi na to, że w ramach prowadzonej przez niego działalności gospodarczej pozostały zatrudnione tylko dwie osoby został poinformowany, że wraz z drugim pracownikiem powinien kontynuować to ubezpieczenie indywidualnie i w razie wznowienia działalności w składzie minimum trzyposobowym, będzie mógł powrócić do ubezpieczenia grupowego. W dalszej części pisma S. O. (1) podkreślił, że dla zachowania ciągłości ubezpieczenia grupowego wraz z M. O. (1) zawarli umowę ubezpieczenia indywidualnego kontynuowanego z początkiem odpowiedzialności od 1 kwietnia 2011 roku. Przy czym ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane było opłacane do końca lipca 2011 roku.

Od dnia 1 sierpnia 2011 roku M. O. (1) objęta była grupowym ubezpieczeniem pracowniczym typ P (...) potwierdzonym polisą numer (...). Do ubezpieczenia miały zastosowanie ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...). Umowa ubezpieczenia obejmowała ponadto grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby, do którego miały zastosowanie ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) S.A numer (...). W przypadku wystąpienia ciężkiej choroby suma świadczenia ustalona została na kwotę 7000 złotych. W § 3 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zastrzeżono, że jako ciężką chorobę uważa się między innymi niewydolność nerek w stadium końcowym w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia przeszczepu nerki. § 19 stanowi z kolei, 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. Z § 18 wynika z kolei, że w okresie pierwszych 90 dni licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego (...) S.A ponosi odpowiedzialność jedynie za ciężkie choroby powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się w tym okresie.

W okresie od 9 maja 2013 roku do dnia 10 czerwca 2013 roku M. O. (1) była hospitalizowana z rozpoznaniem między innymi przewlekłej choroby nerek w stadium 5, dializoterapii otrzewnowej.

W związku z postawionym rozpoznaniem w dniu 11 czerwca 2013 roku M. O. wystąpiła do ubezpieczyciela o wypłatę świadczenia z tytułu ciężkiej choroby.

Pismem z dnia 28 czerwca 2013 roku (...) SA odmówiło wypłaty świadczenia w związku z wystąpieniem ciężkiej choroby powołując się na fakt, że M. O. jest objęta ubezpieczeniem na wypadek ciężkiej choroby od dnia 1 sierpnia 2011 roku zaś z systemu informatycznego (...) S.A wynika, że była ona leczona z powodu przewlekłej niewydolności nerek w 2008 roku czyli przed zawarciem ubezpieczenia w opcji ciężkiej choroby.

Pismem z dnia 30 lipca 2013 roku poinformowano M. O. (1), iż na skutek ponownego rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia przyznano jej w drodze wyjątku świadczenie w kwocie 3000 złotych z tytułu wystąpienia ciężkiej choroby.

Zgodnie z § 33 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...), (...) S.A wykonuje zobowiązanie najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością.

Dowód: owu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzone uchwałą UZ/432/2003 k. 85-87, deklaracja k.11, karta leczenia k. 16, 3odeklaracja k. 140, ogólne warunki ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) k. 69-72, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzone uchwałą UZ/172/2010 k.73-76, ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie typ P k.91-95, pismo k.17, 45, 79, 19, 156,158,159, polisy k.28,29, dokumentacja k.102 – 122, 144,149, 168,169 , 193-196, 216-254257-258, 261-273, zeznania S. O. k.135-136, częściowo zeznania T. S. k. 136v-137, H. Z. k. 137v-138.

Sąd zważył co następuje:

W sprawie niniejszej poza sporem pozostaje, iż powódka w okresie od października 2007 roku do końca marca 2011 roku była objęta grupowym ubezpieczeniem pracowniczym w ramach którego korzystała także z ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego oraz z ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Nie jest też kwestionowane, że w przedziale czasu od kwietnia 2011 roku do końca lipca 2011 roku powódka zawarła umowę indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia na życie typ P. Przy czym od sierpnia 2011 roku została objęta grupowym ubezpieczeniem pracowniczym typ P (...) a nadto dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek ciężkiej choroby. Bezsporne jest także, że w czasie hospitalizacji na przełomie maja i czerwca 2013 roku u powódki stwierdzono ciężką chorobę w rozumieniu ogólnych warunków odatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Na tle tych niespornych okoliczności strona powodowa wywodziła, iż powódce M. O. (1) przysługuje świadczenie z tytułu ciężkiej choroby zdiagnozowanej w okresie hospitalizacji od 9 maja 2013 roku do 10 czerwca 2013 roku w związku z legitymowaniem się przez nią okresem ubezpieczenia z tytułu ciężkiej choroby od roku 2007. Przy czym – według powódki - krótkotrwały okres ubezpieczenia indywidualnego nie ma dla sprawy znaczenia wobec faktu, że deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia z dnia 29 lipca 2011 roku została zawarta jako kontynuacja ubezpieczenia grupowego od dnia 1 października 2007 roku. Powódka wskazywała jednocześnie, że diagnostyka i leczenie w zakresie nerki lewej było prowadzone już po pierwszym przystąpieniu do ubezpieczenia grupowego. Strona pozwana z kolei starała się wykazać, że nie ma podstaw do wypłaty świadczenia z tytułu ciężkiej choroby zdiagnozowanej w roku 2013 wobec faktu, iż stanowiła ono następstwo stanu sprzed objęcia ubezpieczeniem w roku 2011. W świetle powyższego, uwzględniając złożone przez świadków zeznania i załączone do sprawy dokumenty, zasadniczym dla rozstrzygnięcia zaistniałego sporu było przeanalizowanie postanowień ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby w zakresie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności obowiązujących w dacie przystąpienia do ubezpieczenia w roku 2007 a nadto ustalenie znaczenia objęcia powódki ubezpieczeniem indywidualnym w okresie od kwietnia do lipca 2011 roku oraz okoliczności zawarcia umów indywidualnych. Dalsze rozważania w tych kwestiach należy jednak poprzedzić stwierdzeniem, że w sprawach w których strony umowy posługują się wzorcami umów przygotowanymi przez jedną ze stron, która jednocześnie działa na rynku w zakresie objętym umową profesjonalnie należy wymagać aby wzorce takie sformułowane były w sposób jednoznaczny i jasny. Jakkolwiek niejednoznaczność winna być tym samym interpretowana z korzyścią dla strony, która nie miała wpływu na kształt postanowień wzorca. W niniejszym przypadku, w ocenie Sądu, wzorzec deklaracji przystąpienia (z roku 2007) wymogu tego nie spełniał. Formularz zawierał bowiem oświadczenie przystępującego o treści „oświadczam, że do dnia podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia rozpoznano u mnie lub leczyłem się z powodu” po czym wymienionych jest kilka chorób/stanów chorobowych wraz z miejscem do ich zaznaczenia. P. natomiast znajduje się zapis „nie wystąpił u mnie żaden wymieniony powyżej stan ani choroba” również z miejscem do zaznaczenia tej opcji. W przypadku deklaracji złożonej przez powódkę nie został zaznaczony żaden stan chorobowy – w tym niewydolność nerek. Nie została jednak również zaznaczona opcja wskazująca na nie wystąpienie żadnego ze wskazanych stanów chorobowych/chorób. Nie zaznaczając żadnej z chorób powódka nie zadeklarowała jednocześnie, że nie wystąpił u niej żaden wymieniony stan/choroba. Pomimo zaistniałej nieścisłości pozwana nie próbowała w żaden sposób kwestii tej wyjaśnić i w konsekwencji wyraziła zgodę na przystąpienie powódki do ubezpieczenia w tym w zakresie ciężkich chorób. W rezultacie nie ma podstaw do zwolnienia się pozwanej od odpowiedzialności na podstawie § 17 pkt 2 ppkt 2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Wobec M. O. (1) nie ziścił się też ppkt 1 pkt 2 ponieważ ciężka choroba nerki u powódki nie wystąpiła przed początkiem odpowiedzialności (w rozumieniu niewydolności skutkującej potrzebą dializowania pozostałej nerki). W świetle powyższego brak jest podstaw do wyłączenia odpowiedzialności pozwanego na podstawie powołanego wyżej § 17. Niezależnie od powyższego zauważyć również należy, iż omawiany formularz zawiera sformułowanie „niewydolność nerek”. Z karty leczenia szpitalnego M. O. z września 2007 roku wynika z kolei, że przyczyną hospitalizacji było podwyższone ciśnienie zaś przewlekła choroba nerek (nerki) została zdiagnozowana „świeżo”. Trzeba zatem stwierdzić, że dla ubezpieczonego, który (tak jak powódka) nie ma fachowej wiedzy medycznej są to dwa różne pojęcia. Mając zatem do dyspozycji kartę wypisową ze szpitala z września 2007 roku trudno jest postawić powódce zarzut złożenia nieprawdziwego oświadczenia skoro karta wypisowa stanowi o świeżym

rozpoznaniu choroby nerek nie zaś o ich niewydolności na co wskazuje deklaracja. Na marginesie wskazać trzeba, że nie było podstaw do wskazywania przez powódke na schorzenia nerki prawej skoro została ona usunięta w roku 1989 i tym samym zakończono proces diagnostyki i leczenia w tym przedmiocie. Na zakończenie tej części rozważań należy też zwrócić uwagę na zapis pkt 1 § 17 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, z którego wynika, że (...) S.A nie ponosi odpowiedzialności w okresie pierwszych trzech lat od początku odpowiedzialności (w niniejszym przypadku do października 2010 roku) w stosunku do ubezpieczonego, w razie podania w deklaracji przystąpienia niezgodnych z prawdą informacji i oświadczeń istotnych dla oceny ryzyka, mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zdarzenia objętego umową. Wobec zapisu umowy odpowiedzialność nie jest wyłączona po upływie wskazanego okresu.

Przechodząc z kolei do kwestii oceny znaczenia przerwania „ubezpieczenia grupowego” ubezpieczeniem kontynuowanym indywidualnie w pierwszej kolejności zauważyć trzeba, iż z literalnego zapisu umowy ubezpieczenia kontynuowanego indywidualnie i umowy ubezpieczenia grupowego wraz z deklaracją przystąpienia do tej umowy – wbrew zapatrywaniom strony powodowej – nie wynika kontynuowanie umowy ubezpieczenia grupowego od roku 2007.. Zapis o pozostawianiu osoby przystępującej do ubezpieczenia w stosunku prawnym z ubezpieczającym od 1 października 2007 roku znaczy tylko tyle, że ubezpieczający czyli podmiot, który zawarł umowę z (...) S.A pozostaje z osoba przystępującą – M. O. (1) w stosunku prawnym na podstawie umowy o pracę od października 2007. Z treści umowy nie wynika zatem aby stanowiła ona kontynuację umowy z roku 2007. Niezależnie jednak od tego Sąd uznał, że powódce należne jest świadczenie z tytułu ciężkiej choroby zdiagnozowanej w czerwcu 2013 roku zważywszy okoliczności zawarcia umów indywidualnych. W niniejszej sprawie należy bowiem uwzględnić, że podmiot zawierający umowy ubezpieczenia grupowego S. O. (1) w ramach prowadzonej działalności gospodarczej zawierał i kontynuował umowy u tego samego ubezpieczającego od roku 2003, powódka zaś przystąpiła do ubezpieczenia w roku 2007. Tak powódka jak i S. O. korzystali z dodatkowych ubezpieczeń. Powódka bowiem była objęta ubezpieczeniem w związku z leczeniem szpitalnym i z tytułu ciężkich chorób. stan ten trwał nieprzerwanie do kwietnia 2011 roku. W tym czasie, w związku z ograniczeniem zatrudnionych osób poniżej 3, przestało być możliwe kontynuowanie umowy ubezpieczenia grupowego. W tej sytuacji S. O. (1) deklarował wobec pracowników pozwanej wolę kontynuowania ubezpieczenia, w ramach ubezpieczenia indywidualnego, w tym samym zakresie. Powyższe jednoznacznie wynika z wypowiedzi S. O. (1) oraz jego późniejszych pism do (...) S.A. Przy czym dążenie takie wydaje się być ze wszech miar uzasadnione skoro umowa w zbliżonym zakresie była kontynuowana od kilku lat. Nie poinformowano jednocześnie S. O. (1) ani też M. O. (1) o wyłączeniu spod ubezpieczenia odpowiedzialności z tytułu ciężkiej choroby. Wskazują na to tak wypowiedzi S. O. jak i pośrednio świadków S. i Z., które wskazały, że jako specjalistki od ubezpieczeń grupowych nie informowały o zakresie ubezpieczenia indywidualnego. Świadek S. wskazała jednocześnie, że „pracownik z indywidualnej kontynuacji powinien poinformować o zakresie ubezpieczenia, ale następuje to już po zawarciu umowy.” Z powyższego wynika zatem, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia indywidualnego nikt nie informował o ograniczonym zakresie tego ubezpieczenia. Jest to niewątpliwie poważne uchybienie jeśli zważyć, że nie chodzi tutaj o pierwsze ubezpieczenie i wcześniej ten sam klient był objęty szerszym przedmiotowo ubezpieczeniem, zmiana w zakresie umowy jest podyktowana czynnikiem zewnętrznym (zmniejszenie liczby pracowników) niekoniecznie zależnym od woli podmiotu zawierającego umowę a nadto stosuje się sformułowanie „indywidualna kontynuacja ubezpieczenia” – na co wskazują wypowiedzi świadków S. i Z. – co sugeruje trwanie umowy jako indywidualnej w tym samym zakresie. Okoliczności powyższe wskazują, że wzajemne zaufanie, jakie jest niezbędne przy zawieraniu tego typu umów, nakazywało jednoznaczne wskazanie odmiennego zakresu zawieranej umowy (w odniesieniu do umowy ubezpieczenia grupowego) zwłaszcza w kontekście daleko idących skutków w zakresie chociażby ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Poblężliwe traktowanie tej kwestii przez pracowników pozwanej, wzajemne przenoszenie odpowiedzialności za poinformowanie klienta (podnoszenie, że pracownicy zajmujący się ubezpieczeniami grupowymi siedzą na innym piętrze niż ci zajmujący się ubezpieczeniami indywidualnymi) z pewnością stanowi naruszenie zasady wzajemnego zaufania w tego typu stosunkach i prowadzi do sytuacji w których ubezpieczeni pozostają wbrew sobie pozbawieni ochrony ubezpieczeniowej czemu można byłoby zapobiec (lub przynajmniej ograniczyć konsekwencje) w przypadku rzetelnego poinformowania klienta. W niniejszym przypadku zatem Sąd stanął na stanowisku, że w świetle art. 5 kc powódce winna być wypłacona pozostała część świadczenia z tytułu ciężkiej choroby (suma świadczenia wynosiła 7000 zł, powódce przed wniesieniem pozwu „w

drodze wyjątku” wypłacono kwotę 3000 zł). Z pewnością bowiem pozwany, który jest profesjonalistą z bardzo długą tradycją funkcjonowania na rynku ubezpieczeń winien dbać o zachowanie wysokich standardów swej działalności, które w omawianej sprawie zostały naruszone. W rezultacie Sąd orzekł jak w pkt 1 wyroku mają na uwadze art. 805 kc i nast. O odsetkach rozstrzygnięto na podstawie art. 481 kc zważywszy, że wykonanie zobowiązania winno nastąpić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu objętym ubezpieczeniem (§33 owu) co miało miejsce w dniu 11 czerwca 2013 roku i było bezsporne.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 98 kpc (z uwzględnieniem wynagrodzenia pełnomocnika, opłaty od pozwu oraz opłaty od pełnomocnictwa).