

Sygn. akt I Ca 81/16

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 czerwca 2016 r.

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

w składzie:

**Przewodniczący:** Sędzia SO Grażyna Szymańska-Pasek

po rozpoznaniu w dniu 22 czerwca 2016 r. w Ostrołęce

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa **W. B.**

przeciwko **(...) Zakładowi (...) na (...) S.A. w W.**

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego w Ostrołęce z dnia 1 grudnia 2015 r., sygn. akt I C 642/15

orzeka:

1. oddala apelację;
2. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. w W. na rzecz powoda W. B. kwotę 1.200 (jeden tysiąc dwieście) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego w postępowaniu apelacyjnym.

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 1 grudnia 2016 r. wydanym w sprawie o sygn. akt I C 642/15 Sąd Rejonowy w Ostrołęce Wydział I Cywilny w **pkt 1.** zasądził od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz W. B. kwotę 6.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 1 lutego 2015 r. do dnia zapłaty, w **pkt 2.** zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.200 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego.

**Powyższe orzeczenie Sąd pierwszej instancji wydał w oparciu o następujące najważniejsze ustalenia faktyczne oraz dokonaną na ich podstawie ocenę prawną sprawy.**

Powód w pozwie z dnia 22 września 2015 r. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. w W. kwoty 6.000 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 1 lutego 2015 r. do dnia zapłaty oraz zwrot kosztów procesu w kwocie 1.200 zł. W uzasadnieniu pozwu pełnomocnik powoda wskazał, że W. B. jest ubezpieczony u pozwanej na podstawie polisy (...) z dnia 26 marca 2014 r., w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, zawartego pomiędzy pozwaną, a Skarbem Państwa Państwowym Gospodarstwem Leśnym Lasy Państwowe Nadleśnictwem P., gdzie powód jest zatrudniony. Zgodnie z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczeniowej wypłata odszkodowania, następowała w przypadku zapadnięcia na ciężką chorobę zawodową, do kategorii której zaliczono boreliozę. Dnia 8 września 2014 r. wydane zostało orzeczenie lekarskie o rozpoznaniu u powoda zakażenia borrelia burgdorferi oraz stwierdzono rozwój choroby borelioza. Następnie w dniu 3 października 2014 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny wydał decyzję Nr (...) o stwierdzeniu u powoda, choroby zawodowej spowodowanej chorobą zakaźną borrelia burgdorferi. Powód zgłosił swoje roszczenie pozwanej niezwłocznie po otrzymaniu decyzji we wrześniu 2014 r., a także pismem z dnia 14 stycznia 2015 r. Pozwana odmówiła przyznania odszkodowania

powołując się na § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia, twierdząc, że powód zapadł na chorobę przed datą zawarcia umowy ubezpieczeniowej, co wyłącza odpowiedzialność pozwanej. Powód podniósł, że o zachorowaniu na boreliozę dowiedział się dopiero z orzeczenia lekarskiego z 8 września 2014 r. Podniósł również, że treść § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia, naruszają zasadę współzycia społecznego i że strony zawierają umowę, o odmiennie rozumianej wykładni tego przepisu. Powód zawierając umowę rozumiał ją w ten sposób, że ubezpieczenie nie obejmuje chorób dolegających ubezpieczonemu, o których ubezpieczony wie. Ponadto powód od 2007 roku, nieprzerwanie ubezpiecza się od chorób zawodowych. Pozwany w odpowiedzi na pozew, wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie zwrotu kosztów postępowania. Podkreślił, że początek odpowiedzialności z tytułu przedmiotowej umowy, datuje się na grudzień 2011 r.

Sąd Rejonowy ustalił, że bezspornym w sprawie była okoliczność, iż od 1 kwietnia 2014 r. powód objęty był umową grupowego ubezpieczenia z tytułu chorób zawodowych w pozwanym Towarzystwie (...). Bezspornym było również to, że w dniu 8 września 2014 r., wydane zostało orzeczenie lekarskie o rozpoznaniu u powoda boreliozy oraz, że powód zgłosił chorobę zawodową pozwanej w dniu 17 września 2014 r., a 7 października 2014 r., pozwany odmówił przyznania świadczenia powołując się na § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia umowy. W sprawie bezsporna była także kwota żądanego odszkodowania za powstanie zdarzenia objętego ubezpieczeniem (6.000 zł). W ocenie Sądu Rejonowego, dokonywanej zgodnie z art. 805 i nast. k.c., spór w niniejszej sprawie, którego źródłem była zawarta pomiędzy stronami umowa ubezpieczenia, sprowadzał się do ustalenia rozumienia przez strony § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia umowy. Pozwany ubezpieczyciel w toku postępowania konsekwentnie kwestionował swoją odpowiedzialność wskazując, iż zgodnie z § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia umowy 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.

W pierwszej kolejności Sąd I instancji wskazał, że zgodnie z art. 65 § 2 k.c. w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. W jego ocenie wykładnia treści umowy, zgodnie z art. 65 § 2 k.c. jest ograniczona do postanowień umowy niejasno sformułowanych, co potwierdza stanowisko Sądu Najwyższego, wyrażone w orzeczeniu z 29 maja roku sygnatura spraw V CSK 446/14 opublikowany w LEX pod numerem 1793712. Również Sąd Apelacyjny w Białymstoku, w orzeczeniu z 27 marca 2015 roku w sprawie sygnatura I ACA 885/14 LEX numer 1734649 wskazuje, że przy interpretacji postanowień umowy, argumenty językowe, gramatyczne schodzą na drugi plan, ustępując argumentom odnoszącym się do woli stron, ich zamiaru i celu.

Mając powyższe na względzie Sąd I instancji stwierdził, powołany § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia umowy nie jest jednoznaczny. Zatem do interpretacji postanowień tego zapisu, uzasadnione jest powoływanie się na dyrektywy interpretacyjne postanowień umowy, zawarte w art. 65 § 2 k.c.. W ocenie Sądu Rejonowego powoływany wyżej zapis, nie może być rozumiany inaczej, jak tylko w ten sposób, że wyłączone z ubezpieczenia są tylko, te ciężkie choroby, o których ubezpieczony, czyli powód W. B., w chwili przystąpienia do umowy wiedział. Bowiem inna interpretacja tego przepisu byłaby sprzeczna z celem umowy ubezpieczenia. Celem zawartej umowy jest objęcie ochroną ubezpieczeniową ciężkich chorób zawodowych i tych chorób zawodowych, które powstały w okresie ubezpieczenia. Nie można inaczej, interpretować powstania choroby, niż z momentem jej zdiagnozowania. Zapis postanowienia § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia umowy w brzmieniu, w których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze zdaniem Sądu, dotyczy wyłącznie tylko tych chorób, które, o których ubezpieczony wiedział.

Tymczasem Sąd I instancji stwierdził, że dopiero z dniem wydania diagnozy t.j. 8 września 2014 r. powód miał wiedzę na jaką chorobę cierpi. Natomiast przystępując do ubezpieczenia w marcu 2014 r. i składając deklarację przystąpienia powód zgodnie z prawdą stwierdził, że nie występują u niego żaden z wymienionych, w tym zapisie choroby, bowiem żadne z nich ni były potwierdzone. Pozwany z kolei, nie podnosił, że powód wiedział, że zapadł na boreliozę przed objęciem umową ubezpieczenia. Podnosił jedynie kwestię rozpoczęcia diagnostyki przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Zadaniem Sądu Rejonowego nie można inaczej interpretować postępowania diagnostycznego, jak tylko dotyczącego takiego postępowania co, do którego jest pewność, jakiej choroby dotyczy. W tej sprawie, taka

sytuacja miejsca nie miała. Zdaniem Sądu, wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, ma miejsce tylko, co do chorób, o których ubezpieczający wiedział, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia. Natomiast w niniejszej sprawie powód przystępując do umowy ubezpieczenia o boreliozie nie wiedział.

Reasumując Sąd Rejonowy uznał, wobec wystąpienia w niniejszej sprawie zdarzenia medycznego w postaci ciężkiej choroby w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia i nie kwestionowania wysokości odszkodowania powództwo na podstawie art. 805 k.c. w całości zasługiwało na uwzględnienie.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. z uwagi na fakt, iż to powód wygrał sprawę i zasądził od pozwanego ubezpieczyciela na rzecz powoda koszty w wysokości 1200 zł, określone w żądaniu pozwu. Innych roszczeń związanych z kosztami postępowania nie zgłaszał. Orzeczenie, więc ponadto stanowiłoby wyjście, ponad żądanie

**Apelację** od powyższego wyroku Sądu Rejonowego w Ostrołęce wywiódł pozwany zaskarżając go w całości, zarzucając mu naruszenie:

1. przepisów prawa materialnego, t.j. art. 806 § 2 k.c., art. 353<sup>1</sup> k.c., art. 65§ k.c. poprzez błędną ich interpretację i niezastosowanie, w przypadku gdy bezsporną między stornami była okoliczność wyłączająca odpowiedzialność (postępowanie diagnostyczno-lecznicze w kierunku boreliozy rozpoczęto przed datą zawarcia umowy), a także przepisów prawa procesowego, t.j. art. 217 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. oraz art. 232 k.p.c. i art. 233§1 k.p.c. poprzez nie przeprowadzenie postępowania dowodowego i niewyjaśnienie wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy oraz w konsekwencji również przekroczenie zakresu swobodnej oceny dowodów i nie rozpoznanie sprawy co do istoty, mające wpływ na wynik postępowania.

Wskazując na powyższe pozwany wniósł o zmianę wyroku i oddalenie powództwa w całości, ewentualnie uchylenie wyroku w zaskarżonym zakresie i przekazanie w tym zakresie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania. Nadto wniósł o zasądzenie na jego rzecz od powoda kosztów postępowania, również za instancję odwoławczą, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz kosztów opłaty sądowej od apelacji.

W uzasadnieniu apelacji podniósł, że zapis § 19 CCGP33 jest jednoznaczny i nie wymaga interpretacji przy użyciu art. 65 § 2 k.c., jak przyjął to sąd. Wyłączona jest ciężka choroba, która już wystąpiła, albo taka, z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze. Ubezpieczony przystępując do umowy znał ogólne warunki, na jakich była ona zawarta. Natomiast, okoliczność, że z powodu boreliozy postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęto przed datą zawarcia umowy była przyznane w pozwie. Podniósł również, że za datę wiedzy powoda o chorobie Sąd bez dowodu przyjął dopiero datę wydania oficjalnego orzeczenia o rozpoznaniu choroby zawodowej celem wydania decyzji przez Inspektorat Sanitarny. Bak kwestionowania powyższego dokumentu przez pozwanego, nie oznacza, że okoliczność dowiedzenia się przez powoda był bezsporna w niniejszej sprawie. Dla wyłączenia odpowiedzialności zasadne było ustalenie kiedy zostało wszczęte postępowanie diagnostyczno-lecznicze w kierunku boreliozy i w tym kierunku zmierzały wnioski dowodowe pozwanego. Wydanie oficjalnej decyzji nie jest faktyczną datą wiedzy ubezpieczonego o chorobie. W ocenie pozwanego boreliozę u powoda wykryto 14 czerwca 2013r. w Wojewódzkim Szpitalu (...) w W., a rozpoznanie zostało postawione podczas wizyty lekarskiej u dr D. K. 20 czerwca 2013 r.

W odpowiedzi na apelację pełnomocnik powoda wniósł o oddalenie apelacji pozwanego i zasądzenie na rzecz powoda od pozwanego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

#### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelację podlegała oddaleniu. Rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji zostało wydane na podstawie prawidłowo ustalonego stanu faktycznego, które to ustalenia Sąd Okręgowy w pełni podziela. Sąd Rejonowy dokonał właściwej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, jak również trafnej wykładni prawa materialnego.

W pierwszej kolejności niezasadny jest zarzut błędnego przyjęcia przez Sąd pierwszej instancji, odpowiedzialności pozwanego w sytuacji gdy, w sprawie wystąpiła okoliczność wyłączająca odpowiedzialność, a mianowicie postępowanie diagnostyczno-lecznicze w kierunku boreliozy rozpoczęto przed datą zawarcia umowy. Wskazać należy, że Sąd Rejonowy powyższe poczynił na podstawie rozważenia wszystkich okoliczności sprawy i wobec uznania, że zapis § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia zawartej przez W. B. od dnia 1 kwietnia 2014 r. jest niejednoznaczny i w konsekwencji powyższy zapis postanowienia umowy należy, interpretować zgodnie z dyrektywami przepisu 65 §2 k.c.

W niniejszej sprawie istotnym było to, co całkowicie pozwany pominął w swojej apelacji, że powód W. B. w zawartej umowie ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby w niniejszym stosunku prawnym występował jako konsument. Jako zatem względem strony słabszej, należało uwzględnić przewidywaną dla niego szczególną ochronę roztaczaną przez prawo. W tym miejscu z całą mocą podkreślić należy, że wedle art. 385 § 2 k.c. niejednoznaczne postanowienia wzorca umowy powinny być tłumaczone na korzyść konsumenta. W ocenie Sądu Odwoławczego, takim postanowieniem jest regulacja zawarta w § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Dokonując jego wykładni należy uznać, że odpowiedzialność pozwanego nie obejmuje ciężkich chorób, które już wystąpiły a nie były jednocześnie leczone lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze. W tym drugim wypadku 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.

Zaznaczyć należy, iż materię niedozwolonych postanowień umownych (zwanych w literaturze także m. in. klauzulami abuzywnymi, postanowieniami nieuczciwymi, postanowieniami niegodziwymi) – w tym skutki wprowadzenia ich do umowy z udziałem konsumentów regulują przepisy art. 385<sup>1</sup> i nast. k.p.c. Uznanie abuzywności klauzuli umownej jest możliwe zarówno na podstawie klauzuli generalnej zawartej w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., jak i na podstawie katalogu klauzul zamieszczonego w art. 385<sup>3</sup> k.c. Klauzula generalna zawarta w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. znajduje zastosowanie do wszystkich umów konsumenckich. Aby określone postanowienie umowy mogło zostać uznane za „niedozwolone postanowienie umowne” muszą zostać spełnione cztery warunki: umowa musi być zawarta z konsumentem, postanowienie umowy „nie zostało uzgodnione indywidualnie”, postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, postanowienie sformułowane w sposób jednoznaczny nie dotyczy „głównych świadczeń stron”. Niewątpliwie umowa ubezpieczenia, będąca przedmiotem niniejszej sprawy, została zawarta z powodem jako konsumentem. W piśmiennictwie przyjmuje się, że nie są postanowieniami indywidualnie negocjowanymi („uzgodnionymi”) klauzule sporządzone z wyprzedzeniem, w sytuacji gdy kontrahent nie miał wpływu na ich treść, nawet jeżeli są one zawarte we wzorcu wykorzystanym tylko jednorazowo. Istotny jest fakt braku negocjacji między stronami, a nie zastosowanie wzorca również wobec innych podmiotów. Nie będą także postanowieniami „uzgodnionymi” postanowienia wybrane przez konsumenta z kilku przedstawionych mu przez przedsiębiorcę postanowień alternatywnych. Również wiedza kontrahenta o istnieniu klauzul nienegocjowanych czy też możliwość zapoznania się z nimi przed zawarciem umowy i nawet zrozumienie ich treści nie stanowią okoliczności wyłączającej uznanie tych klauzul za narzucone – kryterium istotnym jest tu bowiem możliwość wpływania, oddziaływania na kształtowanie ich treści (por. A. Rzetecka – Gil: Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania - część ogólna, LEX 2011). W konsekwencji postanowieniami indywidualnie uzgodnionymi będą takie, które były w sposób rzeczywisty negocjowane lub włączone do umowy wskutek propozycji zgłoszonej przez samego konsumenta. Nadto, ustawodawca wprowadza ułatwienie dla konsumenta – jest nim domniemanie, że nie są indywidualnie uzgodnione te postanowienia, które zostały przejęte z wzorca zaproponowanego przez kontrahenta (art. 385<sup>1</sup> § 3 zdanie drugie k.c.). Bezspornym jest, że zawarta umowa była umową grupowego ubezpieczenia pracowniczego i zakres tej umowy był jednakowy dla wszystkich osób zatrudnionych, co przekonuje o braku możliwości realnego wpływu konsumenta na treść kwestionowanych postanowień. Sam fakt, że ubezpieczony nie współtworzył postanowień umowy, które są niezgodne z interesem powoda i rażąco sprzeczne z dobrymi obyczajami, skutkuje możliwością uznania ich za

niedozwolone postanowienia umowne. Wymieniony zapis ogólnych warunków ubezpieczenia, w stopniu daleko idącym ogranicza odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie oferowanego ubezpieczenia i przez to kształtuje prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Oczywiście możliwe jest ograniczenie świadczeń z umowy, jednak w takim wypadku, dla odpowiedniej ochrony konsumenta, obowiązki informacyjne ubezpieczyciela muszą być dalej posunięte i polegać nie tylko na skutecznym powiadomieniu o wyłączeniach konsumenta przed przystąpieniem do ubezpieczenia, ale przede wszystkim na odpowiednim ułożeniu pertraktowania umowy, by konsument przystępując do niej, miał pełną świadomość wynegocjowanych świadczeń i proponowanych przez ubezpieczyciela wyłączeń. Nie można poprzestać na ogólnym stwierdzeniu w polisie, że ubezpieczenie dotyczy ciężkich chorób, a w osobnym dokumencie nazwanym ogólnymi warunkami ubezpieczenia, nieprzedstawianym bezpośrednio ubezpieczonemu (w przypadku ubezpieczenia grupowego), umieścić niejasny zapis wyłączający odpowiedzialność powoda. Taka polityka informacyjna narusza interes konsumenta i wprowadza go w błąd, pozwalając mu na sądenie podczas przystępowania do ubezpieczenia, że świadczenie będzie wypłacone w razie wystąpienia jednej z chorób zawodowych.

Wynikiem uznania postanowienia umownego za niedozwolone jest częściowa bezskuteczność umowy, polegająca na tym, że postanowienie takie nie wiąże stron (art. 385<sup>1</sup> § 2 k.c.), natomiast w pozostałym zakresie umowa jest wiążąca. Innymi słowy, „brak związania” postanowieniem umownym na skutek uznania go za niedozwolone nie oznacza nieważności czy bezskuteczności umowy w całości, a jedynie w określonym zakresie (art. 385<sup>1</sup> § 2 k.c.).

Słuszne jest stanowisko Sądu Rejonowego, że w takim przypadku przy interpretacji umowy zastosowanie znajduje art. 385 § 2 k.c., zgodnie z którym wzorzec umowy, ogólne warunki ubezpieczenia, powinny być sformułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a postanowienia zawierające sformułowania niejednoznaczne interpretuje się na korzyść ubezpieczonego. Treść stosunku prawnego ubezpieczenia ustalana jest na podstawie przesłanek określonych w art. 65 k.c. także wówczas, gdy strona zawierając umowę posługuje się wzorcem umowy w postaci ogólnych warunków ubezpieczenia. Postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia podlegają wykładni z uwzględnieniem dyrektyw interpretacji oświadczeń woli określonych w art. 65 § 2 k.c. i to z uwzględnieniem wynikającej z art. 385 § 2 k.c. zasady interpretacji niejasnych postanowień wzorca w sposób korzystny dla ubezpieczonego. Wskazane powyżej dyrektywy wykładni znajdują zastosowanie między innymi do przewidzianego umową wypadku ubezpieczeniowego, w razie zajścia którego ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone w umowie ubezpieczenia świadczenie. Ustalenie zakresu tego zdarzenia prawnego nie może odbyć się wyłącznie na podstawie samego brzmienia postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, z pominięciem zgodnej woli stron umowy określonej przy zastosowaniu przesłanek wynikających z art. 65 § 2 k.c. Ponadto należy pamiętać, że umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i przy wykładni jej postanowień nie można tracić z pola widzenia tego jej zasadniczego celu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2002 r., IV CKN 1421/00, niepubl.). Z tego punktu widzenia konieczność dokonania wykładni woli stron umowy i oceny rozumienia przez nie zarówno postanowień umowy, jak i postanowień OWU, wymaga zawsze uwzględnienia również okoliczności, w których doszło do złożenia oświadczeń woli i zawarcia umowy ubezpieczenia oraz celu, dla którego ubezpieczenie jest zawierane. Konsument ma prawo wiedzieć, jakie warunki powinien spełnić, aby skutecznie domagać się wypłaty ubezpieczenia. Skoro zakład ubezpieczeń ich nie precyzuje w sposób jednoznaczny, to ponosi ryzyko tego, że zostaną one zinterpretowane na korzyść ubezpieczonego.

Zdaniem Sądu Odwoławczego, w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia pozwanego na wypadek ciężkiej choroby brak postanowień, określających precyzyjnie, moment rozpoczęcia postępowania diagnostyczno-leczniczego choroby, który wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela. Jak wiadomo, każda jednostka chorobowa może wywoływać wiele objawów powodujących, iż ubezpieczony będzie leczony oraz diagnozowany „wielotorowo”. Co nie będzie świadczyło jednakże o wiedzy ubezpieczonego co do swojego stanu zdrowia oraz choroby na którą jest leczony. Brak jasno określonych ram rozpoczęcia postępowania diagnostyczno-leczniczego przez ubezpieczyciela prowadzi do sytuacji, w której to ubezpieczony na etapie diagnozowania jest zobowiązany informować ubezpieczyciela o każdej zmianie jednostki chorobowej, w zależności od aktualnego badania lekarskiego. Natomiast to ubezpieczyciel winien jest wyjaśnić w zapisach ogólnych warunków grupowego na wypadek ciężkiej choroby znaczenie zapisu „rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze”.

Wobec braku takiego wyjaśnienia, postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia błędne jest przekonanie ubezpieczyciela, że sam pozytywny wynik w kierunku bakterii Boreelia, jest okolicznością wystarczającą do uznania, że w sprawie względem powoda rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze wyłączające odpowiedzialność. W szczególności, że zgodnie z wiedzą powszechnie dostępną, testy wykonywane w kierunku boreliozy i ich wyniki należy, traktować jako pomocnicze, a nie decydujące. Sam dodatni wynik badania serologicznego bez objawów klinicznych typowych dla boreliozy nie ma znaczenia diagnostycznego. Fakt potwierdzenia przez powoda, iż względem niego podjęta była diagnostyka, nie świadczy, iż w tym momencie wiedział na co choruje oraz zostało podjęte względem niego leczenie w celu wyleczenia. Jeżeli jednak pozwana, każde podjęte leczenie, traktuje w sposób wyłączający swoją odpowiedzialność w ramach § 19 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, to powyższy zapis powinna na tyle precyzyjnie sformułować, aby ubezpieczony wiedział przed zawarciem umowy, że nie otrzyma w takiej sytuacji świadczenia, co mogłoby go skłonić do niezawierania takiej umowy. W szczególności, że powód od 2007 r. ubezpiecza się od chorób zawodowych w związku z wykonywaną pracą. Możliwe jest też takie sformułowanie treści kwestionariusza wypełnianego przed zawarciem umowy, który w oparciu o udzielone odpowiedzi przez ubezpieczającego, będzie z drugiej strony podstawą przyjęcia odpowiedzialności przez zakład czy też zwiększenia wysokości składki za okres ubezpieczenia, w przypadku uznania, że ryzyko wypłaty umówionego odszkodowania jest większe. Możliwe jest zatem takie rozłożenie ryzyka i obciążenie finansowe stron, by umowa – w razie zajścia konkretnego zdarzenia – została wykonana, a jej warunki dochowane.

W ocenie Sądu Odwoławczego momentem, w którym rozpoczyna się postępowanie diagnostyczne - lecznicze boreliozy nie jest moment, w którym uzyskano pozytywny wynik oraz podjęto doraźnie działania zmierzających do ustabilizowania funkcjonowania organizmu, lecz działania diagnostyczne skierowane bezpośrednio w celu rozpoznania i lecznicze skonkretyzowanej jednostki chorobowej. Tym samym, w niniejszym przypadku za chwilę rozpoczęcia diagnostyki i leczenia boreliozy (które każdorazowo należy czytać łącznie – według treści omawianego paragrafu) uznać należało moment wydania orzeczenia lekarskiego o rozpoznaniu choroby zawodowej dnia 8 września 2014 r., w którym to rozpoznano zakażenie Borrelią burgdorferi i rozwój choroby borelioza. Ponadto jak wskazano, u powoda występował czynnik narażenia zawodowego w postaci stałego kontaktu z biotopem występowania kleszcza łąkowego, wektora bakterii Borrelia burgdorferi, a okres narażenia trwał od 1 września 2004 r. Tym bardziej ubezpieczyciel formułując ogólne warunki ubezpieczenia grupowego ubezpieczenia powinien je precyzyjnie określić, nie pozostawiając ubezpieczonemu żadnych wątpliwości co zakresu związania zawartej z ubezpieczycielem umowy. Dodatkowo zaznaczyć należy, że z przedstawionej przez pozwanego dokumentacji nie wynika, iż na podstawie uzyskanego wyniku względem powoda podjęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze. Ponadto, u powoda chorobę zawodową rozpoznano orzeczeniem lekarskim (...) z dnia 8 września 2009 r., następnie potwierdzoną decyzją nr (...) z dnia 3 października 2014 r. Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w P.

Dlatego też Sąd Rejonowy zasadnie uwzględnił powództwo do kwoty 6.000 zł z tytułu świadczenia za wystąpienie ciężkiej choroby słusznie stwierdzając, że doszło do zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Kierując się powyższymi rozważaniami, Sąd Okręgowy, na podstawie art. 385 k.p.c., oddalił apelację pozwanego, uznając zarzuty w niej zawarte za nieuzasadnione.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 98 § 1 i §3 k.p.c. w zw. z §2 pkt 4 i §10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. 2015.1800), mając na uwadze wynik postępowania odwoławczego.