

Wyrok z dnia 10 października 2000 r., V CKN 97/00

W razie ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą – według ogólnych warunków międzynarodowego ubezpieczenia kosztów leczenia zatwierdzonych uchwałą nr UZ 15/94 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń S.A. podjętą w dniu 3 marca 1994 r. – odpowiedzialność ubezpieczyciela obejmuje także koszty poniesione przez ubezpieczonego po zakończeniu określonego umową okresu ubezpieczenia, jeżeli wynikają one z leczenia następstw nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, powstałych w okresie ubezpieczenia.

Przewodniczący: Sędzia SN Gerard Bieniek

Sędziowie SN: Stanisław Dąbrowski (sprawozdawca), Bronisław Czech

Sąd Najwyższy po rozpoznaniu w dniu 10 października 2000 r. na rozprawie sprawy z powództwa Janusza B. przeciwko Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń S.A., Inspektorat w W. o zapłatę, na skutek kasacji powoda od wyroku Sądu Wojewódzkiego w Bielsku-Białej z dnia 17 kwietnia 1998 r.,

uchylił zaskarżony wyrok oraz wyrok Sądu Rejonowego w Wadowicach z dnia 15 października 1997 r. i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania temu Sądowi, pozostawiając mu rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

Sąd Rejonowy w Wadowicach wyrokiem z dnia 15 października 1997 r. oddalił powództwo Janusza B. przeciwko Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń, Inspektorat w W. o zasądzenie kwoty 9460 zł z odsetkami.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny. Strony zawarły umowę ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą na okres od dnia 25 do dnia 31 maja 1996 r., w związku z wycieczką powoda do Hiszpanii. Ostatniego dnia ubezpieczenia, tj. dnia 31 maja 1996 r. powód doznał nagłego krwotoku z przewodu pokarmowego. Został przewieziony do szpitala w Calella, gdzie przeprowadzono

badania diagnostyczne i przetoczenie krwi. Następnego dnia został przewieziony do Barcelony celem konsultacji i przeprowadzenia kolejnych badań, po czym z powrotem przewieziono go do szpitala w Calella, gdzie przebywał do dnia 5 czerwca 1996 r.

Za pobyt w szpitalu powód otrzymał zbiorczy rachunek kosztów leczenia na kwotę 256 375 peset i wykupił lekarstwa za 6 595 peset. Poniósł koszty rozmów telefonicznych w związku z załatwianiem pomocy w kwocie 25 000 peset, pobytu w hotelu po wyjściu ze szpitala w kwocie 225 marek niemieckich, przewozu taksówką na lotnisko w kwocie 8 500 peset i transportu lotniczego w kwocie 118 000 peset, co łącznie odpowiada kwocie 9 460 złotych. Biuro Ubezpieczeń Centralnych PZU S.A. w W. powiadomiło powoda, że w drodze wyjątku przyznano mu tytułem refundacji poniesionych kosztów opieki medycznej kwotę 462,15 złotych.

Oddalając powództwo, Sąd Rejonowy miał na względzie brzmienie § 3 i § 11 ogólnych warunków międzynarodowego ubezpieczenia kosztów leczenia zatwierdzonych uchwałą nr UZ 15/94 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń S.A., podjętą w dniu 3 marca 1994 r.

Przepis § 3 ogólnych warunków przewiduje, że przedmiotem ubezpieczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty leczenia ubezpieczonego, który przebywając za granicą musiał poddać się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem. Za koszty leczenia uważa się powstałe za granicą w okresie ważności ubezpieczenia koszty pobytu w szpitalu, wizyt lekarskich, badań, leczenia, zabiegów ambulatoryjnych i operacji, zakupu niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza. Ochroną ubezpieczeniową objęte są również powstałe w okresie ubezpieczenia koszty transportu chorego karetką pogotowia z miejsca wypadku lub nagłego zachorowania do szpitala lub ambulatorium. W myśl § 1, odpowiedzialność PZU kończy się wraz z powrotem ubezpieczonego do kraju, nie później jednak niż o godzinie 24.00 ostatniego dnia okresu oznaczonego w dokumentach jako końcowy okres ubezpieczenia.

Na podstawie przytoczonych przepisów ogólnych warunków ubezpieczenia Sąd Rejonowy uznał, że umowa stron wygasła dnia 31 maja 1996 r. o godz. 24.00, a więc w dniu przyjęcia powoda do szpitala, i pozwany nie ponosi odpowiedzialności od chwili wygaśnięcia umowy za poniesione przez powoda koszty leczenia. Sąd Rejonowy stwierdził, że przed upływem okresu ubezpieczenia

nikt w imieniu powoda nie przedłużył umowy na następny okres, pomimo iż żona powoda miała kontakt z placówkami ubezpieczyciela w M. i w O.

Wobec uznania, że odpowiedzialność pozwanego wygasła dnia 31 maja 1996 r., Sąd Rejonowy uznał za stosowne w ogóle nie rozpoznawać zgłoszonego przez pozwanego zarzutu, że stan chorobowy, jaki wystąpił u powoda za granicą, nie stanowił nagłego zachorowania, lecz był konsekwencją schorzenia istniejącego przed zawarciem umowy ubezpieczenia, co na mocy § 8 ogólnych warunków ubezpieczenia wyłącza odpowiedzialność pozwanego.

Sąd Wojewódzki w Bielsku Białej wyrokiem z dnia 17 kwietnia 1998 r. oddalił apelację powoda od wyroku Sądu Rejonowego. Sąd Wojewódzki w całości podzielił ustalenia faktyczne i argumentację prawną Sądu Rejonowego.

Wyrok Sądu Wojewódzkiego powód zaskarżył kasacją opartą na obu podstawach z art. 393¹ k.p.c. Zarzucił naruszenie prawa materialnego przez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie, mianowicie art. 805 w związku z art. 65, 807, 471 w związku z art. 354 k.c. i art. 5 k.c., oraz naruszenie przepisów postępowania, mające istotny wpływ na wynik sprawy – art. 316 § 1, art. 233, 224 § 1, art. 328 § 2, art. 378 i 382 k.p.c. W konkluzji wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku oraz wyroku Sądu Rejonowego i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji, ewentualnie o ich zmianę i uwzględnienie powództwa.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Jakkolwiek w ramach podstaw kasacyjnych wymieniono bez wystarczającego uzasadnienia zbyt wiele przepisów prawa, które miały zostać naruszone, to jednak nie można odmówić kasacji słuszności, jeżeli chodzi o zarzut naruszenia prawa materialnego – art. 805 k.c. w związku z art. 65 k.c. wskutek błędnej wykładni postanowień § 3 i § 11 ogólnych warunków międzynarodowego ubezpieczenia kosztów leczenia.

Ogólne warunki ustalone przez zakład ubezpieczeń określają w sposób jednolity istotne postanowienia dla wszystkich umów w zakresie danego rodzaju ubezpieczenia i stanowią część umowy ubezpieczenia. Zatem do wykładni postanowień ogólnych warunków mają zastosowanie reguły interpretacyjne wyrażone w art. 65 k.c. Przepis ten stanowi, że oświadczenie woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje. W umowach

należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Oznacza to, że postanowienia umowy nie powinny być interpretowane w sposób oderwany od ich natury i funkcji. W odniesieniu do umowy ubezpieczeniowej powinna zostać uwzględniona jej funkcja ochronna.

Ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą ma na celu ochronę w czasie krótkotrwałego tam pobytu. Z § 9 ogólnych warunków wynika, że umowy zawierane są na okres od jednego dnia do jednego roku. Proponowana przez Sądy obu instancji wykładnia § 3 i § 11 ogólnych warunków prowadziłyby do tego, że w wypadku najczęściej występujących kilkudniowych lub kilkutygodniowych wyjazdów zagranicznych, ubezpieczenie to stałoby się iluzorycznym, co doskonale ilustruje stan faktyczny niniejszej sprawy. Powód pechowo zachorował ostatniego dnia siedmiodniowej wycieczki, ale ponieważ jego hospitalizacja trwała sześć dni, to zwrot kosztów leczenia mógłby uzyskać tylko wtedy, gdyby choroba wystąpiła pierwszego lub drugiego dnia wyjazdu. Taka wykładnia jest niedopuszczalna, gdyż niweczyłaby funkcję ubezpieczenia. Ponadto, leczenie szpitalne stanowi pewną całość i byłoby niesłuszne dzielenie kosztów na te, które powstały jeszcze w okresie ubezpieczenia oraz późniejsze, za które zakład ubezpieczeń nie ponosiłby odpowiedzialności.

Sugestia Sądu Rejonowego, podzielona przez Sąd drugiej instancji, że powód mógł przedłużyć okres ubezpieczenia, jest błędna. Abstrahując od kwestii zgody zakładu ubezpieczeń, przedłużenie okresu ubezpieczenia po ujawnieniu choroby musiałoby być nieważne. Zgodnie z art. 806 § 1 k.c. umowa ubezpieczenia jest bowiem nieważna, jeżeli w chwili jej zawarcia przewidziany w niej wypadek już zaszedł.

Błąd Sądów obu instancji polega na tym, że potraktowały koszty leczenia i związane z nimi koszty wymienione w § 3 ogólnych warunków jako wypadek ubezpieczeniowy. Tymczasem poniesione przez ubezpieczonego koszty są przedmiotem ubezpieczenia. Natomiast wypadkiem ubezpieczeniowym jest nagłe zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek, co wyraźnie wynika z treści § 1 pkt 2 omawianych ogólnych warunków. Zamieszczone w § 3 sformułowania o kosztach powstałych w okresie ważności ubezpieczenia oraz kosztach powstałych w okresie ubezpieczenia należy traktować jako skrót.

Treść § 2 i § 11 ogólnych warunków pozwala przyjąć, że w razie ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń

obejmuje także koszty poniesione przez ubezpieczonego po zakończeniu określonego umową okresu ubezpieczenia, jeżeli wynikają one z leczenia nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, powstałych w okresie ubezpieczenia.

Interes zakładu ubezpieczeń dostatecznie zabezpiecza przyjęcie dwudziestu wypadków wyłączenia odpowiedzialności, przewidzianych w § 8 ogólnych warunków. Jednym z tych wyłączeń objęte są koszty poniesione w następstwie schorzeń istniejących przed wykupieniem polisy oraz ich powikłań. Pozwany w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji podniósł, że zachodzi takie właśnie wyłączenie jego odpowiedzialności. Zarzut pozwanego nie został rozpoznany. Nierozpoznanie zarzutu pozwanego czyni zasadnym uchylenie nie tylko zaskarżonego wyroku, ale także wyroku Sądu pierwszej instancji.

Z powyższych względów, na podstawie art. 393¹³ k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji wyroku.