

Καθόσον, το κύριο αίτημα της αγωγής είναι καταψηφιστικό και υπάγεται λόγω ποσού στην αρμοδιότητα του παρόντος Δικαστηρίου, αφού με τη κύρια βάση της αγωγής που στηρίζεται στη συμβατική ευθύνη, η ενάγουσα ζητεί να της καταβάλει η εναγομένη ασφαλιστική εταιρεία, τα ποσά που δαπάνησε η ενάγουσα για την νοσοκομειακή της περίθαλψη, σύμφωνα με το ασφαλιστήριο, ενόψει της επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου, στηριζόμενη στη καταχρηστικότητα και συνακόλουθα ακυρότητα όρου της ασφαλιστικής σύμβασης, που η εξέταση του όμως αποτελεί παρεμπόδιον ζήτημα, έστω και αναγκαίο για την επίλυση της κύριας διαφοράς. Ακόμη, οι εναγόμενοι ισχυρίζονται ότι η αγωγή είναι απαράδεκτη λόγω της ακυρότητας που δημιουργείται από την επικουρική εναγωγή του δευτέρου και τρίτης εξ αυτών, λόγω άσκησης της αγωγής (κατά την επικουρική της βάση που στηρίζεται στις διατάξεις περί αδικοπραξιών), υπό την αίρεση της απόρριψης της κύριας βάσης αυτής. Σχετικά με τον ισχυρισμό αυτό, από το συνδυασμό των διατάξεων των άρθρων 68, 74, 75, 79, 118, 216 § 1, 218 και 219 ΚΠολΔ, συνάγεται ότι δεν επιτρέπεται η διαζευκτική ή επικουρική εναγωγή, γιατί το πρόσωπο του δικαιούχου ενάγοντος και του υπόχρεου εναγομένου πρέπει να είναι ορισμένο και θετικό και να συνάπτεται με τα πραγματικά περιστατικά που δικαιολογούν την ιδιότητα αυτού, ως ενάγοντος ή εναγομένου. Διαζευκτική εναγωγή υπάρχει όταν ενάγουν ή ενάγονται περισσότερα πρόσωπα, χωρίς να προσδίδεται σε ένα από αυτά, κατά τρόπο οριστικό ή θετικό, η ιδιότητα του ενάγοντος ή του εναγομένου και δικαιούχου ή υπόχρεου αντίστοιχα, από την έννομη σχέση της δίκης. Επικουρική εναγωγή υπάρχει, όταν ο δεύτερος και οι επόμενοι ενάγουν ή ενάγονται για την περίπτωση της απόρριψης της αγωγής κατά του αμέσως προηγούμενου αυτών. Και στις δύο περιπτώσεις δεν πρόκειται για ενεργητική ή παθητική ομοδικία, αντίστοιχα, των άρθρων 74 επ. ΚΠολΔ, καθόσον οι ενάγοντες ή οι εναγόμενοι δεν είναι κοινωνοί της ίδιας απαίτησης ή υποχρέωσης, αντίστοιχα, έναντι του εναγομένου ή ενάγοντος, αντίστοιχα, αφού ένας μόνο είναι ο δικαιούχος ή ευθύνεται, αλλά υπάρχει αμφιβολία προς αυτούς. Επομένως, επί διαζευκτικής ή επικουρικής εναγωγής, περισσότερων προσώπων η αγωγή είναι απαράδεκτη, λόγω της ακυρότητας του δικογράφου που δημιουργείται, επί μεν διαζευκτικής εναγωγής από την πλήρη αοριστία της αγωγής, ως προς το πρόσωπο του διαδίκου, επί δε της επικουρικής εναγωγής, λόγω της άσκησης της αγωγής υπό την αίρεση της απόρριψης αυτής, ως προς τον ενάγοντα ή τον εναγόμενο, η οποία δεν επιτρέπεται και συνεπώς απορρίπτεται και με αυτεπάγγελτη έρευνα από το δικαστήριο (ΑΠ 1134/2014 δημ Νόμος, ΑΠ 605/2013, 670/2011, 1543/2009, 1821/2007). Σύμφωνα δε, με το άρθρο 219 παρ. 1 και 2 ΚΠολΔ, αγωγή υπό αίρεση δεν επιτρέπεται, μπορεί όμως ο ενάγων για την περίπτωση που απορριφθεί η πρώτη βάση ή αίτηση της αγωγής να τη στηρίζει σε άλλη βάση ή να υποβάλει αίτηση που στηρίζεται στην ίδια ή σε άλλη βάση. Η επιβεβαιωτική άσκηση της αγωγής μπορεί να γίνει με το ίδιο ή άλλο δικόγραφο. Η επιγενόμενη επικουρική σώρευση επιτρέπεται ως την πρώτη συζήτηση της κύριας αγωγής (ΑΠ 488/2014 δημ Νόμος). Στην υπό κρίση περίπτωση, υπάρχει επικουρική σώρευση αγωγής που στηρίζεται στις διατάξεις των αδικοπραξιών (άρθρ, 914 επ. ΑΚ), και η οποία ασκείται κατά ρητή δήλωση της ενάγουσας, επικουρικά και μόνο, για τη περίπτωση απόρριψης της αγωγής που στηρίζεται κατά τη κύρια βάση της στην ενδοσυμβατική ευθύνη. Επικουρικός δε, και μόνο για την αδικοπραξία, εναγάγει και τους δεύτερο και τρίτη των εναγομένων, ως συνυπεύθυνους και ευθυνόμενους εις ολόκληρον μετά της πρώτης των εναγομένων προς αποζημίωση, χωρίς την αίρεση της απόρριψης της αγωγής κατά του αμέσως προηγούμενου αυτών εναγομένου, που είναι η ασφαλιστική εταιρεία. Συνεπώς, δεν υπάρχει επικουρική εναγωγή, αφού η επικουρικός σωρευόμενη αγωγή δεν ασκείται υπό την αίρεση της απόρριψης της κύριας, ως προς την πρώτη των εναγομένων ασφαλιστική εταιρεία, η οποία και δεν θα επιτρεπόταν, αλλά αντιθέτως λόγω της ύπαρξης παθητικής ομοδικίας, κατ' άρθρο 74 επ. ΚΠολΔ, η πρώτη των εναγομένων, παραμένει διάδικος-εναγομένη και κατά τις διατάξεις των αδικοπραξιών, οι δε υπόλοιποι δύο εναγόμενοι ασφαλιστές, είναι (φέρονται ως) κοινωνοί της ίδιας υποχρέωσης, αντιστοίχως, έναντι της ενάγουσας, ευθυνόμενοι αλληλεγγύως και εις ολόκληρον μετά της ασφαλιστικής, έναντι της

ιδίας ενάγουσας, χωρίς να υπάρχει καμία αμφιβολία ως προς αυτούς. Μετά από αυτά, ο σχετικός ισχυρισμός των εναγομένων περί απαραδέκτου της αγωγής λόγω επικουρικής εναγωγής των δευτέρου και τρίτης εξ αυτών, πρέπει να απορριφθεί ως αβάσιμος κατ' ουσίαν. Κατά τα λοιπά, η αγωγή είναι νόμιμη στηριζόμενη στις διατάξεις των άρθρων 1, 2, 6, 7, 27, 31, 32 του Ν. 2496/1997, 2, 8 του Ν. 2251/1994, 288, 361, 346, 914, 932 ΑΚ και 219, 74, 907, 908, 176 ΚΠολΔ. Πρέπει επομένως, να εξεταστεί περαιτέρω κατ' ουσίαν, δεδομένου ότι έχει καταβληθεί το απαιτούμενο για το αντικείμενο της τέλος δικαστικού ενσήμου με τις νόμιμες υπέρ τρίτων προσαυξήσεις (βλ. τα με αριθμ. Σειράς Α αγωγήσημα με τα επικολληθέντα επ' αυτών κινητά ένσημα υπέρ των ΕΤΑΑ ΤΑ.Ν και Τ.Π.Δ.Α.).

Από τις ένορκες καταθέσεις των μαρτύρων των διαδίκων στο ακροατήριο, που περιέχονται στα ταυτάριθμα με την απόφαση απομαγνητοφωνημένα πρακτικά, και από όλα ανεξαιρέτως τα έγγραφα που επικαλούνται και προσκομίζουν οι διάδικοι, αποδείχτηκαν τα ακόλουθα : Η ενάγουσα ήταν ασφαλισμένη από το έτος 1991 (9-5-1991) στην ασφαλιστική εταιρεία με την επωνυμία «.....», η οποία κατόπιν μετονομάστηκε σεΑνώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία, με τη με αριθμ. σύμβαση ασφάλισης ζωής και συμπληρωματικών κινδύνων. Το νοσοκομειακό πρόγραμμα της ως άνω σύμβασης ήταν το «Νοσοκομειακή Υπερκάλυψημε ανώτατο όριο ασφαλισμένου κεφαλαίου 4.402,05 € (1.500.000 δρχ.). Σ' αυτό το συμβόλαιο δεν υπήρχε καμία πρόβλεψη για το ενδεχόμενο απεριόριστης κάλυψης των εξόδων νοσηλείας της ενάγουσας. Στη συνέχεια, η ενάγουσα κατήρτισε τη με αριθμ. 93224007 σύμβαση με την....., η οποία έχει έναρξη 30-7-1993 με διαφορετικό νοσοκομειακό πρόγραμμα, με ετήσια αναπροσαρμογή ασφαλιστρού 6% και με ανώτατο όριο τότε, ασφαλισμένου κεφαλαίου 5.896,40 € (2.000.000 δρχ), όπως προκύπτει και από τον προσκομιζόμενο αντίστοιχο Πίνακα Παροχών και Ασφαλιστρού και έτσι η ασφαλιστική εταιρεία ανέλαβε να ασφαλίσει την ενάγουσα σε περίπτωση νοσηλείας της, ως προς τα έξοδα που θα κατέβαλε μέχρι του ποσού που αναφέρεται στον Πίνακα Παροχών της Σύμβασης. Το πρόγραμμα αυτό, σύμφωνα με τον όρο 7 της σύμβασης, θα μπορούσε να μετατραπεί σε απεριόριστης κάλυψης, εφόσον συνέτρεχαν οι προϋποθέσεις, που όριζε και αναγράφονται σ' αυτόν και κυρίως, εάν δεν νοσηλευτεί ο ασφαλισμένος, κατά την πρώτη τετραετία από την ημερομηνία έναρξης της κάλυψης. Κατόπιν, το 1999, την εταιρεία «.....», την απορρόφησε η πρώτη των εναγομένων....., αναδεχόμενη και όλες τις σχετικές υποχρεώσεις της. Οι ισχυρισμοί της ενάγουσας ότι νόμιζε ότι το δεύτερο ασφαλιστήριο θα ήταν συμπληρωματικό του πρώτου ή ότι θα ήταν ταυτάριθμο αυτού, δεν αποδείχτηκαν από κανένα στοιχείο, δεδομένου ότι το δεύτερο ασφαλιστήριο είχε διαφορετικό αριθμό, αλλά και κυρίως εντελώς διαφορετικό περιεχόμενο, ως προς τη κάλυψη των νοσοκομειακών εξόδων. Ο δε δεύτερος των εναγομένων και τότε ασφαλιστής της, ενόψει των καινούργιων προγραμμάτων της εταιρείας και αφού της εξέθεσε τις διαφορές και τα πλεονεκτήματα του καινούργιου δευτέρου, ως προς τη νοσοκομειακή κάλυψη, προχώρησε, μετά την ακύρωση του πρώτου, στην έκδοση του νέου με αριθμ. 93224007 ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Εξάλλου, η πρόθεση της ενάγουσας να καταρτίσει το νέο ασφαλιστήριο συμβόλαιο, προκύπτει και από τη προσκόμιση εκ μέρους του συζύγου της ενάγουσας, στον δεύτερο των εναγομένων-ασφαλιστή, του νέου ιατρικού ιστορικού της, πράγμα που γίνεται μόνο στη κατάρτιση νέου ασφαλιστηρίου. Αλλά και ο έτερος ισχυρισμός της ότι το δεύτερο συμβόλαιο, δεν φέρει την υπογραφή της, ούτε είχε εξουσιοδότηση κάποιος άλλος να υπογράψει αντ' αυτής ή ότι δεν υπήρξε μεταγενέστερη έγκριση εκ μέρους της δεν μπορεί να ευσταθήσει και ανατρέπεται από τα ίδια τα γεγονότα, αφού όπως η ίδια συνομολογεί, πλήρωσε κανονικά τις δόσεις του συμβολαίου, πράγμα που δείχνει ότι το είχε αποδεχτεί, εγκρίνει και αναγνωρίσει, ήταν πάντα συνεπής και ακόμη, όταν νοσηλεύτηκε για πρώτη φορά στις 25-2-2007 μέχρι και την 26-2-2007 στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, δηλ. μετά από 14 χρόνια από τη κατάρτιση του ασφαλιστηρίου, έκανε χρήση της ασφάλισης της, και η εναγομένη κάλυψε τα έξοδα νοσηλείας της, ποσού

128.197 €. Στη συνέχεια, και δη, στις 6-12-2011 κατέστη αναγκαία η νοσηλεία της ενάγουσας, οπότε και εισήχθη στη πνευμονολογική κλινική του ιδιωτικού θεραπευτηρίου Metropolitan, όπου και διαπιστώθηκε μύρρωμα άνω λοβού και για το λόγο αυτό κρίθηκε απαραίτητη η νοσηλεία της στο ανωτέρω θεραπευτήριο από τις 6-12-2011 μέχρι και τις 8-12-2011, καθώς και από τις 20-12-2011 μέχρι και τις 26-12-2011, οπότε και υποβλήθηκε σε θωρακοτομή. Το κόστος των ανωτέρω νοσηλείων ανήλθε στο ποσό των 16.117,79 €, εκτός από την αμοιβή του θωρακοχειρουργού, η οποία ανήλθε στο ποσό των 3.650 €. Συγκεκριμένα, για τη νοσηλεία της στο ανωτέρω ιδιωτικό θεραπευτήριο από τις 6-12-2011 μέχρι και τις 8-12-2011 απαιτήθηκε το ποσό των 3.173,53 € και για τη νοσηλεία της για τη περίοδο από 20-12-2011 μέχρι και 26-12-2011, το ποσό των 12.944,26 €. Κατόπιν, στις 23-1-2012 υποχρεώθηκε να εισαχθεί εκ νέου στο ίδιο ως άνω θεραπευτήριο, κατόπιν μετεγχειρητικών ανωμαλιών, εξήλθε δε στις 25-1-2012, το δε κόστος της νοσηλείας της αυτής, ανήλθε στο ποσό των 1.808,79 €. Στις 28-12-2011 υπήρξε επιστολή της πρώτης των εναγομένων προς την αρμόδια υπηρεσία του νοσοκομείου ΠΕΡΣΕΥΣ ΥΓΕΙΟΝ. ΜΕΡΙΜΝΑ Α.Ε., με την οποία ενημέρωνε ότι σχετικά με τις νοσηλείες της ασφαλισμένης της ενάγουσας, από τις 6-12-2011 και 20-12-2011, αναλαμβάνει τα έξοδα νοσηλείας της με 100% με ανώτατο όριο το ποσό των 16.753,26 € συνολικά και για τις δύο νοσηλείες. Συμπληρωματικά ενημέρωνε, ότι η ασφαλιστική δεν πρόκειται να αναλάβει σε καμία περίπτωση να καλύψει δαπάνες εξετάσεων οι οποίες δεν σχετίζονται άμεσα με την ένδειξη εισαγωγής, εκτός εάν έχει δοθεί γραπτή προέγκριση. Στο τέλος δε, επεσήμανε ότι ο ΦΠΑ, πρέπει να εξοφληθεί από την ασφαλισμένη.

Όπως αποδεικνύεται δε, από την 14-3-2012 εξοφλητική απόδειξη του λογιστηρίου του νοσοκομείου, η πρώτη των εναγομένων κατέβαλε στο νοσοκομείο, το ποσό των 16.225,97 €, με την ισόποση από επιταγή της Τράπεζας Ε.Φ.Γ. ΕΥΡΟΒΑΝΚ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑ, Αντιθέτως, η πρώτη των εναγομένων ασφαλιστική, δεν κατέβαλε τα παρακάτω ποσά, των οποίων το ύψος δεν αμφισβητείται : α) το ποσό των 365,10 €, το οποίο αντιστοιχούσε στον ΦΠΑ, για το κόστος νοσηλείας της ενάγουσας στο θεραπευτήριο Metropolitan, κατά τη περίοδο από 6-12-2011 μέχρι και 8-12-2011, με βάση την με αριθμ. 0128605/13-12-2011 απόδειξη είσπραξης του νοσοκομείου Metropolitan, β) το ποσό των 1.489,22 €, που αντιστοιχούσε στον Φ.Π.Α. για το κόστος νοσηλείας της στο ως άνω θεραπευτήριο, κατά τη περίοδο από 20-12-2011 μέχρι και 26-12-2011, με βάση την με αριθμ. 019443/10-1-2012 απόδειξη είσπραξης του ανωτέρω νοσοκομείου, γ) το ποσό των 74,25 € για τη με κωδικό 7002 εξέταση θώρακος F-P F2, με βάση την με αριθμ. Δ 0402967 απόδειξη παροχής του νοσοκομείου, δ) το ποσό των 74,25 €, για την με κωδικό 7002 εξέταση θώρακος F-P F2, με βάση την με αριθμ. Δ 0401342 απόδειξη παροχής υπηρεσιών του νοσοκομείου, ε) το ποσό των 1.808,79 € για το κόστος της νοσηλείας της στο παραπάνω νοσοκομείο από 23-1-2012 μέχρι 25-1-2012 με βάση το με αριθμ..... τιμολόγιο του νοσοκομείου στ) το ποσό των 220 € για την αμοιβή του πνευμονολόγου του νοσοκομείου και ζ) το ποσό των 3.650 € για την αμοιβή του θωρακοχειρουργού του νοσοκομείου. Και συνολικά το ποσό των 7.681,61 €. Η ενάγουσα ισχυρίζεται ότι η πρώτη των εναγομένων ήταν υποχρεωμένη, βάσει του ασφαλιστηρίου συμβολαίου της, να της καλύψει απεριόριστως όλα τα έξοδα στα οποία είχε υποβληθεί και ότι η άρνηση της προς τούτο, βασιζόμενη στη μίας και μόνο, ημέρας νοσηλεία της το 1997, δηλ. πριν την εκπνοή της τετραετίας από την έναρξη ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου της, με κάλυψη ποσού 128,97 €, και όπως καθορίζεται στο άρθρο 7 αυτού, είναι εντελώς καταχρηστική, όπως επίσης και ο συγκεκριμένος όρος. Συγκεκριμένα, το άρθρο 7 του με αριθμ. ασφαλιστηρίου συμβολαίου της ενάγουσας, με τίτλο απεριόριστη αύξηση των παροχών, ορίζει ότι : «Τα έξοδα νοσηλείας και οι εξωνοσοκομειακές χειρουργικές επεμβάσεις όπως αναγράφονται στα άρθρα 1 & 5 αντίστοιχα, αυξάνονται απεριόριστα σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος (ο κυρίως Ασφαλισμένος ή κάποιο εξαρτημένο μέλος του που καλύπτεται με το παρόν προσάρτημα) δεν νοσηλευτεί κατά την πρώτη τετραετία από την

ημερομηνία έναρξης της κάλυψης αυτής ή την επαναφορά της σε ισχύ. Απαραίτητη προϋπόθεση για την απεριόριστη αύξηση είναι, το προσάρτημα αυτό να είναι αναπροσαρμοζόμενο τουλάχιστον 6 % ετησίως επί των εκάστοτε διαφορφωμένων κεφαλαίων και ασφαλιστρών και μέχρι τη λήξη του συμβολαίου. Σε περίπτωση νοσηλείας λόγω τοκετού (φυσιολογικού ή με καισαρική τομή) η ασφαλισμένη μητέρα δεν χάνει το δικαίωμα του απεριόριστου». Σύμφωνα δε, με το άρθρο 13 των γενικών όρων ατομικών ασφαλίσεων του ίδιου ως άνω ασφαλιστηρίου, που τιτλοφορείται συμπληρωματικοί ορισμοί, ως νοσηλεία νοείται μία τουλάχιστον διανυκτέρευση σε νοσοκομείο ή κλινική. Για να αποδειχτεί η νοσηλεία πρέπει απαραίτητα ο Ασφαλισμένος να προσκομίσει στην Εταιρεία τα σχετικά έγγραφα του Νοσοκομείου... Δύο ή περισσότερες νοσηλείες που οφείλονται στην ίδια αιτία, ή σε επιπλοκές από την ίδια αιτία, θεωρούνται σαν μία, εκτός εάν απέχουν μεταξύ τους περισσότερο από 90 ημέρες. Από τα παραπάνω συνάγεται ότι διατυπώνεται με σαφήνεια ο όρος αυτός, καθόσον από τη διατύπωση και σύνταξη του, δεν προκύπτει αοριστία ή αδιαφάνεια, που να δημιουργεί στον ασφαλισμένο διαφορετικές προσδοκίες πέραν των ρητών αναγραφόμενων. Η φράση «εάν δεν νοσηλευτεί κατά τη πρώτη τετραετία», σε συνδυασμό με τον ορισμό της «νοσηλείας» σύμφωνα με το ίδιο συμβόλαιο και όπως ήδη προεκτέθηκε, δεν αφήνει περιθώριο αμφιβολίας ή παρερμηνείας του όρου, εφόσον πουθενά δεν αναγράφεται ότι η σύντομη ή βραχεία νοσηλεία μίας ημέρας δεν υπάγεται στη περίπτωση αυτή και συνεπώς ο ασφαλισμένος δικαιούται την απεριόριστη αύξηση των παροχών εκ μέρους της ασφαλιστικής εταιρείας. Ούτε είναι αόριστος ο όρος αυτός, με την έλλειψη των φράσεων «ουδόλως» ή «ούτε για μία ημέρα» ή άλλων παρεμφερών, που μόνο εμφιατικά και όχι επεξηγηματικά θα μπορούσε να συμπληρωθεί, ούτε επίσης θα μπορούσε η ίδια ασφαλιστική να ορίσει, εντελώς αυθαίρετως κατώτερο πλαφόν εξόδων, που πέραν τούτων θα εδικαιούτο ο ασφαλισμένος απεριόριστη αύξηση των παροχών εκ μέρους της. Παρόλο δε, που στην εξέταση των ΓΟΣ, λαμβάνεται υπόψη κατά κύριο λόγο το συμφέρον του καταναλωτή, στη προκειμένη περίπτωση, συνεκτιμώντας ιδίως τη φύση των αγαθών και υπηρεσιών που αφορά η σχετική σύμβαση ασφάλισης, με την απεριόριστη κάλυψη των εξόδων νοσηλείας και των εξωνοσοκομειακών χειρουργικών επεμβάσεων αντιστοίχως του εκάστοτε ασφαλισμένου, καθώς και του σκοπού της και των ειδικών συνθηκών κατά τη σύναψη της κατά τη κρίση του Δικαστηρίου, δεν διαταράσσεται η σχετική ισορροπία των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων μερών. Καθόσον η μη νοσηλεία του ασφαλισμένου, έστω και για μία ημέρα (αφού άλλωστε αυτή είναι η έννοια της νοσηλείας κατά τα ως άνω), για τη πρώτη τετραετία της ασφαλιστικής του κάλυψης, παρέχει στον ασφαλισμένο ένα τρόπο να μεταβεί σε απεριόριστο πρόγραμμα, χωρίς να χρειαστεί επαναξιολόγηση της κατάστασης υγείας του από την ασφαλιστική και αποτελεί για τη τελευταία εγγύηση για τη συνολικά καλή κατάσταση της υγείας του ασφαλισμένου, αλλά και προϋπόθεση και βάση, ώστε να του παρέχει την απεριόριστη αύξηση των συγκεκριμένων παροχών της. Από αυτά συνάγεται ότι εκτός από τη σαφήνεια και το ορισμένο του ανωτέρω όρου, δεν υπάρχει ούτε αναντιστοιχία της παροχής με την αντιπαροχή. Επίσης, δεν χρειάζονται ιδιαίτερες νομικές, λογιστικές ή γραμματικές γνώσεις για να κατανοηθεί το περιεχόμενο του όρου αυτού, που αυτός διαφοροποιεί το συγκεκριμένο ασφαλιστήριο έναντι των άλλων, και λόγω της ιδιαίτερης και πλεονεκτικής σημασίας του είναι προτιμητέο ως προς την αγορά του, και γι αυτό άλλωστε το επέλεξε η ενάγουσα, αντικαθιστώντας το παλαιότερο που είχε. Η ίδια η ενάγουσα δε, συνομολογεί στο δικόγραφο της αγωγής της, ότι στήριξε τη σύναψη της (νέας) ασφαλιστικής της σύμβασης στη περίπτωση της εξαίρεσης του άρθρου 7 (σελ. 10 της αγωγής), και παραπέρα (σελ. 11), ότι η δυνατότητα για απεριόριστη νοσοκομειακή κάλυψη την οδήγησε στη σύναψη της ασφαλιστικής της σύμβασης. Κατ' ακολουθίαν των ανωτέρω, ο όρος 7 δεν κρίνεται καταχρηστικός και συνεπώς δεν είναι ακυρωτέος. Συνεπώς, η κύρια βάση της αγωγής, που στηρίζεται στην συμβατική υποχρέωση της πρώτης των εναγομένων για απεριόριστη κάλυψη των εξόδων νοσηλείας της ενάγουσας, λόγω της καταχρηστικότητας και την εξ αυτής ακυρότητα του επίμαχου όρου 7 του ασφαλιστηρίου, πρέπει ν' απορριφθεί ως αβάσιμη