

UZASADNIENIE

W pozwie z 24 lipca 2018 r. A. P. wniosła o zasądzenie od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. kwoty 95.974 zł na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek zgonu, całkowitej niezdolności do pracy lub trwałego inwalidztwa dla klientów (...) Banku S.A., zawartej we W. w dniu 30 czerwca 2013 r. pomiędzy Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą we W. a (...) Bankiem S.A. wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty.

Na uzasadnienie roszczenia powódka podała, że strona pozwana podjęła nieprawidłową decyzję o odmowie wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia na życie męża powódki z powołaniem się na zwolnienie z odpowiedzialności, ponieważ przed podpisaniem deklaracji ubezpieczeniowej w dniu 31 stycznia 2014 r. mąż pozwanej, tj. J. P. (1) nie leczył się kardiologicznie, nie mógł więc zataić tej okoliczności przy podpisywaniu deklaracji. (pozew k. 3–5, pismo k. 113)

W odpowiedzi na pozew Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W. wniosło o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych.

Pozwany podniósł zarzut braku legitymacji czynnej powódki do wystąpienia z przedmiotowym roszczeniem, a dodatkowo zakwestionował twierdzenia powódki dotyczące stanu zdrowia jej męża i prawdziwości jego oświadczenia jako osoby podlegającej ubezpieczeniu. Pozwany wskazał, że z dokumentacji medycznej męża powódki J. P. (2) wynika, iż ubezpieczony chorował na nadciśnienie tętnicze oraz cukrzycę, które są chorobami przewlekłymi, czego nie ujawnił w deklaracji. (odpowiedź na pozew k. 123–128)

Postanowieniem z dnia 18 września 2018 r. Sąd Okręgowy zwolnił powódkę A. P. od kosztów sądowych ponad kwotę 500 zł każdorazowej należności. (postanowienie k. 115–116v.)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Od dnia **16 grudnia 2013 r. do dnia 23 grudnia 2013 r.** J. P. (1) – mąż powódki przebywał w szpitalu w Ł. z powodu nasilenia słabości i podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego. Rozpoznano u niego wówczas nadciśnienie tętnicze, niedokrwistość i cukrzycę typu 2. Wypisując J. P. (1) do domu, zalecono m.in. opiekę w P.P.O.Z. i kontrolę w poradni hematologicznej.

Od dnia **12 do dnia 15 stycznia 2014 r.** J. P. (1) był hospitalizowany z rozpoznaniem niedokrwistości megaloblastycznej, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy t. 2, polipów i zapalenia błony żołądkowej. Wypisując J. P. (1) do domu, zalecono m.in. opiekę w P.P.O.Z. i kontrolę w poradni hematologicznej i gastroenterologicznej.

Od 12 stycznia 2014 r. J. P. (1) miał rozpoznane samoistne nadciśnienie (wstępne zaś rozpoznanie nadciśnienia tętniczego miało miejsce już w dniu 14 grudnia 2007 r. (k. 110) oraz w dniu 16 grudnia 2013 r.), a co najmniej od 27 lutego 2015 r. przewlekłą chorobę niedokrwienną serca.

(dokumentacja medyczna k. 57–58, 60–62, 80–86v., 92v.–97, 110, wyjaśnienia informacyjne powódki k. 167–167v., e-protokół 00:01:47)

W dniu 27 stycznia 2014 roku małżonkowie A. P. i J. P. (1) zawarli z (...) Bankiem S.A. umowę kredytu konsolidacyjnego nr (...) na kwotę 215.013,79 zł.

(okoliczność niesporna, informacja o ubezpieczeniu k. 29, umowa kredytu k. 31–39, regulamin udzielania pożyczek/kredytów dla osób fizycznych k. 47–50, dyspozycja uruchomienia kredytu k. 51, formularz informacyjny dotyczący kredytu konsumenckiego k. 53–55, akta szkody k. 138)

W dniu 31 stycznia 2014 r. J. P. (1) podpisał deklarację zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, dotycząca certyfikatu nr (...), co do kwoty składki 46.442,98 zł, grupowego ubezpieczenia na wypadek zgonu, całkowitej niezdolności do pracy lub trwałego inwalidztwa dla (...) Bank S.A.

W deklaracji ubezpieczeniowej ubezpieczeni, w tym J. P. (1) złożył oświadczenia, że jego stan zdrowia poza profilaktyką zdrowotną nie wymaga regularnego nadzoru lub leczenia oraz, że nie przechodził następujących chorób lub schorzeń: choroby niedokrwienne serca, w tym: zawał serca, choroba wieńcowa, dusznica bolesna; choroby tętnic, w tym miażdżycy i tętniak; choroby naczyń mózgowych, w tym udar mózgu; choroba nadciśnieniowa; zaburzenia rytmu serca; choroby nowotworowe; padaczka; cukrzyca; gruźlica, astma; niewydolność nerek, zwłóknienie i marskość wątroby; choroby trzustki, choroby zakaźne (tj. (...)) lub nosicielstwo wirusa HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, gruźlica. Składając powyższe oświadczenie o stanie zdrowia J. P. (1) zrezygnował z procedury objęcia ochroną ubezpieczeniową na warunkach indywidualnych.

(deklaracja k. 26)

W tym samym dniu, 31 stycznia 2014 r., została zawarta umowa cesji ubezpieczeniowej pomiędzy (...) Bankiem S.A. a powódką oraz J. P. (1), zgodnie z którą w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, przed całkowitą spłatą kredytu, (...) Bank S.A. otrzyma, jako uprawniony, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek zgonu, całkowitej niezdolności do pracy lub trwałego inwalidztwa dla klientów (...) Banku S.A. zawartej w dniu 30 czerwca 2013 r. pomiędzy Towarzystwem (...) S.A z siedzibą we W. a (...) Bankiem S.A.

(umowa cesji ubezpieczeniowej nr (...) k. 30, akta szkody k. 138)

Zgodnie § 6 ust. 2 warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek zgonu, całkowitej niezdolności do pracy lub trwałego inwalidztwa dla (...) Bank S.A. Towarzystwa (...) S.A. przewidziano, że pozwany ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zgon ubezpieczonego w przypadku podania przed przystąpieniem do ubezpieczenia przez ubezpieczonego w deklaracji ubezpieczeniowej lub innym dokumencie nieprawdziwych informacji, w tym zatajenia przez ubezpieczonego choroby rozpoznanej lub leczonej przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia lub innego zdarzenia, które nastąpiło przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia, będących przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego - jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w okresie 3 lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia. W ustępie trzecim wskazano nadto, że ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z wszelkimi chorobami, w odniesieniu do których, w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia, zostało zdiagnozowane schorzenie.

(deklaracja ubezpieczeniowa k. 26–27, warunki grupowego ubezpieczenia na wypadek zgonu, całkowitej niezdolności do pracy lub trwałego inwalidztwa dla Klientów (...) S.A. k. 16–25, akta szkody k. 138)

W dniu 14 października 2015 r. saldo kredytu konsolidacyjnego po częściowej jego spłacie przez powódkę wraz z mężem wynosiło 191.947,32 zł (kapitał) i 93,92 zł (odsetki).

(bezsporne, pismo k. 12, harmonogram spłat pożyczki k. 43, akta szkody k. 138)

Od dnia 13 października 2015 r. do dnia 14 października 2015 r. J. P. (1) przebywał w szpitalu w Ł.. Rozpoznano u niego nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatię w okresie nasilonej niewydolności serca, chorobę niedokrwinną serca – podejrzenie przebytego OZW, niewydolność nerek, niewydolność wątroby - żółtaczkę, zapalenia płuc, pancytopenię, cukrzycę t. 2, kwasicę metaboliczną i stan po złamaniu szyjki kości ramiennej prawej. W dniu 14 października 2015 r. ubezpieczony J. P. (1) zmarł. W epikryzie wpisano: pacjent lat 60 z cukrzycą t.2, nadciśnieniem tętniczym, zapaleniem błony śluzowej żołądka, po złamaniu szyjki prawej kości ramiennej - zaopatrzony dzień wcześniej w szpitalu w P. opatrunkiem Dessualta, przyjęty do szpitala z powodu masywnych obrzęków kończyn dolnych, podbrzusza, moszny, prącia oraz stanów gorączkowych. Z wywiadu 2 tygodnie temu leczony Doxycykliną z powodu zapalenia oskrzeli, a 7.10.2015 r miał przepisany Keflex (nie wiadomo czy brał, raczej nie), nie wyrażał zgody na hospitalizację –

wielokrotnie kierowany do szpitala. Od chwili przyjęcia w stanie bardzo ciężkim, z masywnymi obrzękami kończyn dolnych, krocza, tkanek miękkich. W badaniach dodatkowych niewydolność nerek, wątroby, żółtaczką, zaburzenia wodno – elektrolitowe, kwasica metaboliczna, w morfologii pancytopenia. Pobrano krew, mocz na posiew. Pomimo leczenia stan chorego nie poprawił się, pacjent nie oddał moczu. O godzinie 4.15 stwierdzono zgon chorego.

(kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu k. 44, karta informacyjna z pobytu w oddziale k. 45–45v., skierowanie do poradni specjalistycznej ortopedycznej k. 46, akta szkody k. 138)

Powódka, za pośrednictwem (...) Banku S.A., w dniu 8 czerwca 2017 r. złożyła wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego J. P. (1).

(wniosek o wypłatę świadczenia k. 40–42, akta szkody k. 138)

Pismem z dnia 17 lipca 2017 r. pozwany ubezpieczyciel zawiadomił o odmowie wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego J. P. (1) na podstawie § 6 ust. 1 i 2 warunków ubezpieczenia, powołując się na okoliczność zatajenia przez J. P. (1) faktu leczenia na choroby serca przed podpisaniem w dniu 31 stycznia 2014 r. deklaracji ubezpieczeniowej na objęcie ochroną ubezpieczeniową.

(zawiadomienie o odmowie wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego k. 52, akta szkody k. 138)

W dniu 10 maja 2019 r. (...) Bank S.A. przełał na A. P., przysługującą mu wierzytelność pieniężną z tytułu odszkodowania należną od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. celem umożliwienia A. P. dochodzenia na drodze sądowej odszkodowania z tytułu zgonu J. P. (1). (umowa przelewu wierzytelności k. 161–162v.)

A. P. jest jedynym spadkobiercą po zmarłym J. P. (1).

(bezsporne, akt poświadczenia dziedziczenia k. 15)

Powyższy stan faktyczny ustalono w oparciu o przywołany materiał dowodowy, którego wiarygodność nie budziła wątpliwości.

Z uwagi na specyfikę rozpatrywanej sprawy w jej toku nie było koniecznym dopuszczenie dowodu z opinii biegłego kardiologa oraz internisty na okoliczność przyczyn wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego z dnia 14 października 2015 r., charakteru zdarzenia ubezpieczeniowego z dnia 14 października 2015 r., braku podstaw odpowiedzialności pozwanego ze względu na charakter zdarzenia, podania przez ubezpieczonego J. P. (1) nieprawdziwych informacji przed podjęciem decyzji o objęciu ochroną ubezpieczeniową. Sąd ocenił te dowody jako było zbędne i zmierzające do przewlekłości postępowania, zważywszy na treść dokumentacji medycznej dotyczącej J. P. (1), z której bezpośrednio wynikało, w jakich okresach i na jakiego typu choroby leczył się mąż pozwanej. Informacje te były wystarczające do dokonania oceny, czy ubezpieczony J. P. (1) podał nieprawdziwe informacje o stanie zdrowia wymagającym regularnego nadzoru lub leczenia i o przechodzeniu, wyszczególnionych w deklaracji ubezpieczeniowej z dnia 31 stycznia 2014 r., chorób lub schorzeń przed podjęciem decyzji o objęciu ochroną ubezpieczeniową.

Sąd nie uznał przeprowadzenia dowodu z umowy przelewu wierzytelności za spóźniony, wnioskowanego przez powódkę na okoliczność ustalenia przelewu wierzytelności (...) Banku S.A. na powódkę. Został on powołany na okoliczności istotne dla sprawy związane z ustaleniem legitymacji czynnej powódki do dochodzenia na drodze sądowej odszkodowania z tytułu zgonu J. P. (1).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

W pierwszej kolejności rozstrzygnąć należało zasadność zarzutu braku legitymacji czynnej powódki. Legitymacja materialna, a więc posiadanie prawa podmiotowego lub interesu prawnego do wytoczenia powództwa stanowi przesłankę materialną powództwa, a jej brak stoi na przeszkodzie udzieleniu ochrony prawnej. W nauce prawa postępowania cywilnego, jak i w praktyce sądowej, przyjmuje się, że legitymacja procesowa jest właściwością

podmiotu, w stosunku do którego sąd może rozstrzygnąć o istnieniu albo nieistnieniu indywidualno-konkretnej normy prawnej przytoczonej w powództwie. Legitymacja procesowa jest więc zawsze powiązana z normami prawa materialnego. Sąd dokonuje oceny istnienia legitymacji procesowej strony w chwili orzekania co do istoty sprawy (art. 316 § 1 k.p.c.).

W niniejszej sprawie powódka niewątpliwie uzyskała i posiadała legitymację czynną od czasu zawarcia w dniu 10 maja 2019 r. umowy zwrotnego przelewu wierzytelności.

Przystępując do analizy zasadności żądania pozwu wskazać należy na treść art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. W myśl § 2 pkt 2 tego przepisu, świadczenie ubezpieczyciela w przypadku ubezpieczenia osobowego polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Jak wskazano powyżej umowa ubezpieczenia grupowego przewidywała wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, między innymi, w przypadku podania przed przystąpieniem do ubezpieczenia przez ubezpieczonego w deklaracji ubezpieczeniowej lub innym dokumencie nieprawdziwych informacji, w tym zatajenia przez ubezpieczonego choroby rozpoznanej lub leczonej przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia lub innego zdarzenia, które nastąpiło przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia, będących przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego - jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w okresie 3 lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia. Powyższe warunki grupowego ubezpieczenia korespondują z przepisem art. 815 § 1 zd. 1 k.c., stanowiącym, że ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Zgodnie zaś z § 3 tego przepisu ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia (...) doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

W niniejszej sprawie bezsporne jest że w deklaracji ubezpieczeniowej J. P. (2) złożył oświadczenie, że jego stan zdrowia, poza profilaktyką zdrowotną, nie wymaga regularnego nadzoru lub leczenia, oraz, że nie przechodził wyszczególnionych chorób lub schorzeń, m.in. choroby nadciśnieniowej i cukrzycy. Oświadczenie takie złożone zostało wbrew oczywistym faktom, które musiały być ubezpieczonemu znane. J. P. (2) był osobą dorosłą, działającą więc z rozeznanie. Składając oświadczenie tej treści przy świadomości, że jest stale leczony z powodu cukrzycy i nadciśnienia, ale także i innych chorób przewlekłych, oczywiście wymagających leczenia i regularnego nadzoru hematologa (niedokrwistość), gastrologa, działał w sposób zawiniony. Gdyby w treści deklaracji zaznaczył te schorzenia, lub oświadczył, że jest stale leczony, umowa zawarta byłaby na innych, indywidualnie dobranych warunkach lub nie byłaby zawarta.

Wiedzą powszechną jest, że przede wszystkim nadciśnienie tętnicze, ale także i cukrzyca stanowią czynniki ryzyka niewydolności serca, które to ryzyko u J. P. (2) się ziszcilo i doprowadziło poprzez chorobę niedokrwinną serca do niewydolności i śmierci krótko po objęciu go grupowym ubezpieczeniem na życie klientów banku – kredytodawcy.

Postępowanie J. P. (2) wyczerpało dyspozycje przepisu § 3 art. 815 k.c., co powoduje, że strona pozwana skutecznie podnosić może zwolnienie się z odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ma bowiem możliwość odmowy wypłaty świadczenia, m.in. wtedy, gdy rozpoznana przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej choroba w sposób zawiniony (a więc umyślnie bądź nieumyślnie) nie została podana do jego informacji.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. obciążając nimi powódkę, która w całości przegrała sprawę. Na koszty poniesione przez stronę pozwaną składa się wynagrodzenie pełnomocnika z wyboru w kwocie 5.417 zł, określonej na podstawie § 2 ust. 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2018.265 t.j.), i taką też kwotę zasądzono od powódki na rzecz

pozwanego w punkcie 2 wyroku. Ponadto, Sąd nie obciążył powódki nieuiszczonymi kosztami sądowym w wysokości 4.299 zł tytułem pozostałej, nieuregulowanej części opłaty sądowej od pozwu, od której uiszczenia powódka była zwolniona w części, tj. ponad kwotę 500 zł od całkowitej opłaty wynoszącej 4799 zł (punkt 3 wyroku).