

UZASADNIENIE

Sąd Rejonowy w Brzezinach wyrokiem z dnia 16 marca 2021 roku oddalił powództwo K. P. (1) o zasądzenie od Towarzystwa (...) SA z siedzibą w W. kwoty 48 000 złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty tytułem świadczenia związanego ze zgonem ubezpieczonego J. P. (1) oraz kwoty 660 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 11 stycznia 2019 r. tytułem świadczenia za leczenie szpitalne ubezpieczonego J. P. (1) za okres od 31 grudnia 2018 r. do 10 stycznia 2019 r. Ponadto Sąd Rejonowy nie obciążył powódki kosztami postępowania w sprawie i nieuiszczone koszty opłaty od pozwu oraz nieuiszczone wydatki przejął na rachunek Skarbu Państwa.

Sąd I instancji oparł swoje rozstrzygnięcie na ustaleniach, że pracownicy firmy P.P.H.U „Wędliny z J.” P. Hurt- (...) byli objęci umową grupowego ubezpieczenia na życie z firmą (...). Z uwagi na to, iż dotychczasowy ubezpieczyciel odmówił dalszej ochrony powódka K. P. (1) działając z upoważnienia syna R. P., wówczas już właściciela firmy zwróciła się telefonicznie do pośrednika o zawarcie umowy ubezpieczenia. Telefon odebrała świadek G. A. (1), która następnie przyjechała do siedziby firmy do J., aby omówić warunki oferty. W czasie pierwszych rozmów świadek otrzymała informacje, iż musi zmieścić się w wysokości dotychczas płaconej składki. W czasie pierwszej wizyty w J. świadek G. A. (1) przedstawiła warunki umowy, zostawiła pisemną ofertę wraz z ogólnymi warunkami. Na spotkaniu ze strony firmy obecna była jedynie powódka, która oświadczyła, iż ofertę przyjmuje. Wówczas też zostały przekazane dane wszystkich pracowników (9 osób) celem przygotowania deklaracji. Następnie G. A. (1) po raz drugi przyjechała do siedziby firmy, aby zostawić przygotowane deklaracje dla pracowników. Były one już w całości wypełnione komputerowo w systemie. Każdy z pracowników miał podpisać swoją deklarację. Następnie odbiór podpisanych deklaracji odbył się w holu szpitala im. Pirogowa w Ł.. Powódka poinformowała świadka, że będzie w szpitalu u męża. G. A. (1) udała się do holu szpitala z uwagi na bardzo bliską odległość od siedziby firmy (ok. 100 m.). W czasie pobytu w holu szpitala nie widziała się z J. P. (1). On nie podpisywał deklaracji w jej obecności. Nie było też żadnych rozmów o tym, ile podpisów należy złożyć.

Pozwany ubezpieczyciel w dniu 17 listopada 2017 r. wydał certyfikat uczestnictwa nr (...) do polisy nr (...) w zakresie grupowego (...) ubezpieczonego J. P. (1). Zakres ubezpieczenia obejmował m. in. leczenie ubezpieczonego w szpitalu dłużej niż 3 dni pobytu (świadczenie w kwocie 60 zł. za dzień pobytu) oraz zgon ubezpieczonego (świadczenie w kwocie 48000 zł.)

Deklaracje przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie dla każdego z pracowników przygotowała świadek G. A. (1) posiadając wcześniej otrzymane od powódki dane osobowe pracowników tj. m. in. imiona, nazwiska, nr P.. Zostały one przez nią wypełnione komputerowo w systemie. Także został przez świadka zaznaczony tzw. „ptaszkiem” kwadrat potwierdzający oświadczenie o stanie zdrowia zawarte na drugiej stronie deklaracji. To pracownik potwierdza prawdziwość tego oświadczenia swoim podpisem. Z uwagi na niewielką liczbę pracowników objętych umową bez potwierdzenia tego oświadczenia o stanie zdrowia umowa nie mogłaby być zawarta. Także G. A. (1) ręcznie wypisała słowo (...) oraz datę „23.11.2017”. Pod deklaracją złożył swój podpis J. P. (1), R. P. jako ubezpieczający (właściciel firmy) oraz G. A. (1) jako pośrednik.

W czasie rozmów powódki z G. A. (1) nie był omawiany stan zdrowia poszczególnych pracowników. Oświadczenie bowiem każdego pracownika znajduje się w treści deklaracji i pracownik informacje o stanie swojego zdrowia potwierdza lub nie składając swój podpis. Oświadczenie takie jest niezbędne, gdy pracodawca zatrudnia poniżej 20 pracowników, co miało miejsce w niniejszej sprawie. Ubezpieczony pracownik w treści oświadczenia potwierdza m. in. iż nie choruje i nie chorował na chorobę serca, wątroby, nerek lub trzustki, cukrzycę, nowotwór oraz iż w ciągu ostatnich 12 miesięcy z przyczyn zdrowotnych nie był niezdolny do pracy przez okres dłuższy niż 30 kolejnych dni, ani nie przebywał w szpitalu celem diagnostyki lub leczenia. J. P. (1) nie złożył osobnego podpisu pod tym oświadczeniem, nie zaznaczył też, iż nie potwierdza tego oświadczenia. Podpisał się natomiast pod całością deklaracji zawierającej to oświadczenie.

Zgodnie z paragrafem 6 ust. 16 OWU ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia m. in. nie przebywa w szpitalu lub na zwolnieniu lekarskim.

W chwili podpisania deklaracji J. P. (1) był w złym stanie zdrowia. W terminie od 10 listopada do 13 grudnia 2017 r. przebywał w szpitalu im. Pirogowa w Ł. z rozpoznaniem m. in. przewlekłego zapalenia trzustki, marskości wątroby, nowotworu gruczołu krokowego. Został przyjęty bezpośrednio ze szpitala im. B., gdzie przebywał od 6 do 10 listopada 2007 r. w celu kontynuowania leczenia. Jak wynika z zapisów w dokumentacji lekarskiej w momencie przyjęcia do szpitala im. Pirogowa stan J. P. (1) był ciężki, był chorym leżącym. Od 20 listopada 2017 r. jego stan lekarz ocenił jako średni. Był żywiony pozajelitowo.

J. P. (1) zmarł w dniu 23 stycznia 2019 r.

Powyższy stan faktyczny Sąd Rejonowy ustalił na podstawie dokumentów i zeznań świadka G. A. (1), które są logiczne – konsekwentne, znajdują potwierdzenie w treści dokumentów i nie budzą wątpliwości co do swej wiarygodności. Świadek G. A. (1) przedstawiła w sposób logiczny i przekonujący przebieg czynności poprzedzających zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia, a także okoliczności odbioru deklaracji od powódki w szpitalu im. Pirogowa. Zeznała, iż odebrała wypełnione już deklaracje od powódki przebywającej w szpitalu u męża z uwagi na bliską odległość od siedziby firmy co ułatwiało odebranie bez konieczności wizyty w J.. Świadek konsekwentnie twierdzi, iż nie doszło wówczas do spotkania z J. P. (1), gdyż deklaracje były już wypełnione.

Sąd nie dał wiary przeciwnym wyjaśnieniom powódki K. P. (2), że podpisanie deklaracji przez J. P. (1) nastąpiło w holu szpitala, do którego on zszedł z Oddziału, na którym przebywał, a także że wówczas dopytywali czy podpis na deklaracji ma być złożony w dwóch miejscach i otrzymali odpowiedź od G. A. (2), że drugi podpis nie jest potrzebny, że to jest nieważne.

Wyjaśnienia powódki są niewiarygodne, sprzeczne z logiką i doświadczeniem życiowym. Według wyjaśnień powódki świadek G. A. (1) miałyby przynieść do szpitala wszystkie deklaracje do podpisu dla wszystkich pracowników. Wówczas miałyby zejść ciężko chory J. P. (1) do holu, żeby podpisać swoją deklarację (którą następnie G. A. (1) miałyby zabrać), zaś reszta deklaracji miała być przez powódkę zabrana do J., aby pozostali pracownicy bez obecności G. A. (1) je podpisali. Takie postępowanie byłoby bowiem skrajnie nielogiczne. Po co bowiem byłoby sprowadzać chorego J. P. (1) z Oddziału, aby podpisał deklaracje, gdy wszyscy inni pracownicy podpisali w J. bez obecności pośrednika G. A. (1)? Dlaczego wówczas również obecna powódka K. P. (1) nie podpisała swojej deklaracji i nie oddała pośrednikowi? I w końcu, jeżeli tak było to skąd na deklaracji J. P. (1) wziął się podpis R. P., którego wówczas w szpitalu nie było? Nadto nieprawdziwe są – zdaniem Sądu – wyjaśnienia powódki, iż w trakcie podpisywania deklaracji przez J. P. (1) pytali o to czy trzeba złożyć dwa podpisy i otrzymali informację, iż drugi podpis jest niepotrzebny. Z punktu widzenia logiki i doświadczenia życiowego trudno sobie wyobrazić, aby był powód do takich pytań. Sama deklaracja to jedna kartka z tekstem po obu stronach. Na drugiej stronie są wyraźnie wyodrębnione miejsca na podpisy: na końcu deklaracji i wcześniej pod oświadczeniem co do stanu zdrowia. W tej sytuacji trudno uwierzyć, aby w ogóle była wątpliwość co do konieczności złożenia dwóch podpisów. Nawet gdyby ona się jednak u powódki czy jej męża pojawiła, to zdecydowanie bardziej prawdopodobne, iż G. A. (1) poinformowałyby o konieczności złożenia obu podpisów. Dalej należy zwrócić uwagę na brak konsekwencji i logiki w dalszym postępowaniu. W czasie podpisywania deklaracji przez J. P. (1) powódka miałyby otrzymać informację, że wystarczy jeden podpis, po czym sama swoją deklarację podpisała w dwóch miejscach, a także reszta pracowników podpisała w dwóch miejscach, mimo że od pośrednika G. A. (1) powódka miała się dowiedzieć, że wystarczy jeden podpis. Znamiennym jest fakt, iż J. P. (1) nie złożył podpisu pod oświadczeniem co do stanu zdrowia. Zarówno on, jak i jego żona wiedzieli bowiem, że byłoby ono nieprawdziwe. W tym czasie bowiem J. P. (1) od dawna chorował na trzustkę, wątrobę i nowotwór, a także przebywał wcześniej w szpitalu. Wyjaśnienia powódki w zakresie braku drugiego podpisu (bezpośrednio pod oświadczeniem) są próbą przerzucenia na pozwanego odpowiedzialności za nie podanie prawdziwej informacji co do stanu zdrowia J. P. (1). Niewątpliwie powódka i jej mąż zdawali sobie sprawę z tego, iż tak zły stan zdrowia J. P. (1) mógł mieć wpływ na zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia lub na wysokość składki, zwłaszcza iż umowa dotyczyła małej grupy pracowniczej (9 osób).

Wobec powyższego wyjaśnienia powódki w powyższych kwestiach jako niewiarygodne nie mogły być podstawą ustalenia stanu faktycznego w sprawie.

Dowody z dokumentów nie były kwestionowane i nie budzą wątpliwości co do swej wiarygodności.

W rozważaniach prawnych Sąd I instancji podał, że zgodnie z treścią art. 815 §1 kc 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. Z treści zaś §3 wynika, iż ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzednich nie zostały podane do jego wiadomości.

Ubezpieczając jest obowiązany do podania ubezpieczycielowi okoliczności istotnych dla oceny ryzyka przyjmowanego przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel ma prawo uzyskania informacji o stanie faktycznym przed zawarciem umowy umożliwiającej mu rzetelną ocenę ryzyka i podjęcie decyzji czy zawrzeć umowę lub na jakich warunkach, w tym co do wysokości składki. Umowa ubezpieczenia jest umową szczególnego zaufania i wymaga lojalności nie tylko po stronie ubezpieczyciela jako profesjonalisty, ale także ubezpieczającego, czy ubezpieczonego. W przypadku umowy ubezpieczenia na życie (jak w niniejszej sprawie) istotne są oczywiście informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego, w tym obecnych i przebytych chorobach czy pobytach w szpitalu. Celem uzyskania takich informacji pozwany ubezpieczyciel w formularzu deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia zawarł oświadczenie co do stanu zdrowia ubezpieczonego. Deklarację tą złożyli poprzez złożenie swojego podpisu zarówno ubezpieczający (R. P. jako właściciel firmy), jak i ubezpieczony J. P. (1). Oba podpisali się pod całością deklaracji co należy pożytywać za potwierdzenie całości treści deklaracji, w tym oświadczenia co do stanu zdrowia J. P. (1). Zarówno J. P. (1), jak i jego syn R. P. mieli wiedzę o tym, że J. P. (1) choruje na trzustkę, wątrobę i nowotwór oraz że był wcześniej w szpitalu. Należy więc przyjąć, iż świadomie, umyślnie nie podali tej informacji pozwanemu. Mieli bowiem świadomość, iż wiedza o złym stanie zdrowia oraz wskazanych chorobach miałyby wpływ na decyzję ubezpieczyciela.

Pozwany prowadzi działalność gospodarczą obliczoną na zysk. Zawierając umowę ocenia ryzyko wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, za które będzie musiał wypłacić świadczenie. Wiedza o stanie faktycznym mającym znaczeniem dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego ma więc znaczenie podstawowe dla podjęcia decyzji o zawarciu umowy lub jej warunkach.

Sankcją za niedopełnień obowiązków informacyjnych (art. 815 §3 kc) jest zwolnienie ubezpieczyciela z odpowiedzialności za skutki okoliczności, które zostały przed nim zatajone. Niewątpliwie zostały przed ubezpieczycielem zatajone informacje o chorobach J. P. (1) – m. in. chorobie trzustki, nowotworze, które w efekcie były powodem jego pobytu w szpitalu oraz zgonu w trakcie obowiązywania umowy. Zatajenie było umyślne, intencjonalne. Trudno bowiem sobie wyobrazić, aby ubezpieczający czy ubezpieczony nie mieli wiedzy o tak ciężkich chorobach.

Brak podpisu bezpośrednio pod oświadczeniem J. P. (1) nie oznacza, iż nie zostało złożone oświadczenie o stanie zdrowiu. Jak wskazano wyżej podpisanie całości deklaracji niewątpliwie odnosi się do wszystkich okoliczności w niej zawartych, w tym co do stanu zdrowia. J. P. (1) nie skorygował też w deklaracji treści oświadczenia co do stanu swojego zdrowia.

Wbrew twierdzeniom pełnomocnika powódki zawartym w pozwie ubezpieczyciel podjął działania mające na celu pozyskanie informacji co do stanu zdrowia ubezpieczonych przed zawarciem umowy. Celowi temu służyło zawarcie w treści deklaracji oświadczenia co do stanu zdrowia. To ubezpieczony zatajając informacje o stanie swojego zdrowia zachował się niełojalnie.

Nie można też uznać, iż ubezpieczyciel znał stan zdrowia J. P. (1), bo miał wiedzę o jego pobycie w szpitalu. Podnieść należy, że G. A. (1) jedynie odbierała podpisane przez wszystkich pracowników deklaracje, nie wiedziała kiedy podpisał ją J. P. (1) i z jakiego powodu przebywa w szpitalu.

Wobec powyższego Sąd na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie łączącej J. P. (1) z pozwanym oraz art. 815 §1 i 3 kc oddalił powództwo.

Na podstawie art. 102 kpc Sąd zwolnił powódkę z obowiązku ponoszenia kosztów z uwagi na trudną sytuację materialną powódki, która utrzymuje się z emerytury w wysokości 760 zł. Mieszka z synem uzyskującym dochód z działalności w kwocie 2100 zł., spłaca kredyt w wysokości 357 zł. ponosi koszty mieszkania i mediów w kwocie 642 zł. miesięcznie. Nieruchomość na której mieszka została zajęta przez komornika.

Apelację od powyższego wyroku złożyła powódka, zaskarżyła go w całości Zaskarżonemu orzeczeniu zarzuciła:

1. naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na wynik sprawy tj. art. 227 k.p.c. i art. 316 § 1 k.p.c. poprzez pominięcie przy wyrokowaniu następujących okoliczności świadczących o tym, że to pozwana spółka zawierając umowę ubezpieczenia nie zachowała staranności wymaganej od profesjonalisty oraz że pozwana spółka stosuje mechanizm weryfikowania ewentualnych braków dokumentacji niezbędnej do zawarcia umowy ubezpieczenia dopiero na etapie zgłoszenia żądania wypłaty świadczenia:

a) zawarcia przez pozwaną spółkę umowy ubezpieczenia obejmującej J. P. (1), pomimo tego, iż w dacie złożenia deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia przebywał on w szpitalu i wiedzę o tym posiadała działając w imieniu pozwanej spółki (...), a tym samym naruszenia przez Pozwaną Spółkę postanowienia paragrafu 6 ust. 16 Ogólnych warunków ubezpieczenia;

b) wypełnienia deklaracji przez działającą w imieniu pozwanej spółki (...) i zaznaczenie przez nią tzw. „ptaszkiem” oświadczenie o stanie zdrowia pomimo braku uzyskania jakichkolwiek informacji o stanie zdrowia osób objętych ubezpieczeniem;

c) wskazania przez działającą w imieniu pozwanej spółki (...) „Ja musiałam zaznaczyć ten ptaszek przy tym oświadczeniu, bo inaczej nie doszłoby do zawarcia umowy z tym pracownikiem;

d) wskazania przez działającą w imieniu pozwanej spółki (...) „Być może rzuciło mi się w oczy, że nie ma jednego podpisu, ale my to wysyłamy do centrali i jeżeli jest coś do uzupełnienia to nam odsyłają albo każą napisać oświadczenie klienta. Z autopsji wiem, że dokumenty są skanowane do systemu. Nawet jak system tego nie wyłapie, że są jakieś braki to przy najbliższej okazji np. wypłaty świadczenia zwracamy się do klienta”;

e) wypłaty przez pozwaną spółkę świadczeń z tytułu pobytu J. P. (2) w szpitalu w łącznej kwocie 2.845 zł;

2. naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na wynik sprawy tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez wyprowadzenie z materiału dowodowego, wniosków z niego niewynikających, poprzez przyjęcie, iż to ubezpieczony J. P. (1) zachował się nielojalnie wobec pozwanej spółki zatajając przed nią swój stan zdrowia w sytuacji, gdy to nie J. P. (1) wypełniał oświadczenie o stanie zdrowia w deklaracji i w sytuacji, gdy J. P. (1) nie złożył swojego podpisu w tej części deklaracji;

3. naruszenie prawa materialnego tj. art. 815 § 1 zdanie drugie i trzecie oraz § 3 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i w konsekwencji bezpodstawne przyjęcie, że w okolicznościach niniejszej sprawy pozwana spółka nie przejęła ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego z przyczyn istniejących przed przystąpieniem do ubezpieczenia, pomimo tego, iż pozwana spółka (poprzez działającą w jej imieniu G. A. (1)) przyjęła deklarację przystąpienia do umowy ubezpieczenia J. P. (1), mając wiedzę, iż w dacie podpisania deklaracji J. P. (1) przebywa w szpitalu oraz pomimo tego, iż pozwana spółka (poprzez działającą w jej imieniu G. A. (1)) zaznaczyła :tzw. „ptaszkiem” w formularzu, iż J. P. (1) jest osobą zdrową, nie przeprowadzając uprzednio jakiegokolwiek wywiadu na temat jego stanu zdrowia;

4. naruszenie prawa materialnego tj. art. 805 § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i w konsekwencji bezpodstawne przyjęcie, że w ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki, a

ubezpieczyciel uprawniony jest do badania, czy nie zachodzą okoliczności wyłączające jego odpowiedzialność dopiero po zaistnieniu wypadku ubezpieczeniowego i na tej podstawie uprawniony jest do odmowy wypłaty świadczenia.

Wobec powyższego powódka wносиła o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości i zasądzenie od pozwanego Towarzystwo (...) na rzecz powoda kosztów za obie instancje, tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych;

ewentualnie o:

2. uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie kosztach postępowania za obie instancje, w tym kosztach zastępstwa procesowego,

3. na podstawie art. 102 k.p.c. wносиła o nieobciążanie powódki kosztami postępowania z uwagi na jej trudną sytuację materialną.

Pozwana w odpowiedzi na apelację wносиła o jej oddalenie i zasądzenie od powódki na jej rzecz kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja okazała się bezzasadna i jako taka podlegała oddaleniu.

W pierwszej kolejności podkreślić należy, że art. 378 § 1 k.p.c. nakłada na sąd odwoławczy obowiązek ponownego rozpoznania sprawy w granicach apelacji, co oznacza nakaz wzięcia pod uwagę wszystkich podniesionych w apelacji zarzutów i wniosków. Granice apelacji wyznaczają ramy, w których sąd odwoławczy powinien rozpoznać sprawę na skutek jej wniesienia, określają je sformułowane w apelacji zarzuty i wnioski, które implikują zakres zaskarżenia, a w konsekwencji kognicję sądu apelacyjnego (np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 6 sierpnia 2015 r., V CSK 677/14, nie publik.). Jednocześnie w świetle uchwały 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r. sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiążą go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego, w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania (III CZP 49/07, OSNC 2008/6/55).

Co do zasady zatem, najpierw należy rozpoznać zarzuty naruszenia prawa procesowego, gdyż jedynie w przypadku uznania, że postępowanie dowodowe nie było dotknięte wadami, można przyjąć, że prawidłowo został ustalony stan faktyczny w sprawie. Ponieważ zaś prawna kwalifikacja stanu faktycznego jest pochodną ustaleń, o prawidłowym zastosowaniu bądź niezastosowaniu prawa materialnego można mówić dopiero wówczas, gdy ustalenia stanowiące podstawę wydania zaskarżonego wyroku pozwalają na ocenę tej kwestii (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 listopada 2002 r. IV CKN 1532/00. Lex nr 78323). Prawidłowe zastosowanie prawa materialnego może mieć z kolei miejsce jedynie do niewadliwie poczynionych ustaleń faktycznych.

Mając powyższe na uwadze i odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutów podniesionych w apelacji powoda, należy powiedzieć, iż nie są one uzasadnione w okolicznościach niniejszej sprawy. Sąd Okręgowy podziela ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd I instancji i przyjmuje je, jako własne, czyniąc je postawą własnego rozstrzygnięcia. Podniesione przez apelującego zarzuty nie zasługują na uwzględnienie. Niezasadny okazał się zarzut naruszenia art. 227 k.p.c. Przepis ten ma zastosowanie przed podjęciem rozstrzygnięć dowodowych i uprawnia sąd do selekcji zgłoszonych dowodów, jako skutku przeprowadzonej oceny istotności faktów, których wykazaniu dowody te mają służyć. W konsekwencji twierdzenie, że przepis ten został naruszony przez sąd rozpoznający sprawę, ma rację bytu tylko w sytuacji, gdy wykazane zostanie, że sąd przeprowadził dowód na okoliczności niemające istotnego znaczenia w sprawie i ta wadliwość postępowania dowodowego mogła mieć wpływ na wynik sprawy, a jego pośrednie naruszenie może polegać na odmowie przeprowadzenia przez sąd dowodu z uwagi na powołanie go do udowodnienia okoliczności niemających istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia w sytuacji, kiedy ocena ta była błędna (wyr. SN z 11.7.2012 r.,

II CSK 677/11, L.). Należy uznać, że do naruszenia art. 227 k.p.c. dochodzi więc wówczas, gdy sąd oddała wnioski dowodowe zmierzające do wyjaśnienia istotnych okoliczności sprawy (zob. wyr. SN z 7.3.2001 r., I PKN 299/00, L.). Ponadto zarzut naruszenia art. 227 k.p.c. może polegać na przeprowadzeniu dowodu dla ustalenia faktów, które nie mają istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Jego pośrednie naruszenie może natomiast polegać na odmowie przeprowadzenia przez sąd dowodu, z uwagi na powołanie go dla udowodnienia okoliczności niemających istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia w sytuacji, gdy ocena ta była błędna (zob. post. SN z 23.1.2001 r., IV CKN 970/00, L.). Reasumując, twierdzenie, że art. 227 k.p.c. został naruszony przez sąd rozpoznający sprawę, ma rację bytu tylko w sytuacji, gdy wykazane zostanie, że sąd ten przeprowadził dowód na okoliczności niemające istotnego znaczenia w sprawie i ta wadliwość postępowania mogła mieć wpływ na wynik sprawy (wyr. SA w Warszawie z 17.2.2021 r., VII AGa 362/20, L.). Taka sytuacja nie miała miejsca w niniejszej sprawie i na taką wadliwość postępowania nie powoływała się skarżąca formując ten zarzut, dlatego więc zarzut naruszenia art. 227 k.p.c. należy uznać za niezasadny.

Odnosząc się z kolei do zarzutu naruszenia art. 316 § 1 k.p.c. w ocenie Sądu Okręgowego niezrozumiała jest konstrukcja podniesionego zarzutu. Stosownie do treści art. 316 § 1 k.p.c. przy wydaniu wyroku sąd bierze za podstawę stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy. Stan rzeczy brany pod uwagę przez sąd przy wydaniu wyroku obejmuje podstawę faktyczną i podstawę prawną wyroku. W omawianym przepisie sformułowano zasadę, iż podstawą rozstrzygnięcia jest stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy, a więc sąd nie może wydając orzeczenie merytoryczne powoływać się na późniejsze zdarzenia, zaszłe po zamknięciu rozprawy. Sytuacja taka w sprawie nie zachodzi i takich twierdzeń nie formułuje też skarżąca. Nie ulega wątpliwości, iż podstawę faktyczną i prawną rozstrzygnięcia stanowiły zdarzenia przeszłe, a zatem istniejące w dacie zamknięcia rozprawy. Natomiast kwestia prawidłowości ustaleń faktycznych, jak też ocena dowodów nie podlega rozpoznaniu w ramach zarzutu naruszenia art. 316 § 1 k.p.c..

Z treści zaś uzasadnienia zarzutu powódki co do naruszenia art. 227 k.p.c. i art. 316 § 1 k.p.c. wynika, że zamiarem skarżącej było podważenie ustaleń faktycznych i dokonanej przez Sąd oceny materiału dowodowego, która to ocena winna być dokonywana w ramach zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c.

Odnosząc się zaś do podniesionego zarzutu naruszenia przepisu prawa procesowego, tj. art. 233 k.p.c. poprzez wyprowadzenie z materiału dowodowego wniosków z niego niewynikających, należy wskazać, że zarzut ten jest również niezasadny.

Jak wielokrotnie wyjaśniano w orzecznictwie Sądu Najwyższego, zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. może być uznany za zasadny jedynie w wypadku wykazania, że ocena materiału dowodowego jest rażąco wadliwa, czy w sposób oczywisty błędna, dokonana z przekroczeniem granic swobodnego przekonania sędziowskiego, wyznaczonych w tym przepisie. Sąd drugiej instancji ocenia bowiem legalność oceny dokonanej przez Sąd I instancji, czyli bada czy zostały zachowane kryteria określone w art. 233 § 1 k.p.c. Należy zatem mieć na uwadze, że - co do zasady - Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, dokonując wyboru określonych środków dowodowych. Jeżeli z danego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona tylko wtedy, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych (por. przykładowo postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 2001 r., I CKN 1072/99, Prok. i Pr. 2001 r., Nr 5, poz. 33, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2000 r., I CKN 1114/99, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2000 r., I CKN 1169/99, OSNC 2000 r., nr 7-8, poz. 139).

Jak wskazał Sąd Najwyższy w licznych orzeczeniach (np. wyrok z dnia 16 grudnia 2005 r., sygn. akt III CK 314/05, wyrok z dnia 21 października 2005 r., sygn. akt III CK 73/05, wyrok z dnia 13 października 2004 r. sygn. akt III CK 245/04, LEX nr 174185), skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd przepisu art. 233 § 1 k.p.c.

wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem może być jedynie przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie o innej, niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie, niż ocena sądu. Dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 19 czerwca 2008 r., I ACa 180/08, LEX nr 468598).

Takiego działania skarżącej zabrakło w rozpoznawanej sprawie. Sąd Okręgowy opierając się na całokształcie materiału dowodowego zgromadzonego w aktach, uznał, że Sąd Rejonowy w sposób prawidłowy ustalił stan faktyczny i ocenił zgromadzony w sprawie materiał dowodowy. Ustalenia Sądu I instancji, że ubezpieczony J. P. (3) podpisując deklarację potwierdził też oświadczenie o stanie swojego zdrowia są prawidłowe. Należy całościowo spojrzeć na deklarację przystąpienia do umowy grupowego (...) tę złożyli poprzez złożenie swojego podpisu zarówno ubezpieczający (R. P. jako właściciel firmy), jak i ubezpieczony J. P. (1). Obaj podpisali się pod całością deklaracji co należy poczytywać za potwierdzenie całości treści deklaracji, w tym oświadczenia co do stanu zdrowia J. P. (1). Zarówno J. P. (1), jak i jego syn R. P. mieli wiedzę o tym, że J. P. (1) choruje na trzustkę, wątrobę i nowotwór oraz że był wcześniej w szpitalu. Oświadczenie o stanie zdrowia zawarte w deklaracji stanowi integralną część deklaracji. Ponadto w oświadczeniu o stanie zdrowia są dwa kwadraty wyboru co do stanu zdrowia a mianowicie ten zaznaczony przez agenta ubezpieczeniowego przy przygotowywaniu w systemie „ptaszkiem” o tym że osoba ubiegająca się o ubezpieczenie między innymi nie choruje i nie chorowała na: chorobę serca, wątroby, nerek lub trzustki, cukrzycę, nowotwór, stwardnienie rozsiane, nie przebywał w szpitalu. (...) wyboru oznaczony przez agenta ubezpieczeniowego” ptaszkiem” oznaczał potwierdzenie – „tak jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą”. Drugie zaś pole wyboru „kwadrat”, który nie został oznaczony, był o treści „nie, nie mogę takiego oświadczenia podpisać” (deklaracja - akta ubezpieczeniowe k. 94). Tak więc dokonując analizy oświadczenia o stanie zdrowia J. P. (1) i braku podpisu pod nim, zawartego w deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia, należy stwierdzić, że nic nie stało na przeszkodzie, aby J. P. (1) sam zaznaczył właściwy kwadrat, skreślając ten, który jest niezgodny z rzeczywistym stanem jego zdrowia, bowiem miał możliwość wyboru i świadomość swoich chorób. A skoro tego nie uczynił tylko pozostawił w oświadczeniu o stanie zdrowia zaznaczony „kwadrat” o braku u niego w/ w chorób, a podpisał się pod deklaracją przystąpienia do ubezpieczenia, to oznacza, że zaakceptował nieprawdę w oświadczeniu o jego stanie zdrowia. Tym samym rację ma Sąd Rejonowy, że świadomie, umyślnie nie podał tej informacji pozwanemu. Miał bowiem świadomość i wiedzę o złym stanie zdrowia oraz wskazanych chorobach, które miałyby wpływ na decyzję ubezpieczyciela co do ewentualnego zawarcia umowy, wysokości składki oraz miał możliwość zaznaczenia właściwego „kwadratu” zgodnego z jego stanem zdrowia.

Ponadto należy wskazać, że w sprawie nie udowodniono, aby agent ubezpieczeniowy miała wiedzę, że w dacie podpisywania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia przez męża powódki był on wtedy w szpitalu. Z zebranego materiału dowodowego wynika, że miejscem odebrania uprzednio podpisanych deklaracji wszystkich pracowników, w tym i męża powódki był szpital, co nie jest jednoznaczne z podjęciem wiadomości o tym, że deklaracja była podpisywana przez męża powódki w czasie jego pobytu w szpitalu.

Okoliczność, że mężowi powódki uprzednio wypłacono 2845 zł z tytułu pobytu w szpitalu nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, bowiem pozwany podejmując decyzję co do wypłaty lub odmowy wypłaty świadczenia z tytułem zgonu ubezpieczonego analizował przyczyny zgonu J. P. (1) w świetle złożonego przez niego oświadczenia o stanie zdrowia złożonego w deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia.

W tym miejscu należy stanowczo podkreślić, że podstawą oddalenia wytoczonego powództwa był fakt, że J. P. (3) zawierając umowę ubezpieczenia złożył oświadczenie dotyczące swojego stanu zdrowia, które było niezgodne z prawdą. W tym miejscu należy podkreślić, że nie można się zgodzić z argumentacją skarżącej, iż złożenie nieprawdziwego oświadczenia przez ubezpieczonego usprawiedliwiają okoliczności, że agent ubezpieczeniowy

zaznaczył „ptaszkiem kwadrat” o stanie zdrowia, który nie odpowiadał rzeczywistemu stanowi zdrowia. Ubezpieczony zawierając umowę powinien dołożyć należytej starannością i zapoznać się z treścią oświadczenia, deklaracji które podpisuje. Ponadto jak już powyżej podniesiono nic nie stało na przeszkodzie, aby J. P. (1) oznaczył właściwy kwadrat wyboru i oświadczył w ten sposób, że nie może potwierdzić takiego oświadczenia o stanie zdrowia i tym samym nie doszłoby do zatajenia informacji dotyczących stanu zdrowia męża powódki. Nie można w tym zakresie czynić zarzutów pozwanemu, albowiem każdy podmiot prawa cywilnego jest zobowiązany do zachowania elementarnej dbałości o swoje interesy przy zawieraniu umów różnego rodzaju. Jednym z przejawów takiej dbałości powinno być po pierwsze czytanie zawieranych umów, deklaracji, oświadczeń przed ich podpisaniem, a po drugie niewprowadzanie drugiej strony w błąd odnośnie istotnych elementów konkretnej umowy.

Przechodząc z kolei do podniesionych zarzutów naruszenia prawa materialnego w pierwszej kolejności wymaga wyjaśnienia, że niezasadny jest zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 815 §1 zdanie drugie i trzecie oraz § 3 k.c.

Przepis § 1 tego artykułu nakazuje ubezpieczającemu podać do wiadomości wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciela zapytywał w formularzu oferty. Zachowanie ubezpieczającego w wykonaniu powyższego obowiązku powinno być poddane zwykłym regułom odpowiedzialności kontraktowej (art. 472 k.c.). Przy czym należy pamiętać, że ubezpieczyciel nie ma obowiązku sprawdzania podanych mu wiadomości. (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 27 lutego 2020 r. I AGa 109/19, publ. LEX nr 3030518).

Z uwagi na charakter umowy ubezpieczenia, a zwłaszcza ubezpieczeń osobowych, na ubezpieczającym oraz ubezpieczonym i ich przedstawicielach ciąży obowiązek informowania ubezpieczyciela o określonych okolicznościach wskazanych przez ubezpieczyciela oraz o zmianach tych okoliczności, zarówno przed zawarciem umowy, jak i w jej trakcie (w tym ostatnim przypadku tylko w przypadku ubezpieczeń majątkowych i tylko o ile umowa tak stanowi). Jest to konsekwencją konstrukcji umowy ubezpieczenia jako kontraktu najwyższego zaufania (*contractus uberrimae fides*) co wynika z tego, że wiele istotnych informacji dla określenia obowiązków ubezpieczyciela i ryzyka ubezpieczeniowego zna tylko ubezpieczający (lub ubezpieczony) oraz że ubezpieczyciel nie jest w rezultacie w stanie zdobyć tych informacji z innego źródła lub je zweryfikować. Musi zatem zaufać ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu. Z uwagi na rolę, jaką pewne informacje mogą mieć dla zawarcia i ukształtowania umowy ubezpieczenia, uregulowanie kodeksu cywilnego zwalnia ubezpieczyciela z odpowiedzialności za skutki okoliczności, które zostały przed ubezpieczycielem zatajone. Chodzi tu jednak jedynie o fałszywe lub niepełne informacje udzielone ubezpieczycielowi w odpowiedzi na jego pytania. Skutki te powstają, gdy zatajone okoliczności mają wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową (wyr. SA w Katowicach z 22.5.2002 r., I ACA 1243/02, OSA 2005, Nr 4, poz. 21).

W niniejszej sprawie mąż powódki J. P. (3) jak już powyżej w uzasadnieniu wskazano podpisując deklarację potwierdził też oświadczenie o stanie swojego zdrowia. Należy bowiem całościowo spojrzeć na deklarację przystąpienia do umowy grupowego (...) tę złożyli poprzez złożenie swojego podpisu zarówno ubezpieczający (R. P. jako właściciel firmy), jak i ubezpieczony J. P. (1). Obaj podpisali się pod całością deklaracji co należy postrzegać za potwierdzenie całości treści deklaracji, w tym oświadczenia co do stanu zdrowia J. P. (1). Zarówno J. P. (1), jak i jego syn R. P. mieli wiedzę o tym, że J. P. (1) choruje na trzustkę, wątrobę i nowotwór oraz że był wcześniej w szpitalu. Oświadczenie o stanie zdrowia zawarte w deklaracji stanowi integralną część deklaracji. Ponadto jak to Sąd Okręgowy ustalił w oświadczeniu o stanie zdrowia są dwa pola wyboru „kwadraty” do oznaczenia co do stanu zdrowia a mianowicie ten zaznaczony przez agenta ubezpieczeniowego przy przygotowywaniu w systemie „ptaszkiem” o tym że osoba ubiegająca się o ubezpieczenie między innymi nie choruje i nie chorowała na: chorobę serca, wątroby, nerek lub trzustki, cukrzycę, nowotwór, stwardnienie rozsiane. (...) wyboru oznaczony przez agenta ubezpieczeniowego „ptaszkiem” oznaczał potwierdzenie – „tak jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą”. Drugie zaś pole wyboru „kwadrat” które nie zostało oznaczone było o treści „nie, nie mogę takiego oświadczenia podpisać”. Tak więc dokonując analizy oświadczenia o stanie zdrowia J. P. (1) i braku podpisu pod nim, zawartego w deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia, należy stwierdzić, że nic nie stało na przeszkodzie, aby J. P. (1) sam zaznaczył właściwy kwadrat, skreślając ten, zaznaczony przez agenta ubezpieczeniowego, który jest niezgodny z rzeczywistym stanem jego zdrowia, bowiem miał możliwość wyboru i świadomość swoich chorób. A skoro tego nie uczynił tylko pozostawił w oświadczeniu o stanie zdrowia zaznaczony „kwadrat” o braku u niego w/ w chorób, a podpisał się pod

deklaracją przystąpienia do ubezpieczenia oznacza, że zaakceptował nieprawdę w oświadczeniu o jego stanie zdrowia. Również ubezpieczający R. P. miał wiedzę o stanie zdrowia swojego ojca.

Tak więc zatajenie informacji o stanie zdrowia J. P. (1) nastąpiło z winy umyślnej ubezpieczającego i ubezpieczonego, zobowiązanych do podania tej informacji. A zatem to ubezpieczony i ubezpieczający nie zrealizowali przedkontraktowego obowiązku informacyjnego. Skoro zatem zatajone okoliczności doprowadziły do powstania zdarzenia ubezpieczeniowego, to pozwana nie ponosiła za nie odpowiedzialności (art. 815 § 3 k.c.).

Tym samym niezasadny jest również zarzut naruszenia art. 805 k.c., zgodnie z którym, ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Warunkiem ponoszenia przez ubezpieczyciela odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest zajście tego zdarzenia w okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej. W przedmiotowej sprawie, ponad wszelką wątpliwość ustalono, że schorzenie będące przyczyną zgłoszonego zdarzenia istniało przed objęciem męża powódki ochroną ubezpieczeniową, zostało zatajone umyślnie przed ubezpieczycielem. Dlatego też nie powstał obowiązek spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela.

Podsumowując powyższy wywód stwierdzić należy, iż wywiedziona przez powódkę apelacja nie zawierała zarzutów, mogących podważyć rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego, w związku z czym, jako bezzasadna, podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c..

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy rozstrzygnął w oparciu o art. 102 k.p.c., uznając, że w niniejszej sprawie zachodzi przypadek szczególnie uzasadniony. Ugruntowane jest stanowisko, że tylko trudna sytuacja majątkowa osoby przegrywającej sprawę nie może sama przez się stanowić podstawy do zastosowania dyrektywy zawartej w art. 102 k.p.c. Do przyjęcia, że w sprawie zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony konieczne jest także, aby przemawiały za tym fakty związane z przebiegiem procesu, oceniane przez pryzmat zasad współzycia społecznego (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19.09.2013 r., I CZ 183/12, LEX nr 1388472). W niniejszej sprawie Sąd Okręgowy uznał, że zachodzi przypadek szczególnie uzasadniony, albowiem wziął pod uwagę trudną sytuację finansowo – życiową powódki, jak również szczególny charakter roszczenia, którego dochodziła oraz to, że powódka mogła posiadać subiektywne przeświadczenie o zasadności przedmiotowego powództwa.