

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 4 maja 2015 r., wniesionym w postępowaniu upominawczym, powodowie M. W. i K. W., działając z profesjonalnym pełnomocnikiem (radcą prawnym), wniesli o orzeczenie nakazem zapłaty, że pozwany, (...) Towarzystwo (...) na (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w S., ma zapłacić na rzecz powodów kwotę 18.000,83 zł tytułem należności głównej, wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 29 września 2012 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powodów kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz kwoty 34 zł tytułem opłaty skarbowej od dwóch pełnomocnictw udzielonych przez powodów pełnomocnikowi procesowemu. W uzasadnieniu przedmiotowego pisma procesowego strona powodowa w pierwszej kolejności wskazała, że w dniu 6 września 2011 r. D. W. – matka powodów – zawarła z Bankiem (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w W., umowę pożyczki nr (...). Umowa opiewała na kwotę 22.359,20 zł. Jak podkreślili powodowie, w ramach tejże umowy pożyczkobiorczyni złożyła Deklarację Z. na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową, w ramach której przystąpiła do Umowy Generalnej (...) Grupowego Pożyczkobiorców nr PG- (...) 01/10. Jak podnieśli powodowie, ochronę ubezpieczeniową przewidziano m. in. na wypadek śmierci pożyczkobiorczyni, a sumą ubezpieczeniową była w tym przypadku, zgodnie z rozdziałem 6 przywołanego OWU suma: 1) kapitału pożyczki pozostającego do spłaty w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz odsetek według przewidzianego umową pożyczki oprocentowania, liczonych od nieprzeterminowanej części kapitału za okres do dnia wypłaty świadczenia, jednak nie dłuższy niż 60 dni. Następnie powodowie podali, że D. W. zmarła w dniu 6 maja 2012 r. Jej jedynymi spadkobiercami są (...) M. i K. W.. Nadto dodali, że zajście zdarzenia ubezpieczeniowego zostało zgłoszone pozwanemu. Pismem z dnia 29 sierpnia 2012 r. pozwany odmówił jednak wypłaty należnego świadczenia, wskazując że doszło do wyłączenia odpowiedzialności. Zdaniem pozwanego zdarzenie objęte ubezpieczeniem zaszło w wyniku następstw i konsekwencji chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Wskutek złożonego przez powodów odwołania, pozwana podtrzymała swoje stanowisko. Dalej powodowie podnieśli, że wobec niemożności ustalenia przez powodów daty dokonania zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego pozwanej, przyjmują oni, że w dacie wystosowania pierwszego pisma zawierającego ustosunkowanie się do zgłoszonego roszczenia, z całą pewnością dysponowała ona wiedzą dotyczącą przedmiotowego zdarzenia. Wobec powyższego jak podkreśliła strona powodowa odsetki za nieterminowe spełnienie świadczenia należą się powodom najpóźniej od 31 dnia od powzięcia wiedzy przez pozwanego, tj. od dnia 29 września 2012 r. do dnia zapłaty. Następnie strona powodowa odnosząc się do argumentacji pozwanego, opartej na założeniu, że jedyną przyczyną zgonu pożyczkobiorczyni była choroba zdiagnozowana przez lekarza przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, powodowie podkreślili, że pozwany nie przedstawił na tę okoliczność żadnych dowodów. W szczególności zdaniem powodów, warto zauważyć, że brak jest podstaw do stwierdzenia, iż choroba niedokrwienna serca – o ile zmarła rzeczywiście na nią cierpiała, była jedyną przyczyną zgonu. Zdaniem strony powodowej okoliczność wyłączająca odpowiedzialność pozwanej nie została w żaden sposób wykazana, a powodowie stoją na stanowisku, że jej przywołanie ma na celu jedynie uniknięcie realizacji kierowanych do niej roszczeń powodów. 23 października 2014 r., komornik sądowy W. M., skierował pismo do powodów, zawierające zawiadomienie o wszczęciu egzekucji roszczeń z umowy pożyczki, zaciągniętej przez zmarłą D. W.. Do pisma dołączono odpis tytułu wykonawczego – bankowego tytułu egzekucyjnego zaopatrzonego w klauzulę wykonalności. W tytule egzekucyjnym wskazano, że pozostała do spłaty kwota kapitału wynosi 17.536,15 zł, zaś wysokość oprocentowania to 16,12% w skali roku. Jak podkreśliła strona powodowa, powodowie spłacili całość należnych bankowi kwot wraz z kosztami egzekucji komorniczej. Tym samym jak zaznaczyli, na ich roszczenie względem pozwanego składają się kwoty: 1) kapitału pożyczki pozostającego do spłaty w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego tj. 17.536,15 zł oraz odsetek według przewidzianego umową pożyczki oprocentowania, liczonych od nieprzeterminowanej części kapitału za okres do dnia wypłaty świadczenia, jednak nie dłuższy niż 60 dni – od 6 maja 2012 r. do 4 lipca 2012 r., tj. 464,68 zł. Powodowie podali również, że pismem z dnia 30 kwietnia 2015 r. wezwali pozwanego do zapłaty kwoty 18.000,83 zł wraz z ustawowymi odsetkami, jednak pozwany w żaden sposób na wezwanie nie zareagował.

Nakazem zapłaty wydanym w postępowaniu upominawczym, w dniu 25 maja 2015 r. referendarz sądowy w Sądzie Rejonowym Poznań-Stare Miasto w P. (Wydział XII Cywilny) orzekł zgodnie z żądaniem pozwu.

Strona pozwana działając z profesjonalnym pełnomocnikiem (radcą prawnym), wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powodów, solidarnie na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu sprzeciwu, strona pozwana w pierwszej kolejności podniosła zarzut barku legitymacji procesowej czynnej powodów, do wystąpienia z roszczeniem w stosunku do pozwanego. Powodowie wywodzą bowiem legitymację z faktu spłaty pożyczki względem banku oraz przejścia na powodów, w związku ze spłatą pożyczki, uprawnienia do dochodzenia roszczeń od pozwanego. Zdaniem pozwanego twierdzenia te są całkowicie bezzasadne. Powodowie jako spadkobiercy D. W. weszli w jej prawa i obowiązki. W związku z przyjęciem spadku przeszedł na powodów obowiązek spłaty pożyczki zaciągniętej przez zmarłą. Jednakże nie przeszło na powodów uprawnienie do dochodzenia roszczeń z tytułu ubezpieczenia w przypadku śmierci, gdyż zmarła nie dysponowała takim uprawnieniem. Zdaniem powodów, również spłata pożyczki nie stanowi podstawy, z której można wywodzić legitymację procesową powodów. Zarówno w (...), jak i Deklaracji Z. na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową, nie wskazuje się iż spłata pożyczki stanowi podstawę do dochodzenia roszczeń względem powoda. W dalszej kolejności pozwany podniósł, że pełnomocnik powodów nie udowodnił spłaty pożyczki zawartej przez D. W.. Powodowie wskazali, że spłacili pożyczkę przelewem na rachunek bankowy komornika prowadzącego postępowanie egzekucyjne. Zdaniem pozwanego twierdzenie to jest gołosłowne. Jak bowiem podniósł, na siódmej stronie odpisu pozwu przesłanego pozwanemu w punkcie 10 i 11 mówi się o dowodach wpłaty kwoty 16.364,36 zł oraz kwoty 5,22 zł. Jednakże do odpisu pozwu, nie załączono odpisu tych pism. W konsekwencji brak jest podstaw do stwierdzenia, że powodowie spłacili za pośrednictwem komornika na rzecz banku, zadłużenie wynikające z umowy pożyczki. Zdaniem pozwanego dodatkowo należy podkreślić, że powodowie twierdzą, iż kapitał pożyczki spłacony przez nich wyniósł 17.536,15 zł, a odsetki od kapitału wyniosły 464,68 zł. Z załączonego do pozwu zawiadomienia o wszczęciu egzekucji sporządzonego przez komornika sądowego z dnia 23 października 2014 r. wynika należność główna dochodzona w postępowaniu egzekucyjnym wyniosła 15.635,16 zł. Tak więc już z treści pozwu wynika, że dochodzone roszczenie w wysokości 18.000,83 zł jest zawyżone o kwotę 2772,00 zł. Niezależnie od powyższego, strona pozwana podtrzymała swoje stanowisko, że odpowiedzialność pozwanego z tytułu zgonu D. W. została zgodnie z rozdziałem 11 ust. 1 pkt 5 (...) wyłączona.

W piśmie procesowym z dnia 12 listopada 2015 r. strona powodowa podniosła, że klauzula o której mowa w rozdziale 11 ust. 1 pkt 5 S.U.W. jest niezgodna z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interesy konsumentów. Zdaniem strony powodowej przedmiotowa klauzula ma na celu wprowadzenie w błąd konsumenta, albowiem konsument nie jest specjalistą w dziedzinie medycyny i nie wie czy akurat te choroby, które u niego występują mogą mieć jakikolwiek wpływ na jego śmierć. Ubezpieczyciel jako profesjonalista zdaniem powodów, winien przynajmniej poprosić konsumenta o przedstawienie aktualnej dokumentacji medycznej, z której wynikałoby na jakie aktualnie choroby cierpi ubezpieczony.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 6 września 2011 r. matka powodów, D. W., zawarła z Bankiem (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w W., umowę pożyczki na cele konsumpcyjne nr (...). Umowa opiewała na kwotę 22.359,20 zł. Bank udzielił przedmiotowej pożyczki wyżej wskazanej, do dnia 30 stycznia 2016 r. W ramach umowy D. W. złożyła Deklarację Z. na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową, w ramach której przystąpiła do Umowy Generalnej (...) Grupowego Pożyczkobiorców nr PG-(...) 01/10. Zgodnie z treścią Deklaracji Z. na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową, D. W., do chwili całkowitej spłaty zadłużenia z tytułu umowy pożyczki, jako uprawnionego i uposażonego do odbioru świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia, w tym świadczenia na wypadek jej śmierci, wskazała Bank (...) S.A. z siedzibą w W..

Dowód: - umowa pożyczki nr (...) z dnia 6 września 2011 r. – k. 10-12

- Deklaracja Z. na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – k. 13-13v

W dniu 6 maja 2012 r. zmarła D. W.. Spadek po niej, na podstawie ustawy nabyli jej synowie: M. W. i K. W..

Dowód: - kopia odpisu skróconego aktu zgonu nr 131/2012 – k. 14

- kopia protokołu dziedziczenia wraz z aktem poświadczenia dziedziczenia – k. 15-21

W świetle Rozdziału 1 ust. 2 pkt 5 i 6, uposażony to osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której wypłacane jest świadczenie w razie śmierci Ubezpieczonego, zaś uprawnionym jest Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inna osoba upoważniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż śmierć Ubezpieczonego.

Zgodnie z zapisem zawartym w rozdziale 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Szczególnych Warunków (...) dla (...) Banku (...) S.A., przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonych. Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie śmierci Ubezpieczonego.

Suma ubezpieczenia na wypadek m. in. śmierci równa jest: 1) kapitałowi pożyczki pozostającemu do spłaty w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, 2) odsetkom, według przewidzianego umową pożyczki oprocentowania, liczonemu od nieprzeterminowanej części kapitału, za okres do dnia wypłaty świadczenia, jednak nie dłuższy niż 60 dni. (Rozdział 6 ust. 1 pkt 1 i 2 (...)).

Zgodnie z treścią postanowień zawartych w Rozdziale 8 Szczególnych Warunków (...) dla (...) Banku (...) S.A., Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych, wypłacane są uposażonemu lub uprawnionemu, wskazanemu przez Ubezpieczonego. Uposażonego do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, wskazuje Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób przez niego wskazanych świadczenie nie przysługuje, lub wszystkie te osoby zmarły przed śmiercią Ubezpieczonego lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, świadczenie przysługuje następującym osobom uprawnionym w kolejności: małżonek w całości, dzieci w częściach równych, rodzice w częściach równych, inni ustawowi spadkobiercy w częściach równych (Rozdział 8 ust. 1, 2 i 3 (...)).

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w wyniku następstw i konsekwencji chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem (Rozdział 11 ust. 5 (...)).

Dowód: - Szczególne Warunki Ubezpieczenia na Życie dla (...) Banku (...) S.A. – k. 49-54

Zajście zdarzenia ubezpieczeniowego (zgon D. W.) zostało zgłoszone pozwanemu. Pismem z dnia 29 sierpnia 2012 r. pozwany odmówił wypłaty świadczenia, że z otrzymanej dokumentacji medycznej wynika, że zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem, nastąpiło w wyniku następstw i konsekwencji chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Tym samym pozwany wskazał, że nie znajduje podstaw do wypłaty świadczenia.

O powyższej decyzji powodowie odwołali się.

W piśmie z dnia 14 grudnia 2012 r. pozwany podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko wskazując również, że D. W. zmarła w wyniku zawału serca, w przebiegu choroby niedokrwiennej serca, a która to choroba została zdiagnozowana w okresie 12 miesięcy przed data zawarcia umowy pożyczki.

Bezsporne, nadto

Dowód: - decyzja pozwanego z dnia 29 sierpnia 2012 r. – k. 22

- pismo pozwanego z dnia 14 grudnia 2012 r. – k. 23-24

W wyniku przeprowadzonego przez Komornika Sądowego przy Sądzie Rejonowym w Białogardzie, W. M. postępowania egzekucyjnego, powodowie spłacili całość zadłużenia wynikającego z zawartej przez D. W. w dniu 6 września 2011 r. umowy pożyczki. W konsekwencji, postanowieniem z dnia 12 listopada 2014 r. w/w komornik sądowy umorzył postępowanie egzekucyjne, ustalając jednocześnie koszty postępowania egzekucyjnego na kwotę 3.247,13 zł.

Dowód: - kopia zawiadomienia o wszczęciu egzekucji z dnia 23 października 2014 r. – k. 25v,

- kopia zajęcia wierzytelności z dnia 23 października 2014 r. – k. 26-27

- postanowienie o umorzeniu postępowania egzekucyjnego z dnia 12 listopada 2014 r. – k. 29

- kopia bankowego tytułu egzekucyjnego nr (...) wraz z postanowieniem o nadaniu klauzuli wykonalności z dnia 3 września 2014 r. – k.27v-28,

- potwierdzenie uiszczenia wpłaty z dnia 5 listopada 2014 r. – k. 139-139v,

- potwierdzenie wykonania przelewu bankowego z dnia 12 listopada 2014 r. – k. 140

Pismem z dnia 30 kwietnia 2015 r. powodowie za pośrednictwem spółki (...) sp. z o.o. z siedzibą w P., wezwali pozwanego do zapłaty należności głównej, w łącznej wysokości 18.000,83 zł wraz z odsetkami liczonymi od dnia wymagalności do dnia zapłaty wynikającej z deklaracji zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową z dnia 7 września 2011 r. w związku z umową pożyczki z dnia 6 września 2011 r., wskazując jednocześnie, że brak zapłaty tej należności w terminie 3 dni od daty otrzymania wezwania lub niepodjęcia rozmów zmierzających do polubownego załatwienia sprawy w tym terminie skutkować będzie podjęciem dalszych bezpośrednich procedur windykacyjnych, a w dalszej kolejności skierowaniem sprawy na drogę postępowania sądowego i egzekucyjnego.

Powyższe wezwanie pozostało bez odpowiedzi ze strony pozwanego.

Bezsporne, nadto

Dowód: - wezwanie do zapłaty z dnia 30 kwietnia 2015 r. wraz z kopią potwierdzenia nadania – k. 31-32

Wyjściową przyczyną zgonu D. W. w dniu 6 września 2011 r. była miażdżycza naczyń mózgowo-wieńcowych, przyczyną wtórną zawał mięśnia sercowego, zaś bezpośrednią przyczyną zatrzymanie krążenia i oddychania.

D. W. chorowała na nadciśnienie tętnicze (I10/I11) oraz chorobę niedokrwienną serca (I-25). W dniu 9 marca 2009 r. D. W. została skierowana do szpitala na oddział kardiologiczny (Stan po (...) + stent 2003 r.). Wpis ten dowodzi że w 2003 r. u D. W. wykonywano angioplastykę tętnicy wieńcowej. Ambulatoryjna dokumentacja medyczna oraz zalecane podczas wizyt leki, potwierdzają istnienie u D. W. procesu miażdżycowego tętnic wieńcowych, wymagającego interwencji szpitalnych i działań hemodynamicznych (plastyka naczyniowa z implantacją stenu bądź stentu) w latach 2003 i być może 2009.

Poza schorzeniami kardiologicznymi u D. W. rozpoznawano: cukrzycę, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, zaburzenia psychiczne i otyłość, miażdżycę, zwyrodnienia wielowarstwowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspakajających, zaburzenia depresyjne nawracające, zaburzenia nerwicowe, zaburzenia snu i miażdżycę.

Zgon D. W. spowodowany zawałem serca jest następstwem trwającej i udokumentowanej potrzebą rekanalizacji tętnicy w 2003 r., miażdżycy naczyń wieńcowych. Uściślając zgon D. W. był następstwem lub konsekwencją choroby niedokrwiennej serca, miażdżycy naczyń mózgowych i wieńcowych stwierdzonych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności pozwanego, tj. przed 6 września 2011 r. Trwający od kilku lat proces miażdżycowy u osoby otyłej z chorobą nadciśnieniową, cukrzycą doprowadził do rozwoju choroby niedokrwiennej serca i w jej konsekwencji do zgonu. Schorzenia układu ruchu i zaburzenia natury emocjonalnej nie były powodem śmierci D. W..

Dowód: - pisemna opinia biegłej z dziedziny kardiologii dr n. med. A. B. z dnia 21 kwietnia 2016 r. – k. 176-177

- dokumentacja medyczna – k. 55-120

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o wyszczególnione powyżej dokumenty w aktach sprawy oraz pisemną i ustną opinię biegłej z dziedziny kardiologii dr n. med. A. B..

Dokonując oceny zgromadzonego materiału dowodowego Sąd uznał za wiarygodne wszystkie zgromadzone w aktach sprawy dokumenty. Ich wiarygodność oraz moc dowodowa nie były kwestionowane przez żadną ze stron i również Sąd nie znalazł powodów, aby kwestionować te dokumenty.

Opinia sporządzona przez biegłą z dziedziny kardiologii dr n. med. A. B. z dnia 21 kwietnia 2016 r. , Sąd uznał za wiarygodną i przydatną dla rozstrzygnięcia sprawy, przede wszystkim w zakresie ustalenia zgon D. W. był następstwem lub konsekwencją choroby niedokrwiennej serca, miażdżycy naczyń mózgowych i wieńcowych stwierdzonych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności pozwanego, tj. przed 6 września 2011 r.

Przystępując do oceny pisemnej opinii biegłej dr n. med. A. B. z dnia 21 kwietnia 2016 r. należy podkreślić, iż w postępowaniu cywilnym dowód w postaci opinii biegłego podlega ocenie na równi z innymi dowodami, a strony są uprawnione do podważania mocy dowodowej opinii biegłych za pomocą wszystkich dostępnych i przewidzianych przez prawo środków dowodowych. Zgodnie z postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 roku (sygn. akt: I CKN 1170/98, OSNC 2001, nr 4, poz. 64) opinia biegłego podlega ocenie – przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (zob. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2002 roku, V CKN 1354/00). Kierując się tymi wskazaniem Sąd uznał, że przedmiotowa opinia została sporządzona w sposób rzetelny, jasny i spójny, przez osobę posiadającą odpowiednie kompetencje do ich przygotowania. Opinie wskazuje metodykę opracowania, sposób badań, które doprowadziły biegłego do wysnucia ostatecznych wniosków. Wnioski końcowe pisemnej opinii zostały sformułowane w sposób jednoznaczny i kategoriyczny, są wyczerpujące i zostały dostatecznie umotywowane. Opinia stanowi logiczną całość.

W piśmie procesowym z dnia 11 sierpnia 2016 r. strona powodowa zakwestionowała ustalenia zawarte w pisemnej opinii z dziedziny kardiologii dr n. med. A. B. z dnia 21 kwietnia 2016 r., wnosząc jednocześnie o przesłuchanie w/ w biegłej na rozprawie i zadanie jej następujących pytań: 1) Czy możliwe jest, aby zawał mięśnia sercowego wystąpił nie w przebiegu choroby wieńcowej, ale z przyczyn innych niż miażdżycy tętnic wieńcowych?; 2) Czy kategoriyczne stwierdzenie przyczyny zgonu nie wymagałoby w tym przypadku przeprowadzenia sekcji zwłok?; 3) Czy wobec faktu, że nie dokonano sekcji zwłok, można założyć, że przyjęcie wskazanej w tym przypadku przyczyny śmierci jest wskazaniem nie kategoriycznym, ale najbardziej prawdopodobnym?

Dowód: - pismo pełnomocnika powodów z dnia 11 sierpnia 2016 r. – k. 186-189

Ustosunkowując się do powyższego pisma na rozprawie w dniu 19 października 2016 r. biegła dr n. med. A. B. wskazała, że w przypadkach gdy nie ma udokumentowanej miażdżycy tętnic wieńcowych możliwym jest, aby zawał mięśnia sercowego nastąpił z przyczyn innych niż miażdżycy tętnic wieńcowych. Nadto w dokumentacji medycznej wyraźnie wskazana jest przyczyna zgonu. Lekarz stwierdzający zgon, nie wpisał zwrotu: „suspicio”, czyli podejrzenie (zawału). Niemniej jednak rozpoznanie było jednoznaczne. Nie sposób ustalić jak często występuje zawał w naczyniach zdrowych. Medycyna nie wyklucza takiej możliwości. D. W. miała udokumentowaną miażdżycę tętnic wieńcowych, wymagającą działań zabiegowych. Wywiad chorobowy zawarty w aktach potwierdza rozpoznanie, a nie wyklucza rozpoznania postawionego przez lekarza stwierdzającego zgon.

Dowód: - ustna opinia uzupełniająca biegłej z dziedziny kardiologii dr n. med. A. B. z dnia 19 października 2016 r. – k. 219-220

W konsekwencji Sąd przyznał powyższym opiniom przymiot pełnej wiarygodności, nie znajdując podstaw do podważania ich wartości dowodowej i do konieczności z opinii innych biegłych, tym bardziej, iż żadna ze stron – co należy podkreślić – nie składała takich wniosków. Z uwagi więc na to, że opinia biegłego była kategoriyczna i

przekonywująca, okoliczności, na które została sporządzona należało uznać za wyjaśnione, a tym samym nie powstał obowiązek dopuszczania dowodu z dalszych opinii biegłych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1974 r., II CR 638/74, OSP 1975/5/108).

Sąd zważył, co następuje:

Na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego i poczynionych ustaleń faktycznych, powództwo okazało się nieuzasadnione.

W pierwszej kolejności należało odnieść się do podniesionego przez pozwanego zarzutu braku legitymacji czynnej po stronie powodowej. Uzasadniając powyższe pozwany podkreślił, że powodowie wywodzą bowiem legitymację z faktu spłaty pożyczki względem banku oraz przejścia na powodów, w związku ze spłatą pożyczki, uprawnienia do dochodzenia roszczeń od pozwanego. Zdaniem pozwanego twierdzenia te są nieuzasadnione. Powodowie jako spadkobiercy D. W. weszli w jej prawa i obowiązki. W związku z przyjęciem spadku przeszedł na powodów obowiązek spłaty pożyczki zaciągniętej przez zmarłą. Jednakże nie przeszło na powodów uprawnienie do dochodzenia roszczeń z tytułu ubezpieczenia w przypadku śmierci, gdyż zmarła nie dysponowała takim uprawnieniem. Zdaniem powodów, również spłata pożyczki nie stanowi podstawy, z której można wywodzić legitymację procesową powodów. Zarówno w (...), jak i Deklaracji Z. na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową, nie wskazuje się iż spłata pożyczki stanowi podstawę do dochodzenia roszczeń względem powoda.

W tym miejscu zaakcentowania wymaga fakt, że posiadanie przez strony legitymacji czynnej i biernej w procesie jest przesłanką zasadniczą, od której istnienia uzależniona jest możliwość uwzględnienia powództwa, a jej brak, zarówno w postaci czynnej jak i biernej, prowadzi do wydania wyroku oddalającego powództwo. Wskazać należy, że legitymacja procesowa to uprawnienie do poszukiwania ochrony prawnej w konkretnej sprawie. Legitymacja czynna zawsze ściśle jest związana ze stroną powodową i oznacza jej uprawnienie do wszczęcia i prowadzenia procesu. Legitymację bierną należy wiązać z osobą pozwanego w procesie. Legitymacja bierna uzasadnia występowanie w procesie w charakterze pozwanego. Legitymacja procesowa to zatem uprawnienie konkretnego podmiotu (legitymacja czynna) do występowania z konkretnym roszczeniem przeciwko innemu oznaczonemu podmiotowi (legitymacja bierna) wypływająca z prawa materialnego.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 grudnia 2012 r., (III CZP 83/12, OSNC 2013/7-8/82) wskazał, że 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. Brak legitymacji materialnej (czynnej lub biernej) skutkuje co do zasady oddaleniem powództwa. W sytuacji, gdy legitymacja materialna i procesowa zespalają się, oddalenie powództwa następuje w istocie z braku legitymacji materialnej, którego rezultatem jest także brak legitymacji procesowej, będący wtórną przyczyną oddalenia powództwa. Legitymacja procesowa jest zawsze powiązana z normami prawa materialnego.

Rolą sądu w procesie jest dokonanie oceny istnienia legitymacji procesowej strony w chwili orzekania co do istoty sprawy, a w wypadku stwierdzenia braku legitymacji procesowej (zarówno czynnej, jak i biernej), na sądzie spoczywa obowiązek zamknięcia rozprawy i wydania wyroku oddalającego powództwo.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy zdaniem Sądu Rejonowego argumentacja strony pozwanej, uzasadniająca podniesiony przez nią zarzut braku legitymacji czynnej po stronie powodowej nie zasługiwała na uwzględnienie. W przedmiotowym stanie faktycznym mamy do czynienia ze szczególnym rodzajem ubezpieczenia. D. W. zawierając w dniu 5 września 2011 r. umowę pożyczki z Bankiem (...) S.A., przystąpiła do umowy ubezpieczenia na życie z (...) Towarzystwem (...) na (...) S.A. z siedzibą w S.. zawartej przez Bank (...) S.A. Jest to umowa ubezpieczenia określona w art. 829 k.c. i art. 805 w zw. z art. 808 k.c., czyli tzw. umowa ubezpieczenia osobowego zawarta na cudzy rachunek. Stronami tej umowy są Bank (...) S.A. jako ubezpieczający oraz pozwany jako zakład ubezpieczeń. D. W. była ubezpieczonym, który zawarł za pośrednictwem Bank (...) S.A., umowę kredytu i złożył Deklarację Z. na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową, której przedmiotem ubezpieczenia było życie i zdrowie. W dniu 6 września 2011 roku doszło do zgonu ubezpieczonej, a więc wypadku ubezpieczeniowego opisanego w umowie,

Szczególnych Warunkach (...) Banku (...) S.A. i art. 805 k.c. W świetle Rozdziału 1 ust. 2 pkt 5 i 6, uposażony to osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której wypłacane jest świadczenie w razie śmierci Ubezpieczonego, zaś uprawnionym jest Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inna osoba upoważniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż śmierć Ubezpieczonego. Ubezpieczona D. W. nie była stroną umowy, ale stroną stosunku ubezpieczenia. (...) Bank (...) S.A. działał w imieniu własnym, ale na cudzy rachunek (D. W., której przysługiwał status ubezpieczonego), a przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej było jej życie i zdrowie jako kredytobiorcy.

Podzielić należy pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w uzasadnieniu wyroku z dnia z dnia 12 września 2013 r. (IV CSK 91/13, LEX nr 1413591), że zawieranie umów ubezpieczenia na cudzy rachunek jest często stosowane w praktyce bankowej w ramach współpracy z instytucjami ubezpieczeniowymi (tzw. zjawisko bancassurance); obok umowy kredytowej oferuje się kredytobiorcy dodatkowy produkt w postaci umowy ubezpieczenia - zazwyczaj grupowej - obejmującej ubezpieczenie na życie bądź zdrowie kredytobiorcy. Umowa ubezpieczenia, towarzysząca zawarciu umowy o kredyt, chroni z jednej strony interes ubezpieczonego w razie zajścia przewidzianych w niej wypadków uniemożliwiających bądź znacznie utrudniających wykonanie obowiązków z umowy kredytowej, z drugiej strony, pośrednio interes banku zainteresowanego wykonaniem obowiązków z umowy kredytowej przez ubezpieczonego kredytobiorcę. Sytuacja prawna ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek jest specyficzna, gdyż mimo że nie jest on stroną umowy ubezpieczenia na podstawie art. 808 § 3 k.c., co do zasady, może żądać spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. Niezależnie od tego, według art. 808 § 4 k.c., ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków ubezpieczonego. Ponadto, zgodnie z art. 808 § 5 k.c., jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹-385³ k.c. stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Oznacza to, że w takich przypadkach można poddać kontroli postanowienia umów ubezpieczeń dotyczące praw i obowiązków ubezpieczonego z punktu widzenia wskazanych przepisów, tj. czy w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami kształtują one prawa i obowiązki ubezpieczonego, rażąco naruszając jego interesy (tzw. klauzule abuzywne), a w konsekwencji są dla niego niewiążące (art. 385¹ § 1 w zw. z art. 808 § 5 k.c.).

W Szczególnych Warunkach (...) dla (...) Banku (...) S.A. stanowiących załącznik do umowy ubezpieczenia, nie wyłączono uprawnienie powodów, jako spadkobierców zmarłej pożyczkobiorczyni, do dochodzenia świadczenia od ubezpieczyciela. Wręcz przeciwnie, jak już wskazano we wcześniejszej części uzasadnienia, zgodnie z treścią postanowień zawartych w Rozdziale 8 Szczególnych Warunków (...), w przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób przez niego wskazanych świadczenie nie przysługuje, lub wszystkie te osoby zmarły przed śmiercią Ubezpieczonego lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, świadczenie przysługuje następującym osobom uprawnionym w kolejności: małżonek w całości, dzieci w częściach równych, rodzice w częściach równych, inni ustawowi spadkobiercy w częściach równych (Rozdział 8 ust. 1, 2 i 3 (...)).

W ocenie Sądu Rejonowego, skoro ubezpieczona D. W. zapłaciła składkę przekazaną ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego to w wypadku takim jaki wystąpił w przedmiotowej sprawie, uprawnionym – a więc M. W. i K. W. przysługiwać winno prawo dochodzenia roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Nie bez znaczenia jest również fakt, że powodowie spłacili całość zadłużenia wynikającego z zawartej przez D. W. w dniu 6 września 2011 r. umowy pożyczki. Nadto nie można pominąć również celu ubezpieczenia. Przyjęcie toku rozumowania pozwanego, przy biernej postawie ubezpieczającego (Banku (...) S.A.), którego interes w ustaleniu odpowiedzialności ubezpieczyciela jest zdecydowanie inny niż ubezpieczonej (i spadkobierców po niej), powodowałoby taką oto sytuację, że osoby, które tak jak powodowie, odpowiadają na mocy art. 1030 k.c. i n. za długi spadkowe, zostają pozbawione świadczenia z umowy ubezpieczenia i prawa do jego dochodzenia. Z takim stanowiskiem zgodzić się nie sposób. W cytowanym wyroku Sądu Najwyższego wskazano, że nie może zostać uznane za abuzywne postanowienie umowne, którego treść jest zgodna z treścią przepisu ustawowego o charakterze dyspozytywnym - w rozważanym przypadku w art. 808 § 3 k.c. - który przewiduje możliwość wyłączenia uprawnienia ubezpieczonego do żądania świadczenia bezpośrednio

od ubezpieczyciela. Należy jednak mieć na względzie, że przepis ten jest częścią całościowej regulacji umowy ubezpieczenia zakładającej, zgodnie z art. 805 § 1 i art. 808 § 2 k.c., że to ubezpieczający, a nie ubezpieczony, ponosi ciężar zapłaty składki ubezpieczycielowi. **Należy wobec tego rozważyć, czy w sytuacji, gdy ubezpieczony, do którego mają zastosowania szczególne zasady ochrony stosowane wobec konsumenta, ponosi ekonomiczny ciężar zapłaty składki ubezpieczeniowej przekazywanej ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego - co wprost przewidywała umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy pozwanym i Ż. S.A. - wynikająca z art. 808 § 3 k.c. możliwość wyłączenia uprawnienia ubezpieczonego do dochodzenia bezpośrednio od ubezpieczyciela świadczenia ma charakter nieograniczony, czy też w określonych sytuacjach, np. odmowy dochodzenia świadczenia przez ubezpieczającego, powinien zostać przewidziany mechanizm umożliwiający ubezpieczonemu dochodzenie roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Postanowienie umowne, które wyłącza prawo ubezpieczonego do dochodzenia spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela, w razie odmowy realizacji tego prawa przez ubezpieczającego, prowadzi niewątpliwie do znacznego utrudnienia w uzyskaniu przez ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej.** (...)W razie niespełnienia dobrowolnie świadczenia przez ubezpieczyciela nadal tylko podmiot uprawniony do dochodzenia tego świadczenia mógłby wystąpić o jego spełnienie. W takim przypadku, ubezpieczonemu przysługiwałyby jedynie roszczenia odszkodowawcze albo z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia wobec osoby uprawnionej do żądania spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia względnie w stosunku do zakładu ubezpieczeń. Taki jednak skomplikowany prawnie i uzależniony, zazwyczaj, od spełnienia dodatkowych warunków np. zapłaty świadczeń z umowy kredytowej, sposób doprowadzenia przez ubezpieczonego do uzyskania świadczenia równoważnego w skutkach ekonomicznych do świadczenia z umowy ubezpieczenia, niewątpliwie istotnie ogranicza możliwość uzyskania ochrony ubezpieczeniowej.

Dodatkowo wskazać należy, że w Deklaracji Z. na objęcie Ochroną Ubezpieczeniową wyraźnie wskazano, że Bank (...) S.A, jest wskazany jako uprawniony i uposażony do chwili całkowitej spłaty zadłużenia. Skoro powodowie dokonali całkowitej spłaty zadłużenia to z chwilą spłaty wygasło uprawnienie banku do dochodzenia odszykowania tak więc zachodzi określony w rozdziale 8 punkcie 3 wypadek, że „żadnej osobie wskazanej przez Ubezpieczonego świadczenie nie przysługuje” stąd powodowie mogą wywodzić swą legitymację bezpośrednio z rozdziału 8 pkt. 3 Szczególnych Warunków ubezpieczenia na Życie dla (...) Banku (...) S.A.

W konsekwencji uznać należało, że podniesiony przez stronę pozwaną zarzut braku legitymacji czynnej po stronie powodowej nie zasługiwał na uwzględnienie.

Przechodząc do merytorycznej oceny zasadności żądania strony powodowej, zdaniem Sądu Rejonowego, powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie. Zasadniczą kwestią, mającą istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy był związek pomiędzy przyczyną śmierci a u matki powodów stanów chorobowych w postaci: nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca oraz miażdżycy naczyń mózgowych i wieńcowych, przed zawarciem umowy z pozwaną. Z treści S.W.U. wynika, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w wyniku następstw i konsekwencji chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem (Rozdział 11 ust. 5 (...)). Z powyższego wynika, że odpowiedzialność strony pozwanej była wyłączona, jeżeli przyczyną zgonu ubezpieczonego była choroba rozpoznana przed podpisaniem Deklaracji Z. na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową i przed przystąpieniem do ubezpieczenia na warunkach określonych w treści umowy oraz w S.W.U., które zostały przekazane matce powodów przed podpisaniem w/w deklaracji. W jej treści zostało bowiem złożone oświadczenie o zapoznaniu się przez zmarłą z warunkami ubezpieczenia. Na korzyść strony pozwanej przemawiał również dowód z opinii biegłej z dziedziny kardiologii dr n. med. A. B., która w treści opinii pisemnej stwierdziła, że zgon D. W. spowodowany zawałem serca jest następstwem trwającej i udokumentowanej potrzebą rekanalizacji tętnicy w 2003 r., miażdżycy naczyń wieńcowych. Biegła wskazała również, że zgon D. W. był następstwem lub konsekwencją choroby niedokrwiennej serca, miażdżycy naczyń mózgowych i wieńcowych stwierdzonych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności pozwanego, tj. przed 6 września 2011 r. Trwający od kilku lat proces miażdżycowy u osoby otyłej z chorobą nadciśnieniową, cukrzycą doprowadził do rozwoju choroby niedokrwiennej serca i w jej konsekwencji do

zgonu. Co więcej grupowy charakter ubezpieczenia powodował ponadto, że D. W. nie składała oświadczeń o stanie zdrowia. Podkreślenia wymaga również to, że Szczególne Warunki (...) (...) zostały udostępnione ubezpieczonej w sposób dający pełną możliwość zapoznania się z ich treścią. Nie może więc ulegać kwestii, że składając oświadczenie o zapoznaniu się z tak określonymi warunkami umowy, matka powodów osobiście wyraziła wiedzę o ich treści. Miała więc uprzednio możliwość zapoznania się nie tylko z treścią deklaracji, ale też z określonymi dokładnie ogólnymi warunkami umowy, które musiały zostać udostępnione ubezpieczonej. Jeśli więc D. W. złożyła wskazane oświadczenie, uznać należało, że miała możliwość zapoznania się z ogólnymi warunkami umowy. Na tej podstawie Sąd Rejonowy uznał, że były one wiążące dla obu stron umowy ubezpieczenia. Wymagania przewidziane treścią art. 384 § 1 k.c. zostały bowiem wypełnione przez stronę pozwaną. Zachodziły więc podstawy do uznania, że wykazana w tej sprawie została okoliczność wyłączająca odpowiedzialność pozwanej, przewidzianą art. 805 w zw. z art. 831 § 1 k.c. Pomimo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonej.

Odnosząc się do twierdzeń strony powodowej, jakoby klauzula o której mowa w rozdziale 11 ust. 1 pkt 5 S.U.W. była niezgodna z dobrymi obyczajami i rażąco naruszała interesy konsumentów i miała na celu na celu wprowadzenie w błąd konsumenta, zauważyć należy że stanowisko to nie jest trafne. Zgodnie z art. 385¹ k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny (§ 1). Jeżeli postanowienie umowy zgodnie z § 1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie (§ 2). Niezgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta (§ 3). Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje (§ 4).

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy, należy zauważyć, że klauzula o której mowa w rozdziale 11 ust. 1 pkt 5 S.U.W. niewątpliwie wprowadza ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku poważnego zachorowania w sytuacji, gdy choroba wystąpiła u ubezpieczonego przed zawarciem przez niego umowy ubezpieczenia. Należy jednak zauważyć, że klauzula ta nie określa świadczenia głównego, a wskazuje zakres ochrony ubezpieczeniowej, wyłączając te choroby, które już wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem przez niego umowy ubezpieczenia. Ponadto gdyby nawet uznać (co nie ma oczywiście uzasadnienia), że chodzi tu o świadczenie główne, to i tak rozstrzygnięcie byłoby takie samo. Postanowienia dotyczące świadczeń głównych stron nie podlegają kontroli z punktu widzenia abuzywności, chyba że nie zostały sformułowane jednoznacznie (argumentum a contrario z art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.). Treść przedmiotowego postanowienia ustalona przez jego autora, tj. ubezpieczyciela, jest jednoznaczna, stanowi bowiem, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w wyniku następstw i konsekwencji chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem (Rozdział 11 ust. 5 (...)). D. W. w dniu podpisywania Deklaracji Z. na Objęcie Ochrona Ubezpieczeniową, tj. 6 września 2011 r. wiedziała na jakie choroby cierpi, bowiem jak wynika z treści opinii powołanej w niniejszej sprawie biegłej sądowej oraz zgromadzonej w aktach niniejszej sprawy dokumentacji medycznej, proces miażdżycowy tętnic wieńcowych, wymagający interwencji szpitalnych i działań hemodynamicznych miał miejsce już w roku 2003, a następnie stwierdzone stany chorobowe nasilały się w późniejszym okresie. Poważne zachorowanie, stanowiące podstawę wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, zostało zdiagnozowane przez właściwego lekarza przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Tym samym niewątpliwie wystąpiła przesłanka wyłączająca odpowiedzialność ubezpieczyciela, który w konsekwencji mógł odmówić spełnienia świadczenia, powołując się na „wystąpienie” przed zawarciem umowy objawów tego zachorowania.

Wobec powyższego klauzula o której mowa w rozdziale 11 ust. 1 pkt 5 S.U.W. zdaniem Sądu Rejonowego, nie jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i nie narusza w sposób rażący interesów konsumentów, a w konsekwencji nie jest niedozwolonym postanowieniem umownym – w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Z uwagi na powyższe Sąd w punkcie 1 wyroku powództwo oddalił.

W punkcie 2 wyroku Sąd na podstawie art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. oraz (§ 6 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu, Dz. U. nr 163, poz. 1348 ze zm.), zasądził od powoda jako od strony przegrywającej sprawę na rzecz pozwanego kwotę 2417 zł tytułem zwrotu kosztów procesu. Pozwany poniósł koszty zastępstwa procesowego pełnomocnika w wysokości 2400 zł oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

SSR Mariusz Gotowski

ZARZĄDZENIE

1. odnotować uzasadnienie w kontrolce uzasadnień,
2. odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi pozwanego,
3. za 14 dni lub z apelacją

SSR Mariusz Gotowski