

Uzasadnienie wyroku z dnia 21 lutego 2018 r

Powódka L. R. w pozwie skierowanym do tut. Sądu domagała się zasądzenia od strony pozwanej (...) SA z siedzibą w W. kwoty 41.000 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 1.04.2016 r do dnia zapłaty, oraz zasądzenia kosztów niniejszego postępowania.

Na uzasadnienie pozwu powódka podała że dochodzona pozwem kwota stanowi równowartość sumy którą strona pozwana winna wypłacić powódce jako osobie uposażonej z tytułu umowy ubezpieczenia na życie którą zawarł ze stroną pozwaną jej mąż W. R. (1), który w dniu 8.11.2015 r zmarł na udar mózgu. Po śmierci męża powódka wystąpiła do strony pozwanej o wypłatę świadczenia w związku ze śmiercią W. R. (1) jednak strona pozwana odmówiła wypłaty świadczenia podnosząc iż W. R. (1) przed zawarciem umowy ze stroną pozwaną podał jej nieprawdziwe informacje co do swojego stanu zdrowia oświadczając że jego stan zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lekarskiego i regularnego leczenia, gdy tymczasem ze zgromadzonej dokumentacji lekarskiej wynikało, że przed śmiercią chorował na nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe oraz podwyższony stan cholesterolu i trójglicerydów. Z powyższą decyzją powódka nie zgodziła się podnosząc iż jej mąż nigdy nie skarżył się na dolegliwości związane z nadciśnieniem, nie leczył się w przychodni kardiologicznej, a jedynym schorzeniem na które cierpiał przed zawarciem umowy ze stroną pozwaną były to skurcze łydek i ból kolana. Stąd też nie można przyjąć iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia ze stroną pozwaną podał nieprawdę odnośnie swojego stanu zdrowia.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jej rzecz od strony powodowej kosztów niniejszego postępowania, na uzasadnienie swego stanowiska podnosząc iż przepis art. XIII pkt 8 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie do którego to grupowego ubezpieczenia przystąpił W. R. (1) przyznaje ubezpieczycielowi prawo odmowy przyznania świadczenia jeżeli ubezpieczony lub ubezpieczający podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje o które ubezpieczyciel pytał we wniosku lub innych formularzach przed zawarciem umowy, jeżeli te informacje mogły mieć wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego. Taka sytuacja zdaniem strony pozwanej wystąpiła w niniejszej sprawie. W. R. (1) przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia podał informację że jego stan zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lekarskiego i regularnego leczenia, za wyjątkiem profilaktyki. Tymczasem z dokumentacji medycznej wynikało że przed złożeniem tegoż oświadczenia mąż powódki miał stwierdzoną chorobę nadciśnieniową , miażdżycę tętnic, zaburzenia lipidowe oraz podwyższone stężenie cholesterolu i trójglicerydów. Strona pozwana podniosła że gdyby miała wiedzę o istnieniu choroby nadciśnieniowej W. R. (1) nie zawarłaby z nim przedmiotowej umowy. Strona pozwana podała nadto że po śmierci W. R. (1) lekarz stwierdził że główną przyczyną jego śmierci było nadciśnienie tętnicze, którego skutkiem było krwawienie międzyczaszkowe, które doprowadziło bezpośrednio do śmierci W. R. (1).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny w sprawie :

Mąż powódki W. R. (1) dnia 11 października 2011 r zgłosił się na poradę lekarską do lekarza internisty K. J. (1) w (...) Centrum Medycznego „ Remedium „ w Ł.. Zgłosił wówczas lekarzowi utrzymujące się od kilku tygodni podwyższone ciśnienie tętnicze które zostało zdiagnozowane u niego podczas badań profilaktycznych oraz skurcze łydek po dłuższym wysiłku. Z wywiadu uzyskanego od pacjenta lekarz uzyskał informację że pacjent jest obciążony rodzinnie w kierunku nadciśnienia z uwagi na chorobę matki , której przyczyną śmierci była miażdżycza, oraz że pali papierosy w ilości 20 sztuk dziennie. Przeprowadzone badanie ciśnienia wykazało wysoką jego wartość : 220/112. Takie podwyższenie ciśnienia nie mogło mieć przyczyny tylko w związku ze stresem związanym z badaniem lekarskim tzw. „ objawem białego fartucha „ . Wobec powyższego lekarz zlecił pacjentowi przeprowadzenie badań w kierunku m.in. ustalenia poziomu cholesterolu i trójglicerydów. W dniu wizyty wykonano u pacjenta badanie EKG, które wykazało przyspieszoną czynność serca, oraz graniczne cechy przerostu mięśnia lewej komory serca, co świadczyło o stosunkowo długo utrzymującym się u tego pacjenta nadciśnieniu tętniczym. Przerost taki powstaje z reguły w przeciągu co najmniej kilku miesięcy występowania nadciśnienia tętniczego które jest obciążeniem następczym lewej komory serca. Lekarz zapisał pacjentowi leki obniżające ciśnienie, jeden z nich wpływał także na zwolnienie czynności

serca, które u pacjenta wykazało poziom 105 uderzeń na minutę, a który to poziom wskazywał na przyspieszoną akcję serca. W karcie leczenia jako rozpoznanie lekarz wpisał nadciśnienie tętnicze oraz miażdżycę kończyn dolnych – to rozpoznanie ze znakiem zapytania. Wystawiono L-4 od 11.10.2011 do 18.10.2011 r

Na kolejnej wizycie , która miała miejsce 19.10.2011 r ciśnienie pacjenta wynosiło 160/90, zaś tętno 105/minutę. Z badań przeprowadzonych u pacjenta wynikało że poziom cholesterolu u niego wynosił 293 mg%, poziom trójglicerydów 380 mg%. Były to wyniki nieprawidłowe. Pacjent podawał nadto bóle kończyn dolnych o typie „chromania „. W związku z nieprawidłowymi wynikami lipidogramów lekarz zaordynował pacjentowi lek przeciwcholesterolowy, antyplatekwy i rozszerzający tętnice, stosowany w miażdżycy kończyn dolnych. Lekarz wpisał w karcie iż pacjent został poinformowany o zakazie palenia papierosów. Jako rozpoznanie wpisał miażdżycę (kod choroby 170).

Kolejna wizyta tego pacjenta miała miejsce 10.11.2011 r .Stwierdzono wówczas ciśnienie rzędu 175/100 i tętno 102/minutę. Lekarz przepisał pacjentowi silniejszy lek zmniejszający przyspieszoną czynność serca , oraz kolejne leki kontynuujące leczenie miażdżycy. Jako rozpoznanie wpisano nadciśnienie tętnicze i miażdżycę (kod 10 /170).

Kolejny raz pacjent ten zgłosił się do lekarza 30.03.2012 r w związku z bólem kolana. Lekarz rozpoznał zapalenie kolana prawego , pacjent otrzymał stosowne leki i zwolnienie lekarskie. Następny raz do tego lekarza pacjent zgłosił się 13.01.2015 r , w związku z chorobą o nr statystycznym B23 i otrzymał skierowanie do dermatologa. Była to ostatnia wizyta tego pacjenta .

Lekarz prowadząca K. J. (1) podała że nie pamięta tego pacjenta i przebiegu jego leczenia oraz co podawała mu w trakcie wizyt, natomiast stwierdziła że standardowo w przypadku stwierdzenia u pacjenta takich schorzeń jak u W. R. (1) tj. nadciśnienia i hiperlipidemii informuje pacjentów o konieczności regularnego leczenia tych schorzeń i stałego nadzoru lekarskiego. Natomiast z praktyki dostrzega że pacjenci często te wskazania lekceważą, nie kontynuując leczenia. Lekarz przy kolejnych wizytach pacjenta które nie są związane z leczeniem nadciśnienia i miażdżycy nie prowadzi wywiadu czy pacjent posiada jeszcze leki celem kontynuowania leczenia tych schorzeń. Wiąże się to z tym ,że niejednokrotnie pacjent kontynuuje leczenie w tym kierunku u innego lekarza prywatnie. W wypadku leczenia długotrwałego takich schorzeń jak np. nadciśnienie pacjenci sami dbają o kolejne wizyty lekarskie nie są one wyznaczane przez lekarza. W przypadku wizyty związanej z inną jednostką chorobową pacjent winien sam lekarzowi zgłosić potrzebę zapisania kolejnej partii leków na nadciśnienie czy miażdżycę bądź inne schorzenia o charakterze przewlekłym. Stąd też gdy W. R. (1) zgłosił się z chorobą kolana w marcu 2012 r lekarz prowadzący samoistnie nie prowadził wywiadu w kierunku kontynuacji leczenia nadciśnienia i miażdżycy.

W wypadku W. R. (1) nie było konieczności leczenia tych schorzeń u specjalisty. Leczenie winno dać rezultaty w wypadku regularnego zażywania leków.

Żona W. R. (1) podała że mąż nie skarżył się na żadne dolegliwości związane z nadciśnieniem. Na wizytę do lekarza w (...) w październiku 2011 udał się według wiedzy powódki z powodu skurczów lub bóli w łydkach. Wie że mąż otrzymał wówczas jakieś tabletki które zażywał jakiś czas ,ale źle się po nich czuł. Mówił że leki te są na rozszerzenie naczyń aby łydki przestały go boleć. Lekarz następnie zmienił tabletki ale mąż później nie kontynuował leczenia, czuł się dobrze a dolegliwości łydek minęły. Nie informował powódki że ma kontynuować to leczenie i nie kontynuował jego. Powiedział tylko powódce że lekarz stwierdził u niego podwyższone ciśnienie. Gdy w 2015 r mąż skarżył się że źle się czuje zakupili do domu ciśnieniomierz. Wówczas mąż mierząc ciśnienie, miał podwyższone wskaźniki tego ciśnienia ale powódka nie pamięta jakie.

(dowód : historia choroby W. R. (1) k. 102, kopia orzeczeń lekarskich k. 36-37,opinia biegłego lekarza T. P. k. 106-107, 127-129, zeznania świadka K. J. k. 162, zeznania powódki k.163)

Powódka w 2014 r była zatrudniona w Przedsiębiorstwie Usługowo- Handlowym (...) Spółce Jawnej w R. . Pracodawca powódki zawarł ze stroną pozwaną umowę grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm. Dnia 23.07.2014 r W. R. (1) jako mąż powódki wypełnił i podpisał deklaracje przystąpienia do tej umowy. W deklaracji tej

złożył oświadczenie o stanie zdrowia w którym podawał, że nie jest inwalidą, nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, że na przestrzeni 12 miesięcy nie miał przerw w pracy spowodowanej chorobą lub wypadkiem dłuższej niż 30 kolejnych dni oraz że z uwagi na stan jego zdrowia nie zlecono mu regularnego leczenia lub nadzoru lekarskiego za wyjątkiem profilaktyki.

Jako osobę uposażoną do otrzymania świadczenia w wypadku jego śmierci W. R. (1) wskazał żonę L. R.. Strona pozwana zawarła z mężem powódki opisaną umowę grupowego ubezpieczenia dnia 1.08.2014 r .

Dnia 7.11.2015 r mąż powódki przebywając w Niemczech (gdzie pracował)został znaleziony nieprzytomny przez współlokatorów . Po przybyciu pogotowia ratunkowego lekarz stwierdził u niego ciśnienie skurczowe rzędu 320 mg Hg . Przewieziono go do Kliniki (...) w M.. Mimo udzielonej pomocy lekarskiej W. R. (1) w dniu 8.11.2015 r zmarł. W chwili śmierci liczył 41 lat.Lekarz z Kliniki (...) w M. w „poświadczeniu śmierci „ jako bezpośrednią przyczynę prowadzącą do śmierci W. R. (1) podał krwawienie międzyczaszkowe zaś jako przyczyny lub choroby które doprowadziły do śmierci wskazał : skutek nadciśnienia tętniczego i zaburzeń .

Po śmierci męża powódka w związku z zawartym ze stroną pozwaną umową ubezpieczenia wystąpiła o wypłatę wynikającą z tytułu umowy kwoty ubezpieczenia w związku ze śmiercią męża. Decyzją z dnia 1.04.2016 r strona pozwana odmówiła wypłaty świadczenia z przyczyn wskazywanych następnie w odpowiedzi na pozew. Powódka odwołała się od tej decyzji .Decyzja została jednak podtrzymana. W związku z powyższym powódka wystąpiła z niniejszym pozewem.

(dowód : kopia deklaracji przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm k. 10-11, kopia ogólnych warunków tego ubezpieczenia k. 12-22, kopia certyfikatu poświadczającego umowę ubezpieczenia zawartą przez pozwanego z W. R. k. 23, kopia aktu zgonu W. rybaka k. 24, kopia poświadczenia śmierci W. R. k. 25-26, kopia karty leczenia W. R. k. 27-29, kopia zgłoszenia roszczenia przez powódkę stronie pozwanej k. 30-31, kopia decyzji odmownych wydanych przez stronę pozwaną k. 22,23, kopia odwołania powódki od decyzji k.32,akta szkody na nośniku CD k 72, 83,zeznania powódki k.163)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w postaci dokumentów, które jako nie nasuwające wątpliwości co do ich autentyczności na wiarę zasługiwały, zeznań świadka i powódki, którym w zakresie ustalonego stanu faktycznego jako spójnym i logicznym Sąd dał wiarę, a także na podstawie wydanej w sprawie opinii biegłej, która to opinia jako zrozumiała, logiczna i wydana w oparciu o specjalistyczną wiedzę jaką biegła w swej dziedzinie posiada na wiarę zasługiwała. Wobec zarzutów podniesionych w stosunku do tej opinii przez powódkę biegła w sposób logiczny, jasny i zgodny ze specjalistyczną wiedzą jaką w swej dziedzinie posiada złożyła wyjaśnienia co do podnoszonych zarzutów wydając opinię ustną na rozprawie .Przytaczanie w tym miejscu argumentacji biegłego podniesionej w odpowiedzi na poszczególne zarzuty jest zbędne, albowiem Sąd w całości uznał podnoszoną przez biegłą argumentację za logiczną, szczegółową, dobrze zrozumiałą i opartą na wiedzy i doświadczeniu biegłego. Stąd też Sąd oddalił wniosek powódki o wydanie kolejnej opinii w sprawie przez innego biegłego, uznając wydaną opinię biegłej T. P. (2) za opinię dającą podstawę do rozstrzygnięcia sprawy. W wyroku z dnia 21.10.2004 r VCK 143/04 Sąd Najwyższy podniósł, że :„ opinia biegłego podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 kpc 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 wyrażanych w niej wniosków„. „Jak podkreślił Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 27 lipca 2010 r. w sprawie II CSK 119/10 (Lex nr 603161), sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych lub opinii instytutu, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy gdy przeprowadzona już opinia zawiera istotne luki, jest niekompletna, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona ekspertyza nie pozwala organowi orzekającemu zweryfikować zawartego w niej rozumowania co do trafności wniosków końcowych.

SA w P. w wyroku z dnia 7.06.2006 r syg I ACa 1407/05 sąd wywiódł : „ To, że określony dowód został oceniony niezgodnie z intencją skarżącego, nie oznacza naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Ocena dowodów należy bowiem do sądu

orzekającego i nawet w sytuacji, w której z dowodu można było wywieść wnioski inne niż przyjęte przez sąd, nie dochodzi do naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Sąd zaś nie jest zobowiązany do uwzględnienia kolejnych wniosków o dowód z opinii innego biegłego, jeżeli sporządzona opinia jest prawidłowa, a potrzeba powołania innego biegłego nie wynika z okoliczności sprawy, a jedynie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii.”

Mając powyższe na uwadze, (a także poglądy wyrażone w tej kwestii przez Sąd Najwyższy i Sądy Apelacyjne w orzeczeniach z dnia: SN –z dnia 4.08.1999r I PKN 20/99, oraz SA w R. z dnia 24.01.2013 r III AUa 1046/12, oraz SA w W. z dnia 12.02.2013 r I ACa 980/12) Sąd oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z kolejnej opinii innego biegłego .

Sąd zważył co następuje :

W świetle materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie roszczenie powódki nie zasługuje na uwzględnienie. Zgodnie z treścią art. XIII ust 8 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm, które były wiążące dla stron umowy ubezpieczenia do której W. R. (1) przystąpił pozwany miał prawo odmowy przyznania świadczenia jeżeli ubezpieczony lub ubezpieczający podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje , o które strona pozwana pytała we wniosku lub innych formularzach czy pismach przed zawarciem umowy lub przystąpieniem ubezpieczonego do umowy, jeżeli okoliczności te lub informacje mogły mieć wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego. W świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego nie budził wątpliwości sądu fakt iż w dacie podpisania przez W. R. (1) oświadczenia zawartego w deklaracji przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm tj. dnia 23.07.2014 r o treści : „...że z uwagi na stan jego zdrowia nie zlecono mu regularnego leczenia lub nadzoru lekarskiego za wyjątkiem profilaktyki „ W. R. (1) był w pełni świadomy że cierpi na schorzenie wymagające regularnego leczenia i nadzoru lekarskiego w postaci nadciśnienia, które zostało zdiagnozowane u niego już w 2011 r. Jak wynika z zeznań świadka K. J. (1) –lekarza prowadzącego leczenie W. R. (1) w tym kierunku lekarz poinformował W. R. (1) o konieczności regularnego leczenia i stałego nadzoru lekarskiego w związku ze stwierdzonym nadciśnieniem i hiperlipidemią, albowiem standardowo informuje pacjentów u których stwierdza takie schorzenia o konieczności stałego nadzoru lekarskiego i regularnego leczenia. Należy podnieść ,że gdyby nawet z jakichś przyczyn lekarz zapomniał o tym powiedzieć W. R. (1) musiał on o tym wiedzieć gdyż jest to powszechnie znany fakt , o którym wie każdy przeciętny dorosły człowiek. Nie sposób przyjąć aby pacjent będący dorosłą osobą o przeciętnej powszechnej wiedzy medycznej , u którego lekarz stwierdza nadciśnienie nie wiedział o tym ,że jest to schorzenie które wymaga regularnego leczenia i nadzoru lekarskiego, że nie jest to choroba typu „angina „ , na którą wystarczy wziąć przez pewien czas lekarstwo i choroba ta mija. Fakt że W. R. (1) nie kontynuował leczenia w tym kierunku, nie umawiał się na kolejne wizyty lekarskie i nie podawał lekarzowi w czasie wizyt związanych z innymi dolegliwościami informacji o potrzebie zapisania kolejnej porcji leków na nadciśnienie wynika tylko z faktu zbagatelizowania przez W. R. (1) stwierdzonej u niego choroby i zaniechanie na własne ryzyko leczenia się w tym kierunku. Stąd też należy przyjąć iż W. R. (1) zataił w przedmiotowym oświadczeniu złożonym pozwanemu dnia 23.07.2014 r fakt iż z uwagi na jego stan zdrowia związany z nadciśnieniem zalecono mu regularne leczenie i nadzór lekarski. Była to istotna informacja która mogła mieć wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego , o czym zresztą świadczy dalszy bieg wydarzeń , a mianowicie śmierć W. R. (1), której główną przyczyną było właśnie nadciśnienie tętnicze. Stąd też należy uznać odmowę wypłaty świadczenia powódce (jako uposażonej) wypłaty kwoty ubezpieczenia w związku ze śmiercią W. R. (1) za zasadne w świetle art. XIII ust 8 cyt. ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia w zw. z art. 815 kc. W związku z tym że śmierć W. R. (1) nastąpiła w 2015 r nie ma zastosowania art. 834 kc.

Biorąc powyższe pod uwagę orzeczono jak w punkcie I-wszym wyroku.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 102 kpc, biorąc pod uwagę treść zeznań powódki, z których wynikało że nie posiadała wiedzy o tym, że mąż cierpiał na chorobę nadciśnieniową wymagającą stałego leczenia co zadecydowało o tym, że wystąpiła z niniejszym powództwem do sądu, dopiero postępowanie dowodowe przeprowadzone w niniejszej sprawie w sposób niewątpliwy wykazało że mąż powódki cierpiał na chorobę wymagającą stałego leczenia i nadzoru lekarskiego i zataił ten fakt w oświadczeniu złożonym ubezpieczycielowi w chwili składania deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia.