

Sygn. akt IX Ca 972/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 lutego 2022 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie IX Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

| | |
|-----------------|-------------------------------------|
| Przewodnicząca: | sędzia Bożena Charukiewicz |
| Protokolant: | st. sekr. sąd. Agnieszka Najdrowska |

po rozpoznaniu w dniu 17 lutego 2022 r. w Olsztynie na rozprawie

sprawy z powództwa Z. R.

przeciwko U. Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w Ł.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego w Olsztynie

z dnia 12 maja 2021 r., sygn. akt X C 1646/20,

I. zmienia zaskarżony wyrok w punktach I i II w ten sposób, że:

- w punkcie I oddala powództwo,

- w punkcie II nie obciąża powoda na rzecz pozwanego kosztami procesu,

II. oddala apelację w pozostałej części,

III. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 2.000 zł (dwa tysiące złotych) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się niniejszego orzeczenia do dnia zapłaty tytułem zwrotu części kosztów postępowania apelacyjnego.

Bożena Charukiewicz

Sygn. akt IX Ca 972/21

UZASADNIENIE

Powód Z. R. wniósł o zasądzenie od pozwanego U. Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w Ł. kwoty 40.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 14 sierpnia 2019 r. do dnia zapłaty oraz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych.

W uzasadnieniu wskazał, że jego roszczenie wynika z umowy Grupowego (...) (...)” zawartej przez jego ojca K. R. (1) z pozwanym, w której został on wskazany jako uposażony. Podstawowy wariant tej umowy został rozszerzony o ubezpieczenie na wypadek śmierci K. R. (1) w następstwie zawału serca lub udaru mózgu. Ojciec powoda zmarł 8 lipca

2019 r., a w karcie zgonu bez przeprowadzenia sekcji zwłok stwierdzono zgon, którego przyczyną było zatrzymanie krążenia określone symbolem statystycznym 146.9 oraz 121.9 – jako ostry zawał serca.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się orzeczenia do dnia zapłaty. Pozwany wskazał, że z przedłożonych w toku postępowania likwidacyjnego dokumentów nie wynika aby bezpośrednią przyczyną zgonu był zawał. Nie wystąpiło zatem zdarzenie objęte ubezpieczeniem.

Wyrokiem z 12 maja 2021r. Sąd Rejonowy w Olsztynie w sprawie X C 1646/20 w pkt I zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 40.000 złotych z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 14 sierpnia 2019 roku do dnia zapłaty; w pkt II zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.912 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty.

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniu 8 lipca 2019 r. zmarł ubezpieczony K. R. (1). W karcie zgonu w pkt. 18 pkt. 1 jako bezpośrednią przyczynę zgonu wskazano nagłe zatrzymanie krążenia określone symbolem statystycznym 146 zaś w pkt. 3 jako przyczynę zgonu wyjściową - zawał mięśnia sercowego określony symbolem statystycznym 121.

W karcie medycznych czynności ratunkowych podjętych w dniu 8 lipca 2019 r. wskazano, że „pacjent w trakcie leczenia immunoterapią paliatywną, po 3 dniach od kolejnego cyklu w domu zasnął, przy przyjeździe (...) pacjent zasnął 2x wystąpiły drgawki, w EKG podejrzenie zawału, po wykonaniu teletransmisji pacjent stracił przytomność, nzk, w (...), podjęto czynności resuscytacyjne. Przy przyjeździe na miejsce pacjent nieprzytomny, bez oddechu, bez tętna, w trakcie rko, wentylacja przez rurę krtaniową, skuteczna, uciskanie klatki piersiowej, 5 mg adrenaliny, kontynuowano czynności resuscytacyjne w 20 minucie migotanie komór, 3 x defibrylacja, podano 300 mg cordarane od 26 minuty asystolia, podano jeszcze 6 mg adrenaliny. Z powodu braku reakcji na czynności resuscytacyjne po 56 minutach resuscytacji o godzinie 13:40 stwierdzono zgon”.

W dacie śmierci K. R. (1) posiadał zawartą z pozwanym umowę Grupowego (...) (...)”, potwierdzoną polisą nr (...). Ochrona w ramach tego ubezpieczenia rozpoczęła się z dniem 1 listopada 2016 r. Jako uposażonego w ramach tego ubezpieczenia wskazano w 100% powoda Z. R..

Integralną częścią zawartej umowy ubezpieczenia były Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Grupowe (...)” zatwierdzone uchwałą Zarządu pozwanego z dnia 28 grudnia 2015 r. wraz z odpowiednimi postanowieniami (...) z uwagi na rozszerzenie warunków ubezpieczenia o dodatkowe ryzyka, w tym ryzyko zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu. Pozwany nie ponosił odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego który miał miejsce wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 6 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego ubezpieczonego, działań wojennych, stanu wyjątkowego, działania energii jądrowej, udziału ubezpieczonego w strajkach, zamieszkach, rozruchach, aktach terrorystycznych (§ 21 ust. 1 OWU). W rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu zawałem mięśnia sercowego była martwica części mięśnia sercowego w następstwie nagłego przerwania przepływu krwi przez jedną lub kilka tętnic wieńcowych (§ 1 ust. 2 (...)). Za zgon w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu strony uznawały zgon ubezpieczonego, który został bezpośrednio spowodowany przez zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu i nastąpił nie później niż po upływie 30 dni od wystąpienia tego zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu. W takim przypadku zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu musiał zostać wskazany jako bezpośrednia przyczyna zgonu w karcie zgonu lub protokole badania sekcyjnego (§ 2 ust. 2 (...)). Świadczeniem wypłacanym z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku udaru mózgu lub zawału mięśnia sercowego była kwota w wysokości stanowiącej wskazany w polisie procent sumy ubezpieczenia (§ 2 ust. 3 (...)). Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie mogło zostać wypłacone w przypadku gdy zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu będący przyczyną zgonu ubezpieczonego nastąpił w wyniku zdarzeń wymienionych w § 21 OWU.

Jak ustalił Sąd Rejonowy zgodnie z Tabelą obowiązującą u pozwanego uposażonemu należało się świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wysokości 40.000 zł a także świadczenie dodatkowe niezależne od świadczenia za zgon ubezpieczonego z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku udaru mózgu lub zawału serca w wysokości 40.000zł.

K. R. (1) przed śmiercią leczył się w Wojewódzkim Szpitalu (...) w O. oraz SP ZOZ (...) (...) Centrum (...) w O. przy Al. (...). Ubezpieczony przed śmiercią przyjmował chemioterapię z powodu raka gruczołowego jelita grubego i raka odbytnicy z przerzutami na wątrobę, który przeszedł radioterapię na obszar miedniczy i laparoskopową przednią resekcję odbytnicy z wytworzeniem kolostromii i amputację kikutu odbytnicy.

Powód po śmierci ojca wezwał pozwanego o wypłatę świadczenia z tytułu zawartej przez K. R. (1) umowy ubezpieczenia podstawowej i dodatkowej. Pozwany wypłacił powodowi świadczenie w wysokości 40.000 zł z powodu śmierci ubezpieczonego lecz decyzją z dnia 13 sierpnia 2019 r. odmówił wypłaty świadczenia dodatkowego w wysokości 40.000 zł wskazując, że w rozpoznawanym przypadku z przedłożonej karty zgonu nie wynika aby zawał był bezpośrednią przyczyną śmierci ubezpieczonego. Pomimo wniesionego odwołania od decyzji pozwany nie przyznał na rzecz powoda przedmiotowego świadczenia dodatkowego.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy uznał, że roszczenie powoda zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Sąd pierwszej instancji dokonując wykładni postanowień Ogólnych i Dodatkowych Warunków Ubezpieczenia w związku z rozszerzonym zakresem umowy stwierdził, że nie wyjaśniono w nim co strony miały rozumieć przez „bezpośrednią przyczynę zgonu”. Postanowienia zawartej umowy nie wskazywały jak winny zostać uregulowane stosunki stron, w sytuacji gdy w karcie zgonu wskazano zarówno bezpośrednią jak i wyjściową przyczynę zgonu. Dlatego Sąd w procesie wykładni tego pojęcia odwołał się do rozumienia pojęcia bezpośredniości obowiązującej w języku powszechnym. W słowniku języka polskiego PWN bezpośredniość utożsamiana jest bowiem z pojęciem bliskości, naoczności, ścisłości. Oznacza to coś pozostającego w następującym po sobie związku przyczynowo-skutkowym. W potocznym zatem języku przyczyna bezpośrednia i wyjściowa uznawane byłyby niemal za synonimy.

Zdaniem Sądu powyższe wskazuje na to, że skoro zawał serca był pierwotną przyczyną zgonu K. R. (2), a więc niejako nastąpił przez niego, to stanowiło to przyczynę bezpośrednią zgonu w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. W tym rozumieniu zawał serca jakiego doznał K. R. (1) (przyczyna wyjściowa) doprowadził do nagłego zatrzymania krążenia (przyczyna bezpośrednia). Powyższe jest już wystarczające do przyjęcia, że pozwany ubezpieczyciel winien wypłacić na rzecz powoda żądane przez niego świadczenie.

W ocenie Sądu I instancji przemawiają za tym jeszcze dwie okoliczności, po pierwsze czynności podejmowane przez Pogotowie (...), które udzielało pomocy medycznej K. R. (1) w dacie jego zgonu. W karcie medycznych czynności ratunkowych podjętych w dniu 8 lipca 2019 r. wskazano bowiem, że wykonane wówczas EKG wskazywało na zawał serca. Nie zmienia tego podejrzenia fakt, że w czasie następczego wypełnienia tej karty nie zaznaczono rubryczki wskazującej na zawał serca, a uwzględniono inne okoliczności jak (...), asystolię i nzk. Nie uwzględnienie zawału serca przy podanym w karcie opisie i intensywności podejmowanych czynności ratunkowych (np. resuscytacja trwająca łącznie 56 minut) mogło być wynikiem zwykłego przeoczenia, w szczególności, że jak relacjonował powód ratownicy medyczni po zaniechaniu czynności resuscytacyjnych wskazywali mu, że jego ojciec zmarł na rozległy zawał serca. Pozwanemu tych twierdzeń powoda nie udało się zakwestionować.

W drugiej kolejności Sąd uwzględnił wnioski płynące z przeprowadzonej w sprawie opinii biegłego z zakresu kardiologii, który wskazał, że bardziej prawdopodobną przyczyną zgonu była przyczyna wtórna, pozasercowa, a więc masywna zatorowość płucna, która prowadziła do zatrzymania krążenia w mechanizmie (...). Mniej prawdopodobną przyczyną zgonu mógł być zawał serca, który zmanifestował się nagłym zatrzymaniem krążenia i którego nie sposób jest wykluczyć. Wprawdzie zatem biegły wskazywał na bardziej prawdopodobną przyczynę zgonu K. R. (2), ale przyczyny tej nie mógł potwierdzić z całą pewnością. Sąd Rejonowy zwrócił uwagę, że biegły wydawał opinię wyłącznie

w oparciu o zgromadzoną dokumentację medyczną, a nie badanie zmarłego, a zatem nie może dziwić że biegły nie był w stanie w tym zakresie wydać opinii stanowczej.

Jednocześnie Sąd I instancji uwzględnił, że Ogólne Warunki Ubezpieczenia nie mogły arbitralnie powodować pozbawienia powoda jako uposażonego należnego mu świadczenia. Nie miał on bowiem jakiegokolwiek wpływu na kształtowanie postanowień zawartej umowy ubezpieczenia ani sposób opisywania zdarzeń medycznych w karcie zgonu. Konieczność każdorazowego monitowania przez członków rodziny zmarłego zapisów dokumentacji medycznej jest sprzeczne z obowiązującymi praktykami, w szczególności, że sama konieczność wezwania profesjonalnej pomocy medycznej, podejmowane przez nich następczo czynności ratowniczych są dla rodziny takiej osoby stresujące i traumatyczne. Żądanie takich czynności byłoby postępowaniem zbyt formalistycznym. W takich zaś okolicznościach to pozwanego należy obciążyć odpowiedzialnością za ukształtowanie postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w sposób niejednoznaczny i nie odpowiadający na wszelkie przypadki, które mogły na ich gruncie powstać. To bowiem pozwany jednostronnie miał wpływ na ich merytoryczną treść i kształt. W konsekwencji powyższego w ocenie Sądu Rejonowego należało uznać, że bezpośrednią, a więc wyjściową przyczyną zgonu K. R. (2) był zawał serca, a co za tym idzie powód spełnił wszelkie przesłanki do przyznania na jego rzecz świadczenia dodatkowego z tytułu zawartej przez ojca umowy ubezpieczenia.

O odsetkach ustawowych Sąd Rejonowy orzekł zgodnie z art. 481 k.c. i art. 817 § 1 i 2 k.c. Podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu stanowił art. 98 § 1 i 3 k.p.c.

Pozwany wniósł apelację od powyższego wyroku, zaskarżając go w całości i zarzucając mu:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 65 k.c. w zw. z art. 805 k.c. i w zw. z § 2 ust. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, poprzez niewłaściwą i błędną wykładnię postanowień OWU poprzez naruszenie przez Sąd reguły interpretacyjnej i w konsekwencji bezpodstawne przyjęcie, że mimo braku przesłanki bezpośredniej przyczyny zgonu w postaci zawału można przyjąć, iż za zgon w wyniku zawału serca mięśniowego lub udaru mózgu uznaje się zgon ubezpieczonego, który został wyjściowo spowodowany przez zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu i nastąpił nie później niż po upływie 30 dni od wystąpienia tego zawału mięśnia sercowego lub udaru m mózgu, podczas gdy wykładnia językowa ww § OWU nie pozwala na taką jego wykładnię,

2. naruszenie prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, sprzeczną z zasadami wiedzy i doświadczenia życiowego ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, zwłaszcza dowodu z opinii biegłego sądowego polegającą na pominięciu tych wniosków opinii zgodnie z którymi brak jest medycznych przesłanek do przyjęcia, iż do zgonu poszkodowanego mogło dojść bezpośrednio na skutek zawału serca.

W oparciu o powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę wyroku poprzez oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda kosztów procesu, w tym poniesionej opłaty od apelacji w wysokości 2.650 zł oraz kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje według norm przepisanych.

Powód wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja w całości zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd I instancji i przyjmuje je za własne, jednakże nie zgadza się z ich oceną prawną.

Na gruncie niniejszej sprawy spór dotyczył ustalenia, czy zaistniałe zdarzenie będące przyczyną śmierci ubezpieczonego K. R. (1) mieści się w zakresie odpowiedzialności pozwanego i czy w związku z tym ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić powodowi umówioną sumę pieniężną. Odmawiając wypłaty odszkodowania ubezpieczyciel wskazał, że nie zostały spełnione wszystkie przesłanki, które warunkują jego odpowiedzialność, a które w sposób

wyraźny zostały określone w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, a mianowicie nie zostało dowiedzione, że K. R. (1) zmarł na skutek zawału serca, zdefiniowanego w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego.

Według § 2 ust. 2 (...) za zgon w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu uznaje się zgon ubezpieczonego, który został bezpośrednio spowodowany przez zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu i nastąpił nie później niż po upływie 30 dni od wystąpienia tego zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu. W takim przypadku zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu musiał zostać wskazany jako bezpośrednia przyczyna zgonu w karcie zgonu lub protokole badania sekcyjnego.

W rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu - zawałem mięśnia sercowego była martwica części mięśnia sercowego w następstwie nagłego przerwania przepływu krwi przez jedną lub kilka tętnic wieńcowych (§ 1 ust. 2 (...)).

Z karty zgonu K. R. (1) wynika, że jego bezpośrednią przyczyną było nagle zatrzymanie krążenia symbol l46. Jako przyczynę wyjściową wskazano zawał mięśnia sercowego symbol l21. (k. 70). Z kolei w karcie medycznych czynności ratunkowych w rubryce rozpoznanie wpisano 146.9 zatrzymanie krążenia, niedookreślone; 121.9 ostry zawał serca niedookreślony (k. 72).

W związku z treścią tych zapisów i kwestionowaniem przez stronę pozwaną przyczyny zgonu niezbędne dla prawidłowego rozstrzygnięcia sprawy było ustalenie, czy przyczyna zgonu ubezpieczonego wypełniła wszystkie wskazane w ogólnych warunkach ubezpieczenia przesłanki.

W niniejszej sprawie w postępowaniu przed Sądem I instancji został dopuszczony dowód z opinii biegłego kardiologa, który miał na celu ułatwienie należytej oceny zebranego materiału dowodowego, w sytuacji gdy potrzebne były do tego wiadomości specjalne.

W opinii tej biegły opisał mechanizmy prowadzące do zatrzymania akcji serca. Przedstawił logiczne i przekonujące argumenty, poparte dokumentacją medyczną K. R. (1) z których wynika, że bardziej prawdopodobną przyczyną zgonu K. R. (1) była przyczyna wtórna, pozasercowa a więc masywna zatorowość płucna, która doprowadziła do zatrzymania krążenia w mechanizmie (...). Mniej prawdopodobną przyczyną zgonu mógł być zawał serca, który zmanifestował się nagłym zatrzymaniem krążenia i którego nie sposób jednoznacznie wykluczyć (k. 169-170).

W opinii uzupełniającej biegły odnosząc się szczegółowo i wyczerpująco do zarzutów strony powodowej podtrzymał swoje stanowisko. Zwrócił uwagę, że aby jasno postawić rozpoznanie zawału serca muszą wystąpić przynajmniej dwa elementy. Żaden z nich nie został stwierdzony w karcie medycznych czynności ratunkowych. W zapisie ekg wykonanym w domu rozpoznano (...), a więc ten rodzaj zatrzymania krążenia, który nie jest charakterystyczny dla pierwotnego schorzenia mięśnia sercowego, jakim może być zawał serca. Nie stwierdzono typowych dla zawału serca zmian odcinka ST, które jednoznacznie wskazują na zawał serca.

W ocenie Sądu Okręgowego zebrany w sprawie materiał dowodowy nie pozwala na ustalenie, że przyczyną zgonu ubezpieczonego był zawał serca. Samo niewielkie prawdopodobieństwo jego wstąpienia nie jest wystarczające, przy takich wnioskach biegłego, że bardziej prawdopodobną przyczyną zgonu była masywna zatorowość płucna, a żaden z dwóch elementów pozwalających na rozpoznanie zawału serca nie został stwierdzony w karcie medycznych czynności ratunkowych.

W orzecnictwie Sądu Najwyższego podkreśla się, że w procesie nie zawsze da się przeprowadzić każdy dowód "bez reszty". Jest to częstokroć utrudnione ze względu na uwarunkowanie aktualnym stanem wiedzy medycznej, która nie zawsze jest w stanie dać stanowczą odpowiedź na każde pytanie. W takiej sytuacji sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy uznać dowód za przeprowadzony, mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa. W tak zwanych „procesach lekarskich” nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, ale wystarczy przyjęcie wystąpienia związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa.

Przeprowadzone postępowanie dowodowe w niniejszej sprawie, a w szczególności opinia biegłego kardiologa nie pozwoliły na stwierdzenie w odpowiednio wysokim stopniu prawdopodobieństwa, że bezpośrednią przyczyną zgonu ubezpieczonego był zawał mięśnia sercowego, wręcz przeciwnie biegły stwierdził, że bardziej prawdopodobną przyczyną zgonu ubezpieczonego była masywna zatorowość płucna.

Ciężar dowodu, że zgon K. R. (1) nastąpił w wyniku zawału serca - zgodnie z art. 6 k.c. - obciążał powoda, który nie sprostował temu obowiązkowi.

W ocenie Sądu Okręgowego treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia została sformułowana w sposób jednoznaczny, wynikało z nich wprost jakie warunki muszą być spełnione by dodatkowe świadczenie zostało wypłacone uposażonemu.

Dodatkowo Sąd Okręgowy w pełni podziela stanowisko Sądu Najwyższego, wyrażone w wyroku z dnia 13 czerwca 2012 r., (U CSK 515/11), zgodnie z którym ochrona konsumenta oparta jest z reguły o wzorzec "konsumenta rozważnego, świadomego i krytycznego, który jest w stanie prawidłowo rozumieć kierowane do niego informacje. Nie ma podstaw do przyznania konsumentowi tak uprzywilejowanej pozycji, w której byłby zwolniony z obowiązku przejawiania jakiegokolwiek staranności przy dokonywaniu oceny treści umowy, którą zamierza zawrzeć."

Zatem o ile ubezpieczony nie miał rzeczywistego wpływu na treść umowy, to niewątpliwie miał sposobność szczegółowego i rozważnego zapoznania się z warunkami umowy przed jej zawarciem.

Zwrócić należy uwagę, że umowa z pozwanym była umową dobrowolną. Co więcej, na rynku jest wielu ubezpieczycieli mających różne propozycje i warianty wyboru tego ubezpieczenia. Ubezpieczony zdecydował się na ofertę pozwanego, godząc się na oferowane przez niego warunki.

W konsekwencji, skoro wbrew wywodom powoda śmierć ubezpieczonego nie nastąpiła w wyniku zawału serca, powództwo podlegało oddaleniu.

Natomiast rozstrzygając o kosztach procesu Sąd Okręgowy miał na uwadze charakter dochodzonego w niniejszej sprawie roszczenia oraz usprawiedliwione okolicznościami sprawy subiektywne przekonanie powoda o słuszności żądania. W ocenie Sądu II instancji powyższe okoliczności przemawiają za odstąpieniem od zasady ogólnej ponoszenia kosztów procesu i uzasadniają nieobciążanie powoda tymi kosztami za postępowanie przed Sądem I instancji. Ojciec powoda zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia w rozszerzonym wariantcie. Pozwany odmówił mu wypłaty dodatkowej kwoty z tego tytułu, a zapisy w karcie zgonu były niejednoznaczne. Tym samym powód mógł uważać, że zgłoszone przez niego roszczenie jest zasadne tym bardziej, że Sąd I instancji uwzględnił je w całości. Zdaniem Sądu odwoławczego, w tej sytuacji, obciążenie powoda kosztami procesu byłoby niesprawiedliwe, sprzeczne z powszechnym odczuciem sprawiedliwości oraz zasadami współżycia społecznego.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy w oparciu o art. 386§ 1 k.p.c. zmienił zaskarżony w wyrok w wyżej wskazanym zakresie, oddalając apelację w pozostałej części (art. 385 k.p.c.).

O kosztach postępowania odwoławczego Sąd orzekł w oparciu o art. 102 k.p.c. Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że okoliczności związane z przebiegiem sprawy, charakter dochodzonego roszczenia, jego znaczenie dla strony i subiektywne przekonanie powoda o zasadności tego roszczenia, usprawiedliwione zaskarżonym orzeczeniem Sądu I instancji, uzasadniało obciążenie powoda jedynie częścią kosztów postępowania apelacyjnego w postaci opłaty od apelacji poniesionymi przez stronę pozwaną.

Bożena Charukiewicz