

Sygn. akt: I C 408/21 upr

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 października 2022 roku

Sąd Rejonowy w Człuchowie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	sędzia Anna Wołujewicz
Protokolant:	starszy sekretarz sądowy Joanna Mucha

po rozpoznaniu w dniu 14 października 2022 roku w Człuchowie

na rozprawie

sprawy z powództwa E. Ż.

przeciwko Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą w W.

o zapłatę

- zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz powódki E. Ż. kwotę 52.500zł (pięćdziesiąt dwa tysiące pięćset złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 września 2021 roku do dnia zapłaty,
- zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz powódki E. Ż. kwotę 5.400zł (pięć tysięcy czterysta złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się niniejszego wyroku do dnia zapłaty,
- nakazuje ściągnąć od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego w Człuchowie kwotę 2.625zł (dwa tysiące sześćset dwadzieścia pięć złotych) tytułem nieopłaconych kosztów sądowych.

Sygn. akt I C 408/21

UZASADNIENIE

Powódka E. Ż., reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika w osobie adwokata, wniosła pozew przeciwko Towarzystwu (...) S.A. w W. o zapłatę kwoty 52 500,00 zł wraz z odsetkami za opóźnienie w wysokości ustawowej liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu wyjaśniła, iż pozostawała w związku małżeńskim z D. Ż., aż do jego śmierci tj. do dnia 23.09.2019 r. Zmarły był ubezpieczony przez zakład pracy powódki tj. P. (...) w okresie od 01.07.2018 r. do 30.04.2019 r. w (...) S.A. z siedzibą w W., a następnie przez Z. (...) od 01.05.2019 r. w pozwanym towarzystwie ubezpieczeń. Była ona również osobą uposażoną do wypłaty ewentualnego świadczenia. Powódka wywodziła, iż jej mąż, przy podpisywaniu stosownych dokumentów celem przystąpienia do grupowego ubezpieczenia, legitymował się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności datowanym na dzień 27.06.2017 r., ważnym do dnia 31.08.2019 r., a także orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS stwierdzającym całkowitą niezdolność do pracy. Dnia 16.07.2019 r. powódka zgłosiła do pozwanego roszczenie dotyczące zdarzenia zdrowotnego jej męża o wypłatę środków za pobyt w szpitalu od dnia 08.07.2019 r. do 12.07.2019 r. Pismem z dnia 16.07.2019 r. oraz z dnia 19.07.2019 r. pozwana wezwała ubezpieczonego

do przedłożenia stosownych dokumentów, co ubezpieczony uczynił. Mimo to pozwana nie znalazła podstaw do przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia. W międzyczasie mąż powódki zgłosił do pozwanej roszczenie dotyczące refundacji przyjętych przez niego leków w tym samym okresie, co również nie znalazło aprobaty pozwanej. Powódka wyjaśniła, iż złożyła wniosek do pozwanej dotyczący wystąpienia u małżonka poważnego zachorowania datowanego od 14.06.2017 r., jednak pozwana nie znalazła podstaw do przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia. Następnie złożyła kolejny wniosek do pozwanej dotyczący niezdolności jej męża do samodzielnej egzystencji, co również spotkało się negatywną odpowiedzią pozwanej. Postępująca choroba męża powódki niestety nie dała mu szansy na przeżycie, dlatego powódka zwróciła się do pozwanej z wnioskiem o wypłatę świadczenia z uwagi na zgon ubezpieczonego małżonka, ale i tym razem pozwana nie znalazła podstaw do przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty jakiegokolwiek świadczenia, nadto w piśmie z dnia 09.10.2019 r. pozwana stwierdziła, powołując się na art. 84 k.c., iż uchyła się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu, podczas gdy pozwana miała świadomość stanu zdrowia ubezpieczonego od chwili podpisania deklaracji o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia na życie, bowiem jednym z załączników deklaracji było orzeczenie lekarskie D. Ż. o stanie zdrowia i informacja o braku zdolności do podjęcia zatrudnienia.

Powódka wywodziła, iż na żądaną pozew kwotę składa się skumulowana kwota świadczenia w przypadku zajścia jednego ze zdarzeń opisanych w tabeli zamieszczonej w piśmie zatytułowanym „Certyfikat Uczestnictwa” tj. kwota 52 500 zł, a dotycząca wysokości wypłacanego świadczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego. Datę wymagalności powódka wskazała na dzień 23.09.2019 r., czyli data śmierci ubezpieczonego.

Powódka wywodziła, iż w niniejszej sprawie doszło do sytuacji, w której ubezpieczyciel, mając wiedzę o stanie zdrowia ubezpieczonego, wydał mu stosowny certyfikat zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, następnie, w sytuacji zaistnienia zdarzeń uzasadniających wypłatę odszkodowania, ubezpieczyciel odmawiał wypłaty kwoty z uwagi na obowiązujące ogólne warunki ubezpieczenia „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”, które dyskwalifikują ubezpieczonego z wypłaty należnego świadczenia. Powódka podniosła, że obecnie znajdujący się na stronie internetowej pozwanej OWU, na który powołuje się ubezpieczyciel w dacie składania pism przez ubezpieczonego, a następnie przez powódkę, nie zawiera przepisów, na które powołuje się ubezpieczyciel, odmawiając każdorazowo wypłaty świadczenia. Ubezpieczyciel w jej ocenie, mając wiedzę odnośnie stanu zdrowia ubezpieczonego, winien określić wysokość składki po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W dalszej części uzasadnienia powódka wywodziła, że pozwany odmawiając wypłaty odszkodowania z jakiegokolwiek tytułu naruszył zasady dobrych obyczajów, bowiem ubezpieczony został potraktowany niesprawiedliwie i niesłusznie, a na pewno wbrew twierdzeniom pozwanego, nie można mówić o skutkach prawnych wynikających z błędu co do złożenia przez ubezpieczonego oświadczenia woli, na który powołuje się pozwany. Pozwany jest podmiotem profesjonalnie trudniącym się ubezpieczeniem na życie i to na nim spoczywał obowiązek dokładnej weryfikacji stanu zdrowia ubezpieczonego, który de facto od 2017 r. legitymował się orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności, zatem pozwana miała wiedzę odnośnie możliwości zajścia zdarzeń, od których ubezpieczała konsumenta, a zatem nie miała możliwości odmowy wypłaty świadczenia i wypowiedzenia umowy ubezpieczenia na podstawie skutków dotyczących wady oświadczenia woli.

Pozwane Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W., reprezentowane przez pełnomocnika profesjonalnego w osobie radcy prawnego, w odpowiedzi na pozew wniosło o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany zaprzeczył wszelkim twierdzeniom, argumentacjom i wnioskowi powoda zawartym w pozwie, za wyjątkiem wyraźnie przyznanych na piśmie. Wywodził, iż powód jako uposażony nie wykazał, aby w niniejszej sprawie doszło do powstania odpowiedzialności ubezpieczeniowej wobec D. Ż. i wobec powódki. Pozwany zaprzeczył, aby kiedykolwiek doszło do skutecznego objęcia D. Ż. ochroną ubezpieczeniową przez pozwanego. Jednak na marginesie wskazał, że pozwany zapewnił ochronę ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia 25 000 zł.

Pozwany podkreślał, że nie ma podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego oraz nie ma podstaw faktycznych i prawnych do zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda jako uposażonego dochodzonego roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, gdyż D. Ż. nigdy nie spełniał przesłanek do objęcia go ochroną ubezpieczeniową, ergo nie spełniał definicji „ubezpieczonego”. Pozwany wyjaśnił, że z dokumentacji medycznej D. Ż. znajdującej się w niniejszej sprawie wynika, że deklaracja przystąpienia do polisy (...) została podpisana przez D. Ż. w dniu 11.04.2019 r., w której oświadczył, że zapoznał się z treścią OWU, na podstawie których została zawarta umowa grupowego ubezpieczenia na życie. Tymczasem z uzyskanej przez pozwanego, a znajdującej się aktualnie w aktach szkodowych dokumentacji medycznej, wynika, że D. Ż. w dniu podpisania deklaracji uczestnictwa zarówno posiadał orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy, jak i orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności począwszy od dnia 27.06.2017 r., co było sprzeczne z § 4 ust. 12 OWU. Tym samym powód nie ma podstaw do żądania wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, albowiem D. Ż. nigdy nie był objęty ochroną ubezpieczeniową przez pozwanego.

Dodatkowo pozwany wywodził, iż ostrożności procesowej, pismem z dnia 15.10.2019 r. uchylił się na mocy art. 84 k.c. od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu, podnosząc, iż w chwili składania oświadczenia woli w kwestii przyjęcia ubezpieczenia, pozwany jako ubezpieczyciel działał pod wpływem błędu co do treści czynności prawnej. Przyjęcie do umowy ubezpieczenia nie mogło nastąpić w związku z niespełnieniem ww. warunków, które wykluczają przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie osoby, która jest niezdolna do pracy w dacie podpisywania przez nią deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia, o czym pozwany dowiedział się dopiero na przełomie września i października 2019 r. Na marginesie wskazał, że obowiązek przekazania wszystkich dokumentów, informacji o umowie przed przystąpieniem ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia na życie należał do ubezpieczającego, nie zaś do ubezpieczyciela. Ubezpieczającym był Z. (...) w C., który uczestniczył w negocjacjach i miał wiedzę jaka jest treść umowy.

Pozwany wywodził, iż w trakcie podpisywania deklaracji uczestnictwa / zmiany D. Ż. zataił istotne informacje o swoim stanie zdrowia. Powołując się na orzecznictwo pozwany wskazał, że ubezpieczyciel nie ma obowiązku weryfikowania informacji podanych mu przez ubezpieczającego, a zatem fakt, iż nieprawdziwość informacji dała się wykryć, nie oznacza wyłączenia stosowania art. 815 § 3 k.c. Podkreślił, że to 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 dalszej części uzasadnienia pozwany podniósł, że brak jest podstaw odpowiedzialności pozwanej wobec powoda w związku z rzekomym wystąpieniem u ubezpieczonego poważnego zachorowania z tytułu choroby, pobytu w szpitalu w wyniku choroby i operacji, albowiem do pozwanej nigdy takie zgłoszenie nie wpłynęło, które spełniałoby podstawy do wypłaty świadczeń z tytułu ww. zdarzeń ubezpieczeniowych określonych w OWU.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Mąż powódki D. Ż. przez wiele lat chorował i z tego tytułu posiadał orzeczenie o niepełnosprawności. Początkowo od 2002 r. był to umiarkowany stopień niepełnosprawności, natomiast od 27 czerwca 2017 r. orzeczono znaczny stopień niepełnosprawności. W 2017 r. stwierdzono u męża powódki rozsianego raka płuca lewego z przerzutami do płuc i kości. Wymagał stałej opieki i pomocy innych osób. Z powodu swoich schorzeń od 1 czerwca 2017 r. aż do śmierci był również niezdolny do pracy. Zaś niecały miesiąc przed śmiercią orzeczono, iż jest niezdolny do samodzielnej egzystencji.

bezsporne, nadto dowód: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z 18.07.2017 r. k. 24-24v, z 23.08.2018 r. k. 25-25v, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z 05.07.2017 r. k. 26, z 26.08.2019 r. k. 27

Powódka E. Ż. przez wiele lat pracowała w P. (...) w C., gdzie przystąpiła wraz z mężem do umowy dodatkowego ubezpieczenia grupowego na życie oferowanego przez (...) S.A. z siedzibą w W.. Od 3 kwietnia 2019 r. jej pracodawcą został Z. (...) w C.. Zmienił się również podmiot oferujący umowę grupowego ubezpieczenia na życie. W dniu 5 kwietnia 2019 r. D. Ż. złożył do (...) informację o odejściu z grupy z powodu odejścia jego żony

jako ubezpieczonego podstawowego. Następnie w dniu 11 kwietnia 2019 r. podpisał deklarację przystąpienia do ubezpieczenia grupowego w nowym zakładzie pracy małżonki, oferowanego przez Towarzystwo (...) S.A. Do deklaracji dołączył oświadczenie, z którego wynikało, że leczy się w Poradni onkologicznej w C., posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz, że pozostawał pod opieką hospicjum domowego w C..

bezsporne, nadto dowód: zaświadczenie o zatrudnieniu powódki k. 14, deklaracja przystąpienia grupowego ubezpieczenia (...) z dnia 13.06.2018 r. k. 15-18, odejście z grupy z dnia 05.04.2019 r. k. 20, deklaracja przystąpienia z dnia 11.04.2019 r. k. 19-19v, umowa ubezpieczenia z 25.04.2016 r. k. 101-103, zaświadczenie o poprzednim ubezpieczeniu z 31.07.2019 r. k. 108, oświadczenie k. 185

Powódka oraz jej mąż otrzymali Certyfikaty Uczestnictwa w umowie Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Warta Ekstrabiznes Plus”, zapewniające ochronę ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia 25 000 zł. W Certyfikacie wskazano, że zarówno kwota świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, jak i skumulowana kwota świadczenia do wypłaty w przypadku zajścia jednego z wymienionych w certyfikacie zdarzeń wynosi 52 500 zł.

W okresie od 8 lipca 2019 r. do 12 lipca 2019 r. D. Ż. przebywał w szpitalu, gdzie poddany został radioterapii. Z uwagi na zakres posiadanego ubezpieczenia grupowego mąż powódki zgłosił roszczenie o wypłatę świadczenia należnego za pobyt w szpitalu oraz leczenie specjalistyczne. Zwrócił się również z wnioskiem o refundację leków.

Pismem z dnia 16 lipca 2019 r. ubezpieczyciel wezwał uprawnionego do złożenia certyfikatu poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej, w którym wyszczególnione są ryzyka. Następnie pismem z 19 lipca 2019 r. wezwał go dodatkowo o złożenie poprawnie uzupełnionego i zatwierdzonego podpisem oświadczenia przesłanego wraz z pismem, przedłożenia dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia w roku 2018 (historia choroby od lekarza rodzinnego oraz poradni specjalistycznej, karty informacyjne leczenia szpitalnego itd.) oraz zaświadczenia o poprzednim ubezpieczeniu. Mąż powódki przesłał wymagane dokumenty do ubezpieczyciela.

W dniu 12 sierpnia 2019 r. Ubezpieczyciel odmówił przyjęcia na siebie odpowiedzialności oraz wypłaty świadczenia z ubezpieczenia grupowego z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego, leczenia specjalistycznego oraz refundacji leków.

potwierdzenie zgłoszenia roszczenia z 16.07.2019 r. k. 28-29v, pismo z 16.07.2019 r. k. 30, z 19.07.2019 r. k. 31, decyzja WARTA z 12.08.2019 r. k. 32, 33 i 34

Mąż powódki zmarł w dniu 23 września 2019 r. Powódka zgłosiła do pozwanego roszczenie o wypłatę świadczenia z powodu zgonu ubezpieczonego. Ubezpieczyciel nie znalazł jednak podstaw do przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia z tego tytułu. Uzasadniając swoją decyzję wskazał, że w momencie podpisywania deklaracji uczestnictwa ubezpieczony posiadał orzeczenie o niezdolności do pracy. Ubezpieczyciel twierdził, że wykluczyło to męża powódki z przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

bezsporne, nadto dowód: akt zgonu k. 104, decyzja z 09.10.2019 r. k. 105, potwierdzenie zgłoszenia roszczenia k. 110-111

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo E. Ż. zasługiwało na uwzględnienie w całości.

W niniejszej sprawie powódka dochodziła roszczenia z umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na życie z powodu śmierci ubezpieczonego jej męża D. Ż.. Wywodziła, iż mimo przystąpienia do przedmiotowego ubezpieczenia pozwane Towarzystwo (...) uchyla się od przyjęcia na siebie odpowiedzialności i wypłaty należnego świadczenia z powodu śmierci ubezpieczonego. Pozwany natomiast kwestionował swoją odpowiedzialność z uwagi na fakt, iż w momencie przystąpienia zmarłego do umowy grupowego ubezpieczenia na życie posiadał on orzeczenie o niezdolności do pracy, co wykluczało możliwość skutecznego zawarcia umowy. Pozwany wywodził, iż zmarły zataił tę okoliczność,

co uniemożliwiło ubezpieczycielowi zweryfikowanie jego deklaracji przy przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia na życie, w związku z czym działał pod wpływem błędu.

Stosownie do treści art. 805 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę (§ 1). Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie: przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (§ 2 pkt 2). Zgodnie z art. 829 § 1 k.c. ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć - przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku.

Podstawową kwestią sporną w niniejszej sprawie był fakt, czy doszło do skutecznego objęcia D. Ż. ochroną ubezpieczeniową przez pozwanego, albowiem według ubezpieczyciela ww. nie spełniał o nigdy przesłanek do objęcia go taką ochroną. Pozwany powoływał się na § 4 ust 12 OWU zgodnie z którym „do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dacie podpisania deklaracji uczestnictwa/zmiany nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym i innej podobnej placówce lub nie posiada uprawnień do otrzymania świadczeń rehabilitacyjnych lub nie jest uznana za całkowicie lub częściowo niezdolną do pracy orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym i złoży stosowne oświadczenie. Pozwany podkreślał, że mąż powódki podpisał deklarację z dnia 11 kwietnia 2019 r. i oświadczył, że zapoznał się z treścią OWU. Według pozwanego bezsporny jest fakt, że z dokumentacji medycznej wynika, że D. Ż. w dniu podpisania deklaracji uczestnictwa zarówno posiadał orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy jak i orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności poczynszy od 27 czerwca 2017 r.

Dokonując oceny zasadności pozwu należy przede wszystkim dokonać oceny okoliczności zawarcia przedmiotowej umowy. Podkreślić należy, że do podpisania umowy przez męża powódki doszło w siedzibie zakładu pracy powódki, a przedstawicielem pozwanego była pani E. P., która zorganizowała spotkanie i która objaśniała wszystkie warianty umowy, a także poinformowała zgromadzonych, że odszkodowanie za śmierć wypłacane jest automatycznie. Powódka podkreślała, że ww. przedstawiciel na pierwszym spotkaniu nie informowała o żadnych przeszkodach uniemożliwiających zawarcie umowy. Na pytanie pracowników, czy jak ktoś ma stopień niepełnosprawności, to może przystąpić do ubezpieczenia, ww. przedstawiciel pozwanego wskazała, że można. O przeszkodach poinformowała dopiero po śmierci męża powódki, gdy wysłała ona do pozwanego pierwsze pisma (por. wyjaśnienia powódki 17.08.2022, 00:08:55, k. 186). Mąż powódki przy podpisywaniu deklaracji złożył pisemne oświadczenie, w którym informował ubezpieczyciela, że posiada orzeczenie o niepełnosprawności, które jest ważne do 31.08.2019 r. (oświadczenie k. 185, wyjaśnienia powódki 14.10.2022, 00:01:13, k. 193)).

Zgodnie z art. 815 § 1 k.c. 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. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Podkreślić należy, że przedstawiciel pozwanego nie informował w jakich sytuacjach nie ma możliwości zawarcia umowy, przeciwnie na pytanie zainteresowanych wskazywał, że orzeczenie stopnia niepełnosprawności nie jest przeszkodą. Okoliczności te podnoszone przez powódkę nie zostały zakwestionowane przez pozwanego, a tym samym należy uznać je za przyznane (art. 230 k.p.c.). Ponadto mąż powódki wypełnił przy zgłaszaniu deklaracji formularz oświadczenia otrzymany przez przedstawiciela pozwanego, w którym wskazał, że posiada stopień niepełnosprawności znaczny i że pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej tj poradni onkologicznej w C. i objęty jest hospicjum domowym (dowód: oświadczenie k. 185). Również ta okoliczność nie była przez pozwanego kwestionowana.

Na mocy art. 815 § 3. k.c. ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia paragrafów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową

i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. Biorąc okoliczności przytoczone powyżej nie można przyjąć, że mąż powódki nie podał istotnych informacji, co zwalniałyby pozwanego z odpowiedzialności. Niewątpliwie przy zgłoszeniu D. Ż. informował o swoich chorobach, a pozwany – **profesjonalista** – objął go ochroną ubezpieczeniową. Nie można czynić D. Ż., czy powódce zarzutu, że nie doczytali OWU, które są sporządzone bardzo drobnym drukiem, mają znaczną objętość (210 stron) i są mało czytelne i niezrozumiałe dla konsumenta, a zwłaszcza dla osób starszych, które na co dzień nie mają kontaktu z tego typu dokumentami. Na spotykaniu dotyczącym zawarcia umowy ubezpieczenia osoby zainteresowane dopytywały o możliwość objęcia ubezpieczeniem osoby chore u których stwierdzono stopień niepełnosprawności i przedstawiciel pozwanego potwierdził taką możliwość. To na pozwanym jako profesjonalście ciążył obowiązek dopilnowania aby jego przedstawiciele prawidłowo i rzetelnie informowali przyszłych klientów o warunkach umowy. Nie można zaakceptować polityki pozwanego, że przyjmuje wszystkie zgłoszenia, w celu uzyskania jak największej liczby klientów i składek, nierzetelnie rozpoznaje wnioski, a następnie je weryfikuje dopiero na etapie likwidacji szkody, odmawiając wypłaty odszkodowania. Podkreślić należy, że nie można wykluczyć, że mąż powódki gdyby uzyskał od pozwanego odpowiedz negatywną w sprawie objęcia go ochroną ubezpieczeniową to miałby szanse znalezienia ubezpieczyciela, który przy odpowiednich warunkach takiej ochrony by udzielił.

Pozwany wnosząc o oddalenie powództwa powoływał się także na swoje oświadczenie woli dotyczące uchylenia się od skutków prawnych złożonego oświadczenia woli na mocy art. 84 k.c. Pozwany podkreślał, że działał pod wpływem błędu, albowiem w chwili składania oświadczenia woli w kwestii przyjęcia ubezpieczenia pozwany jako ubezpieczyciel działał pod wpływem błędu co do treści czynności prawnej. Wyjaśniał, że przyjęcie do umowy ubezpieczenia nie mogło nastąpić w związku z wystąpieniem warunków, które wykluczają przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie osoby, która jest niezdolna do pracy w dacie podpisania przez nią deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia. Na dowód złożonego ww. oświadczenia pozwany przedłożył pismo z dnia 9 października 2019 r. Ww. oświadczenie w imieniu pozwanego zostało złożone przez konsultanta M. G.. Podkreślić należy, że pozwany, reprezentowany przez pełnomocnika zawodowego, nie przedłożył żadnych dowodów potwierdzających, że ww. miał umocowanie do złożenia przedmiotowego oświadczenia w imieniu strony. Podkreślić należy, że pozwane towarzystwo jest osobą prawną i zgodnie z art. 38 k.c. oświadczenie woli o uchyleniu się od skutków oświadczenia woli mogło być skutecznie złożone tylko i wyłącznie przez organ osoby prawnej w sposób przewidziany w ustawie, ujawniony w krajowym rejestrze sądowym. Brak dokumentów wykazujących umocowanie konsultanta M. G. do działania w imieniu pozwanego sprawia, że należy uznać je za bezskuteczne. W związku z powyższym w ocenie Sądu brak jest podstaw aby uznać, że pozwane towarzystwo skutecznie uchyliło się od skutków oświadczenia woli zawartego w umowie ubezpieczeniowej.

Nadmienić również należy, że zgodnie z art. 84 k.c. § 2 k.c. można powoływać się tylko na błąd uzasadniający przypuszczenie, że gdyby składający oświadczenie woli nie działał pod wpływem błędu i oceniał sprawę rozsądnie, nie złożyłby oświadczenia tej treści (błąd istotny). W oświadczeniu mąż powódki ujawnił, że posiada stopień niepełnosprawności znaczny i że pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej tj poradni onkologicznej w C. i objęty jest hospicjum domowym (dowód: oświadczenie k. 185). W związku z powyższym ubezpieczyciel na podstawie już tych informacji wiedział, że musi być on niezdolny do pracy i okoliczności te powinien wyjaśnić przed zawarciem umowy. W literaturze podkreśla się ponadto, że istotna jest także wzajemna relacja art. 84 k.c. i art. 815 § 3 k.c. Przyjmuje się bowiem, że gdy ubezpieczyciel nie dokona właściwej analizy wykonania obowiązku informacyjnego przez ubezpieczonego, może uchylić się od skutków zawartej umowy jedynie do momentu zgłoszenia żądania wypłaty odszkodowania. W momencie takiego zgłoszenia podstawę uwolnienia się ubezpieczyciela od obowiązku wypłaty może stanowić wyłącznie art. 815 § 3 k.c. (por. Marta Jas-Baran; artykuł „Jakie są konsekwencje udzielenia nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi?”; <https://skarbiec.biz>)

Biorąc powyższe pod uwagę należy stwierdzić, iż w dniu złożenia deklaracji przystąpienia do przedmiotowej umowy ubezpieczenia na życie Dariusz Żak nie zataił żadnych informacji, albowiem te które wskazał umożliwiały pozwanemu ustalenie, że jest to osoba która ma niewątpliwie orzeczenie o niezdolności do pracy. Wskazane informacje w oświadczeniu umożliwiały pozwanemu dokonanie prawidłowej i rzeczywistej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W związku z powyższym należało przyjąć, iż okoliczności dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego, zwłaszcza orzeczonego niezdolności do pracy, nie zostały przez niego utajnione, przeciwnie zostały ujawnione pozwanemu w formularzu przez niego dostarczonym. W związku z powyższym nie można przypisać D. Ż. naruszenia obowiązku informacyjnego przewidzianego w art. 815 § 1 k.c. Jak powyżej wskazano brak jest również podstaw aby uznać, że pozwany skutecznie uchylił się, przy zawieraniu przedmiotowej umowy, od skutków prawnych swojego oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu. Biorąc powyższe pod uwagę, a także kwoty wskazane w certyfikacie uczestnictwa (k. 22) należało przedmiotowe powództwo uwzględnić w całości.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. Do niezbędnych kosztów po stronie powoda przyjęto kwotę 5 400,00 zł tytułem kosztów zastępstwa prawnego - § 2 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (t.j. Dz.U. Nr 2018, poz. 1800, z późn. zm.). O odsetkach od kosztów procesu orzeczono natomiast na podstawie art. 98 § 1¹ k.p.c.

Nieuiszczonymi kosztami sądowymi poniesionymi tymczasowo przez Skarb Państwa w wysokości 2 625,00 zł (powódka zwolniona od opłaty sądowej od pozwu), Sąd na mocy art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U 2018 poz. 300 z późn. zm.) obciążył pozwanego.