

Sygn. akt XXIV C 432/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 lutego 2019 roku

Sąd Okręgowy w Warszawie Wydział XXIV Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Jacek Tyszka

Protokolant: protokolant sądowy Paweł Centka

po rozpoznaniu 18 stycznia 2019 roku w W. na rozprawie

sprawy z powództwa H. N.

przeciwko (...) Towarzystwu (...) SA w W.

o zapłatę

1. zasądza od (...) Towarzystwa (...) SA w W. na rzecz H. N. kwotę 125.000 zł (sto dwadzieścia pięć tysięcy złotych) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 25 listopada 2017 roku do dnia zapłaty;

2. zasądza od (...) Towarzystwa (...) SA w W. na rzecz H. N. 11.667 zł (jedenaście tysięcy sześćset sześćdziesiąt siedem złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt XXIV C 432/18

## UZASADNIENIE

Pozwem z 21 marca 2018 roku (data stempla pocztowego) H. N. wniosła o wydanie nakazu zapłaty w postępowaniu upominawczym, nakazującego by pozwana (...)Towarzystwo(...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. zapłaciła na rzecz powódki kwotę 125.000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 25 listopada 2017 roku do dnia zapłaty oraz zasądzenie od pozwanej spółki na rzecz powódki zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych.

W uzasadnieniu powódka podniosła, że jej mąż D. L. zmarł 16 października 2017 roku na skutek przebytego udaru. Był on pracownikiem (...) sp. z o.o. Spółka ta zawarła z pozwaną umowę grupowego ubezpieczenia na życie, którą był objęty D. L.. Zgodnie z umową w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego uposażonemu przysługiwało świadczenie w wysokości 125.000 zł. Jednocześnie wykupione zostało dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci wskutek udaru mózgu lub zawału serca. W przypadku zajścia ostatnio wymienionego zdarzenia zakład ubezpieczeń był zobowiązany do wypłacenia 250.000 zł. Pozwana uznała swoją odpowiedzialność za zaistniałe zdarzenie i przyznała świadczenie w kwocie podstawowej za śmierć ubezpieczonego w wysokości 125.000 zł. W toku korespondencji między powódką a pozwaną, mimo kilkukrotnych wezwań, pozwana odmawiała wypłaty kwoty uzupełniającej 125.000 zł z tytułu wystąpienia udaru mózgu (pозew – k. 3-7).

Sąd wydał w sprawie nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym 9 kwietnia 2018 r. (nakaz - k. 62).

W sprzeciwie od nakazu zapłaty (...)Towarzystwo (...)Spółka Akcyjna z siedzibą w W. wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenia od powoda na rzecz pozwanej kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych oraz opłaty od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

Pozwana podniosła, że zgodnie z art. XI ust. 2 pkt 10 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (OWU) nie ponosi ona odpowiedzialności za zdarzenie ubezpieczeniowe powstałe wskutek świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej oraz nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich. Pozwana wskazała, że powódka, mimo wezwań pozwanej, nie przedstawiła dokumentacji medycznej dotyczącej zmarłego, co zdaniem pozwanej było niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego. Spowodowało to brak możliwości ustosunkowania się do zgłaszanego przez powódkę roszczenia i brak wypłaty kwoty uzupełniającej w postaci 125.000 zł (sprzeciw od nakazu zapłaty – k. 67-70).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny.

Mąż powódki D. L. był pracownikiem (...) sp. z o.o. w K.. Spółka ta zawarła z (...)Towarzystwem (...)SA w W. umowę grupowego ubezpieczenia na życie. Zgodnie z umową w przypadku śmierci ubezpieczonego zakład ubezpieczeń zobowiązany był do wypłaty świadczenia w wysokości 125.000 zł. W przypadku zaś, gdyby śmierć ubezpieczonego nastąpiła w wyniku zawału serca lub udaru mózgu świadczenie wynosiło 250.000 zł (umowa - k. 22-28, certyfikat grupowego ubezpieczenia na życie - k. 93, Ogólne Warunku Ubezpieczenia – k. 76-89).

D. L. zmarł 16 października 2017 r. na skutek przebytego udaru. Przyczyną zgonu był krwotok mózgowy do pnia mózgu (zaświadczenie i karta informacyjna - k. 29-30).

Pismem z 25 października 2017 roku powódka zwróciła się do pozwanej spółki z wnioskiem o wypłacenie świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia. W odpowiedzi, pismem z 13 listopada 2017 r. pozwana poinformowała powódkę o przyznaniu świadczenia w wysokości 125.000 zł, jednocześnie wskazując na to, że rozpatrywana jest sprawa dotycząca śmierci ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu (pismo - k. 37-38, akta szkody – k. 94).

W piśmie z 20 listopada 2017 r. pozwana zwróciła się do powódki o przesłanie kopii dokumentacji medycznej D. L. z poradni lekarza rodzinnego od 2012 r. oraz kopii dokumentacji medycznej z badań okresowych zmarłego (pismo - k. 39-40).

Pismem z 22 listopada 2017 r. pełnomocnik powódki wskazał, że rodzina zmarłego nie posiada wiedzy na temat tego czy D. L. leczył się przed śmiercią, nie dysponuje dokumentacją medyczną zmarłego z badań okresowych oraz wezwał pozwaną do wypłaty świadczenia w kwocie 125.000 zł z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek udaru (pismo - k. 41-42).

W piśmie z 22 grudnia 2017 r. pozwana poinformowała, że w celu zajęcia stanowiska w kwestii odpowiedzialności za zdarzenie w postaci śmierci ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu ponawia prośbę o przedstawienie kopii dokumentacji medycznej z poradni lekarza rodzinnego od 2012 r. oraz kopii dokumentacji medycznej z badań okresowych zmarłego (pismo - k. 44-45).

W odpowiedzi, pełnomocnik powódki w piśmie z 3 stycznia 2018 r. ponownie poinformował pozwaną spółkę, że rodzina zmarłego nie dysponuje stosowną dokumentacją medyczną oraz wezwał do wypłaty świadczenia w kwocie 125.000 zł (pismo - k. 46-45).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie złożonych do akt sprawy dokumentów, które uznał za wiarygodne, albowiem ich treść i autentyczność nie budziła wątpliwości i nie była kwestionowana przez strony.

Zgłoszone przez stronę pozwaną w sprzeciwie od nakazu zapłaty wnioski dowodowe, nie licząc wniosku o dopuszczenie dowodu z załączonych dokumentów, zostały oddalone z przyczyn wyjaśnionych poniżej w toku rozważań prawnych.

Sąd zważył, co następuje.

Powódka wносиła o zasądzenie od pozwanej 125.000 zł świadczenia z umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy pracodawcą zmarłego męża powódki D. L., (...) sp. z o.o. a (...) Towarzystwem (...) SA w W.. Wskazała, że miało miejsce przewidziane umową zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci śmierci jej męża wskutek udaru mózgu, z którym

umowa łączyła obowiązek zapłaty przez ubezpieczyciela świadczenia w łącznej kwocie 250.000 zł, z czego została jej wypłacona jedynie połowa tej kwoty.

Zgodnie z § 1 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. W myśl pkt. 2 § 2 tego przepisu, świadczenie ubezpieczyciela przy ubezpieczeniu osobowym polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Nie było sporne pomiędzy stronami, że pracodawca męża powódki zawarł z pozwanym Towarzystwem Ubezpieceniowym umowę ubezpieczenia na życie. Zgodnie z OWU przedmiotem ubezpieczenia było życie i zdrowie ubezpieczonego. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmowała życie ubezpieczonego. W razie śmierci ubezpieczonego umowa przewidywała wypłatę świadczenia w wysokości 125.000 zł. W razie jednak gdyby śmierć ubezpieczonego nastąpiła na skutek zawału serca lub udaru mózgu świadczenie miało wynosić 250.000 zł. Powódka H. N. była wskazana jako uposażona.

Objęty umową ubezpieczenia na życie mąż powódki zmarł w okresie ubezpieczenia. Niewątpliwą przyczyną jego śmierci, wynikającą z przedstawionej przez powódkę wraz ze zgłoszeniem szkody dokumentacji lekarskiej, był krwotok mózgowy do pnia mózgu. Śmierć ubezpieczonego nastąpiła zatem z powodu udaru mózgu, czego pozwana nie kwestionowała.

Z faktu, że śmierć ubezpieczonego w okresie objętym umową nastąpiła z powodu udaru mózgu wynikało, że po stronie pozwanego Towarzystwa powstał obowiązek wypłaty uposażonej – przewidzianego umową w przypadku nastąpienia takiego zdarzenia – świadczenia w wysokości 250.000 zł. Skoro faktycznie dokonano wypłaty 125.000 zł, to znaczy że do dopłaty pozostała jeszcze kwota 125.000 zł. Wobec tego należało uznać roszczenie pozwu o zapłatę tej kwoty za zasadne.

Pozwana nie dokonując wypłaty świadczenia należnego uposażonej zasłaniała się faktem niezłożenia przez powódkę żądanej dokumentacji lekarskiej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego w okresie pięciu lat przed śmiercią. Pozwana podnosiła, że zgodnie z art. XV ust. 4 pkt 4.4. OWU w związku z art. XII ust. 1 pkt 5 OWU, Towarzystwo podejmuje decyzję o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentów wymienionych w OWU, jednocześnie zastrzegając prawo do żądania przedstawienia, oprócz dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci, także „innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa”. Zdaniem pozwanej nieprzedstawienie przez powódkę żądanej dokumentacji medycznej o stanie zdrowia i leczeniu męża uposażonej w okresie 5 lat przed śmiercią uniemożliwiło pozytywne rozpatrzenie jej wniosku o zapłatę świadczenia.

Oceniając powyższe stanowisko pozwanej należało zauważyć, że z przywołanego zapisu OWU zawartego w art. XII ust. 1 pkt wynikał jasno obowiązek złożenia jedynie takich dodatkowych dokumentów, które mogłyby posłużyć do stwierdzenia zasadności roszczenia. Z okoliczności sprawy wynikało zaś, że tak fakt śmierci ubezpieczonego, jak i jej przyczyna były stwierdzone w sposób niewątpliwy złożoną już wcześniej dokumentacją medyczną. Nie istniała zatem żadna potrzeba składania jakiegokolwiek innej dokumentacji, aby móc stwierdzić zasadność roszczenia powódki. Z kolei wspomniany zapis OWU z uwagi na jego brzmienie z pewnością nie mógł służyć jako podstawa do żądania od uposażonej informacji, które mogłyby posłużyć Towarzystwu do stwierdzenia niezasadności roszczenia.

W tym miejscu, na co słusznie wskazywała strona powodowa, warto było odwołać się do art. 815 § 2 k.c. W myśl tego przepisu, jeżeli w umowie ubezpieczenia zastrzeżono, że w czasie jej trwania należy zgłaszać zmiany okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach, ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach ubezpieczyciela niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości. Przepisu tego nie stosuje się do ubezpieczeń na życie. Zacytowana regulacja nie pozostawiała wątpliwości, że w przypadku umów ubezpieczenia na życie ubezpieczyciel nie ma prawnej możliwości zobowiązania do składania informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego w okresie po zawarciu umowy ubezpieczenia na życie i datą śmierci ubezpieczonego. Domaganie się przez pozwaną od uposażonej przedstawienia innej dokumentacji medycznej

dotyczącej ubezpieczonego niż ta, z której wynikało, z jakiej przyczyny zmarł, nie znajdowało żadnego umocowania w postanowieniach umowy stron ani przepisach prawa. Domaganie się przez pozwaną od powódki takiej dokumentacji i odmowa powódki jej przedstawienia nie mogły być zatem uznane za podstawę do uznania żądania pozwu za niezasadne.

Oponując przeciwko uwzględnieniu żądania pozwu pozwana wskazała nadto na brzmienie art. XI ust. 2 pkt 10 OWU, zgodnie z którym, jeżeli odpowiednie warunki Umów Dodatkowych tak stanowią Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, o ile zdarzenie ubezpieczeniowe powstało wskutek świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich. W tym kontekście pozwana powołała się na wzmiankę lekarza w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego ubezpieczonego o prawdopodobnym nieleczonym nadciśnieniu tętniczym (karta informacyjna - k. 30-34).

Odnosząc się do powyższego należało stwierdzić, że pozwane Towarzystwo Ubezpieczeń mogłoby podnosić zasadnie, że doszło do zmaterializowania się negatywnej przesłanki jego odpowiedzialności, gdyby – stosownie do art. 6 k.c. – wykazało, że w okolicznościach sprawy doszło do świadomego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej i nieprzestrzegania przez niego wskazań i zaleceń lekarskich, co skutkowało jego zgonem. Nic takiego nie wynikało z zebranego w sprawie materiału dowodowego. Z cytowanej wzmianki w dokumentacji lekarskiej wynikało jedynie, że prawdopodobnie na stan zdrowia ubezpieczonego mogło mieć wpływ nielezione nadciśnienie tętnicze. Informacja ta pochodziła z wywiadu, co oznaczało, że nie dokonano szczegółowych badań potwierdzających lub zaprzeczających zaistnienie danego stanu rzeczy. Z przywołanego zapisu nie można było nawet wnosić, że takowe nadciśnienie tętnicze faktycznie u męża powódki stwierdzono. Przede wszystkim nie wynikało jednak z niego, że ubezpieczony o owym ewentualnym nadciśnieniu tętniczym wiedział, a tym bardziej, że nie skorzystał w tym względzie z porady lekarskiej lub nie przestrzegał wskazań i zaleceń lekarza.

Stosownie do art. 227 k.p.c., przedmiotem dowodu są fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie. Z przepisu tego wynika, że podstawowym ciężarem procesowym obciążającym stronę jest ciężar twierdzenia, który sprowadza się do obowiązku przytaczania twierdzeń o faktach (okolicznościach faktycznych) mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy. Po wtóre na stronie spoczywa ciężar przedstawiania sądowi orzekającemu środków dowodowych, których przeprowadzenie pozwoli na ustalenie korzystnych dla niej faktów.

Odnosząc powyższe do okoliczności sprawy należało zauważyć, że nieistotne dla rozstrzygnięcia było – czego ustalenia chciała pozwana – czy zmarły przed śmiercią odczuwał dolegliwości lub podejmował leczenie neurologiczne, chirurgiczne oraz kardiologiczne, czy posiadał również inne schorzenia, które mogły mieć wpływ na jego śmierć, a jeśli tak to jakie były to choroby. Ustalenie tych okoliczności pozostawało bez wpływu na ocenę zasadności powództwa, gdyż nie odnosiło się do przesłanek powstania lub nieistnienia obowiązku świadczenia z przedmiotowej umowy o ubezpieczenie na życie. Z kolei strona pozwana nie sformułowała twierdzeń, że do śmierci ubezpieczonego w wyniku udaru mózgu doszło na skutek świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej i nieprzestrzegania przez męża powódki wskazań i zaleceń lekarskich. Pozwana nie określiła, istnienie jakich konkretnie zaleceń i przez kogo wydanych miałyby zostać wykazane proponowanymi przez nią środkami dowodowymi. Brak konkretnych twierdzeń nadających się do dowodzenia wynikał zapewne z nieistnienia dostatecznych podstaw do formułowania w okolicznościach sprawy takich twierdzeń. Sąd nie miał z kolei wątpliwości, że przepisy k.p.c. w tym wyżej cytowany, nie stanowią podstawy do zarządzenia prowadzenia postępowania dowodowego w celu weryfikowania przypuszczeń stron i ewentualnych teoretycznie możliwych wariantów stanu faktycznego. Stąd za niezasadne uznano wnioski dowodowe pozwanej, które miałyby zmierzać do ustalenia „ewentualnego nieprzestrzegania zaleceń lekarskich”.

Z uwagi na powyższe oddalone zostały wnioski pozwanej: o przesłuchanie powódki w charakterze strony, o zobowiązanie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia do udostępniania danych zgromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dotyczących D. L., zobowiązanie Ambasady Rzeczypospolitej Polskiej w S. do wystąpienia do odpowiednika polskiego NFZ w K. o udostępnienie danych medycznych dotyczących D. L., o zobowiązanie pracodawcy zmarłego (...) sp. z o.o. do udzielenia informacji czy zmarły przechodził okresowe badania lekarskie oraz o zobowiązanie strony powodowej do przedłożenia do akt sprawy przetłumaczonej na język polski pełnej dokumentacji

medycznej ze wszystkich placówek medycznych, z których usług korzystał zmarły D. L. od 16 października 2007 roku do chwili obecnej, na okoliczność stanu zdrowia D. L. sprzed 16 października 2017 r., tego czy zmarły przed śmiercią odczuwał dolegliwości lub podejmował leczenie neurologiczne, chirurgiczne oraz kardiologiczne, czy posiadał również inne schorzenia, które mogły mieć wpływ na jego śmierć, a jeśli tak to jakie były to choroby oraz na okoliczność ewentualnego nieprzestrzegania przez zmarłego zaleceń lekarskich, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia udaru mózgu, który skutkowało śmiercią D. L..

Podsumowując powyższe pozwana nie wykazała, że w okolicznościach sprawy nie ponosiła odpowiedzialności za zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci śmierci D. L., gdyż powstało ono wskutek świadomego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej i nieprzestrzegania przez niego z wskazań i zaleceń lekarskich.

O odsetkach orzeczono stosownie do art. 481 k.c. W myśl § 1 tego przepisu, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Jak stanowi § 2 art. 481 k.c., jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych. Stosownie zaś do art. 817 § 1 k.c., ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Powódka zgłosiła roszczenie o wypłatę świadczenia z uwagi na śmierć męża na skutek udaru mózgu pismem z 25 października 2017 roku, zatem trzydziestodniowy termin spełnienia świadczenia upłynął 24 listopada 2017 roku. Roszczenie powódki stało się zatem wymagalne od 25 listopada 2017 roku i od tego dnia należało zasądzić od kwoty żądanej pozwem odsetki za opóźnienie.

Mając powyższe na uwadze i uznając żądanie pozwu za w całości usprawiedliwione orzeczono jak w punkcie 1. wyroku.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art 98 k.p.c. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu. Pozwana przegrała niniejszą sprawę w całości, co uzasadniało nałożenie na nią obowiązku zwrotu powódce całości poniesionych przez powódkę kosztów. Złożyły się na nie: opłata od pozwu w wysokości 6.250 zł, zastępstwo procesowe w kwocie 5.400 zł (§ 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych z 22 października 2015 r., Dz.U. z 2015 r. poz. 1804 ze zm.) oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł, łącznie 11.667 zł. Z tych względów orzeczono jak w punkcie 2. wyroku.