

Sygn. akt I ACa 1177/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 marca 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Robert Jurga
Sędziowie:	SSA Paweł Rygiel (spr.) SSO del. Wojciech Żukowski
Protokolant:	sekr. sądowy Marta Matys

po rozpoznaniu w dniu 8 marca 2019 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa A. S.

przeciwko(...)w S.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Tarnowie

z dnia 12 lipca 2018 r. sygn. akt I C 1244/17

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 4.050 zł (cztery tysiące pięćdziesiąt złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

SSO Wojciech Żukowski SSA Robert Jurga SSA Paweł Rygiel

sygn. akt I ACa 1177/18

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 8 marca 2019 r.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego (...)w S. na rzecz powódki A. S. kwotę 112.076,29 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 28 grudnia 2017 r. oraz zasądził od pozwanego na rzecz powódki koszty procesu.

Sąd I instancji ustalił, że mąż powódki J. S. zawarł ze (...)w G. w dniu 1 stycznia 2014 r. umowę pożyczki, której zabezpieczeniem było m.in. jego przystąpienie do ubezpieczenia grupowego (...)i zobowiązanie do uiszczania na rzecz (...) opłaty stanowiącej zwrot kosztów ubezpieczenia w całym okresie obowiązywania umowy. W związku z tym, zgodnie z postanowieniami umowy pożyczki, J. S. opłacił jednorazową składkę za ubezpieczenie w kwocie 12.948 zł. W tym samym dniu podpisał on z pozwanym ubezpieczycielem deklarację zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...). Zgodnie z treścią tej deklaracji, przedmiot ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu oraz całkowitą niezdolność ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Suma ubezpieczenia równa była kwocie zadłużenia na dzień podpisania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia i wynosiła 130.000 zł. Ubezpieczenie zostało zawarte na okres od 3 stycznia 2014 roku do 2 stycznia 2024 roku. Podpisując deklarację J. S. wyraził zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – (...), na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (...) oznaczonych numerem(...), obowiązujących w dniu złożenia deklaracji zgody, z których treścią J. S. się zapoznał i w pełni je zaakceptował.

Zgodnie z § 2 pkt 10 – 12 ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ochrona ubezpieczeniowa obejmowała m.in. śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca, tj. śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako wyjściowa lub bezpośrednia przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego, która nastąpiła nie później niż przed upływem 1 miesiąca od daty rozpoznania udaru mózgu. Te OWU zostały uchwalone w dniu 28 maja 2012 r. przez Zarząd (...)w G. i miały zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 28 maja 2012 r.

Dalej Sąd ustalił, że w dniu 22 czerwca 2015 r. mąż powódki zawarł ze (...)w G. kolejną umowę pożyczki, oznaczoną jako kredyt konsumencki nr (...). Podobnie jak w przypadku umowy pożyczki zawartej 2 stycznia 2014 r., zabezpieczeniem spłaty zaciągniętego zobowiązania pieniężnego miało być m.in. przystąpienie do ubezpieczenia grupowego.

J. S. zmarł w dniu(...)r. w wyniku zawału serca. Zmarły w dacie śmierci miał(...)lat i był osobą schorowaną. Cierpiał m.in. na cukrzyce(...), utrwalone migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze. Był również po dwukrotnych zawałach serca i po licznych angioplastykach wieńcowych. Przy zawieraniu umów ubezpieczenia J. S. nie informował ubezpieczyciela o swoim stanie zdrowia, albowiem ze strony ubezpieczyciela nie było szczegółowych pytań w tym zakresie.

Pismem z dnia 25 stycznia 2016 r. (...)w S. podjął decyzję o odmowie wypłaty świadczenia z tytułu zgonu J. S.. wskazując w treści decyzji, że zgon ubezpieczonego J. S. wskutek zawału serca był następstwem chorób leczonych w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.

W dniu 16 października 2017 r. pomiędzy (...)a powódką została zawarta umowa cesji wierzytelności, na mocy której cedent, tj. (...)w G. przeniosła na cesjonariusza, tj. powódkę wierzytelność przysługującą cedentowi na mocy umowy ubezpieczenia zawartej przez jej męża J. S. ze strona pozwana w dniu 2 stycznia 2014 roku.

W tym stanie rzeczy, odwołując się do treści art. 805 § 1 k.c., Sąd Okręgowy uznał roszczenie powódki za uzasadnione. Oceniał, iż odmowa wypłaty przez pozwanego świadczenia z tytułu zawartej przez J. S. umowy ubezpieczenia była bezzasadna. Wskazał przy tym, że w sprawie poza sporem było, iż zaistniało zdarzenie objęte umową (śmierć ubezpieczonego na skutek zawału serca) oraz, że powódka posiada legitymację czynną, skoro nabyła wierzytelność wobec ubezpieczyciela w drodze umowy przelewu.

Zauważając, że zasadniczy problem w sprawie sprowadzał się do oceny, czy zaistniały podstawy do zwolnienia się przez pozwanego z odpowiedzialności na podstawie zapisów OWU Sąd wskazał, że z dokonanych ustaleń faktycznych wynika, iż zawierając w dniu 2 stycznia 2014 r. umowę ubezpieczenia J. S. otrzymał od strony pozwanej ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oznaczone nr (...), a nie – jak twierdzi pozwany – oznaczone nr

(...). W OWU ustalono odpowiedzialność strony pozwanej z tym, że odpowiedzialność pozwanej została ograniczona. Jednakże pozwany nie wykazał, aby mężowi powódki zostały wydane OWU oznaczone symbolem (...), wśród których znajdował się zapis, na który powołuje się ubezpieczyciel, a dotyczący wyłączenia jego odpowiedzialności.

Sąd podkreślił także, że charakter umowy ubezpieczenia uniemożliwia dokonywanie przez ubezpieczyciela w każdym wypadku własnych ustaleń co do okoliczności wpływających na zakres ryzyka ubezpieczeniowego, co wymusza oparcie się na deklaracji ubezpieczającego, który ma obowiązek podać w niej wszystkie okoliczności, o które został zapytany. Ubezpieczający nie ma natomiast obowiązku informowania o innych okolicznościach. Jeżeli ubezpieczający nie udzieliłby odpowiedzi, a mimo to ubezpieczyciel zawarłby umowę ubezpieczenia, to pominięte nieujawnione okoliczności uważa się za nieistotne i brak jest podstaw do zwolnienia się z odpowiedzialności ubezpieczyciela. Z ustaleń faktycznych w sprawie wynika, że pozwana zrezygnowała z możliwości weryfikacji i oceny ryzyka ubezpieczeniowego, nie rozpytując J. S. o stan jego zdrowia. Z tych względów przyjęła na siebie ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego uzależnionego od przyczyn istniejących przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia. To wszystko w sytuacji, gdy stan zdrowia J. S. już w chwili przystąpienia do ubezpieczenia zwiększał ryzyko ubezpieczeniowe, co w razie jego oceny mogłoby prowadzić do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela. W tym stanie rzeczy, skoro podstawą wyłączenia odpowiedzialności pozwanej są okoliczności wynikające ze stanu zdrowia ubezpieczonego istniejącego w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia lub przed tą datą, to ubezpieczyciel winien zadbać o rozpytania o te okoliczności, a skoro tego zaniechał, nie może korzystać z ochrony.

Wreszcie Sąd wskazał, że okoliczności dotyczące stanu zdrowia J. S., na które powołuje się pozwany, mogły być ustalone wyłącznie na podstawie dowodu z opinii biegłego. Pozwany nie wykazał zatem przedmiotowych okoliczności.

Sąd I instancji powołał także, że kwota należna powódce, stanowiąca wierzytelność przysługującą ubezpieczającemu, nie była sporna i obejmuje wysokość niespłaconego kapitału pożyczki.

Od powyższego orzeczenia apelację wniósł pozwany, zaskarżając wyrok w całości i zarzucając sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału wskutek naruszenia przepisów postępowania, a to:

- art. 233 § 1 k.p.c. przez ustalenie, że Ubezpieczony J. S. przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) o symbolu (...), podczas gdy taki wzorec nie istnieje;

- art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 245 i 246 k.p.c. w zw. z § 9 ust.2 i § 20 ust.1 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) o symbolu (...), przez ustalenie na podstawie zeznań świadka, że Ubezpieczony J. S. nie otrzymał od pozwanego ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) o symbolu (...), które wyłączają odpowiedzialność pozwanego, mimo że odbiór wzorca umowy Ubezpieczony potwierdził własnoręcznym podpisem;

- art. 233 § 1 k.p.c. przez newszechstronne rozważenie zebranego materiału i pominięcie faktu, że Ubezpieczony w dniu 2 stycznia 2014 r. złożył dwa oświadczenia woli tj. przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...), na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) o symbolu (...) oraz zawarciu umowy (indywidualnego) ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) o symbolu (...) – w konsekwencji czego, nie jest prawdą, że do umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) mają zastosowanie ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) o symbolu (...);

- art. 232 k.p.c. przez uznanie, że pozwany winien wnosić o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego na okoliczności związane w wyłączeniem jego odpowiedzialności.

Nadto, apelujący zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego tj.:

- art. 15, 16 i 17 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 999 ze zm.) poprzez ich niezastosowanie, skutkujące uznaniem, że pozwany ma obowiązek kierować przyszłego ubezpieczonego na badania, a w razie stwierdzenia u niego chorób odmówić udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, mimo, że Ubezpieczony J. S. oraz jego rodzina doskonale znali choroby, na jakie się leczy i wykonanie badań w jego przypadku potwierdzałyby jedynie znany im stan zdrowia;

- art. 805 § 1 i 2 pkt 2 w zw. z art. 6 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie polegające na uznaniu, że przyczyna zgonu Ubezpieczonego uprawnia do żądania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, mimo że karta informacyjna ze szpitala, w którym Ubezpieczony zmarł wymienia jako bezpośrednią przyczynę zgonu „zatrzymanie krążenia, nie określone”.

W związku z powyższym pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania za obie instancje.

Powódka wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja pozwanego nie może odnieść zamierzonego skutku.

Ustalenia dokonane w pierwszej instancji są prawidłowe i Sąd Apelacyjny przyjmuje je za własne. Zostały dokonane w oparciu o wszystkie zaoferowane dowody, których ocena mieści się w granicach art. 233 § 1 k.p.c.

Zasadniczy spór między stronami dotyczył kwestii związanej z treścią łączącej strony umowy, w tym przede wszystkim w zakresie tego, które z ogólnych warunków umów stanowiły integralną część grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...). Powódka twierdziła bowiem, że przy zawarciu umowy jej mężowi przedstawiono ogólne warunki o symbolu(...), podczas gdy pozwany wskazuje, iż w dacie przystąpienia J. S. do umowy obowiązywały ogólne warunki o symbolu (...)i one zostały doręczone ubezpieczonemu. Wskazuje przy tym, że J. S. zawarł w tym samym dniu dwie umowy – ubezpieczenia grupowego i indywidualnego, przy czym integralną częścią pierwszej umowy były (...), a drugiej –(...).

Niezależnie od tego, że pozwany wykazał fakt zawarcia przez J. S. dwóch w/w umów, jak też – istotnie – jedynie w tytule (...) znajduje się odwołanie do ubezpieczenia grupowego (...), zaś w tytule (...) takiego odwołania nie ma, to jednak podzielić należy ustalenia Sądu I instancji, iż przy przystąpieniu do ubezpieczenia grupowego J. S. doręczono jedynie ogólne warunki umowy oznaczone symbolem (...). Okoliczność taka wynika z zeznań świadka N. S., syna ubezpieczonego, który był obecny przy zawieraniu spornej umowy. Świadek jednoznacznie wskazał, iż „w domu mieliśmy cały czas warunki oznaczone(...)”, jak też, że „te nowe warunki” przesłano dopiero wraz z decyzją o odmowie wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia. Wskazane przez niego okoliczności znajdują potwierdzenie w tym, iż bezpośrednio po zdarzeniu ubezpieczeniowym, odpowiadając na żądanie ubezpieczyciela uzupełnienia dokumentacji, N. S. odwołał się do postanowienia wyłączającego odpowiedzialność ubezpieczyciela o treści zawartej w (...) (pismo z dnia 11 stycznia 2016 r. – k.72-73). Tym samym w tamtej dacie był przekonany, że częścią umowy są w/w ogólne warunki umów. Takie samo stanowisko syn ubezpieczonego potrzymał w piśmie z dnia 29 lutego 2016 r. (k.76) wprost wskazując, że według jego wiedzy integralną częścią umowy są OWU o symbolu (...).

Pozwany nie przedstawił jakichkolwiek dowodów mogących podważyć wyżej powołane ustalenie. Przeciwno przyjęciu, że ubezpieczonemu, przy jego przystąpieniu do ubezpieczenia grupowego przedłożono ogólne warunki o symbolu (...) nie może przemawiać fakt, iż obiektywnie integralną częścią tej umowy były warunki o symbolu (...). Istotne bowiem w sprawie jest to, jaki dokument doręczono ubezpieczonemu, a nie to, jaki dokument powinien być mu doręczony. Bezzasadne jest także powoływanie się przez pozwanego ubezpieczyciela na fakt, iż J. S., w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego, pokwitował odbiór ogólnych warunków umów, a więc - w założeniu pozwanego - właściwych OWU. W samej deklaracji zgody na przystąpienie do umowy (k.44), w części wyrażającej zgodę ubezpieczonego na zawarcie umowy na podstawie ogólnych warunków umów oraz oświadczenie o zapoznaniu

się z nimi, nie zawarto oznaczenia tych ogólnych warunków umów, które są integralną częścią umowy. Tym samym z faktu złożenia przez ubezpieczonego podpisów pod w/w oświadczeniami nie wynika, iż doręczono mu dokument oznaczony symbolem (...), że z tymi ogólnymi warunkami J. S. się zapoznał oraz, że wyraził zgodę na zawarcie umowy na warunkach określonych tym dokumentem.

W konsekwencji zasadnie przyjął Sąd I instancji, iż przy przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) J. S. przedstawiono i doręczono jedynie ogólne warunki umów o symbolu (...). Tym samym to te ogólne warunki stały się częścią umowy łączącej strony. Zważyć należy, że nie może mieć w sprawie znaczenia okoliczność, iż obiektywnie, w dacie zawarcia spornej umowy, wedle regulacji przyjętych przez stronę pozwaną, przy zawieraniu umów grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) obowiązywały inne ogólne warunki ((...)). Strony łączy bowiem umowa takiej treści, jaka została przez nie uzgodniona i jaka była objęta ich wiedzą w dacie zawarcia umowy. Skoro zatem działający imieniem pozwanego pełnomocnik Ł. W., przy przyjęciu deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, zapoznał J. S. z ogólnymi warunkami o symbolu (...) i wręczył mu te ogólne warunki umów, to strony wiązała umowa o treści wynikającej z tego dokumentu.

Zważyć zatem należy, że kluczowe z punktu widzenia wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela postanowienie umowne w w/w warunkach brzmiało odmiennie niż w (...). Wedle § 8 ust.2 (...), odpowiedzialność ubezpieczyciela była wyłączona, gdy śmierć ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, jest następstwem chorób stwierdzonych przez lekarza w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. W sprawie poza sporem pozostawało, że choroba kardiologiczna J. S. została zdiagnozowana przed w/w okresem czasu. Podkreślenia także wymaga, że według wyżej przedstawionego postanowienia wyłączenie to nie obejmowało sytuacji, w której objawy chorobowe występowały w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia deklaracji zgody – co wprost przewidziano w § 4 ust.2 (...). Porównanie zapisów wyżej wskazanych postanowień umownych prowadzi do oczywistej konkluzji, że – wedle § 8 ust.2 (...) – brak było podstaw do wyłączenia odpowiedzialności pozwanego za zdarzenie ubezpieczeniowe. U J. S. nie zdiagnozowano chorób, których następstwem był zawał serca w okresie 12 miesięcy poprzedzających zawarcie umowy, lecz wcześniej, zaś wyłączenie nie dotyczyło sytuacji występowania objawów chorobowych w w/w okresie.

W tym stanie rzeczy bezprzedmiotowe są zarzuty apelacyjne dotyczące konieczności (lub jej braku) prowadzenia dowodu z opinii biegłego dla stwierdzenia stanu zdrowia J. S. i przyczyn jego śmierci.

Niezależnie od przedstawionej wyżej argumentacji wskazać należy, że pomiędzy stornami nie było sporne, iż przy zawarciu umowy J. S. nie podawał jakichkolwiek okoliczności związanych ze swoim stanem zdrowia, a w szczególności przedstawiciel strony pozwanej nie wymagał od niego ujawnienia tych informacji, w tym nie przeprowadził ankiety dotyczącej istotnych okoliczności co do jego stanu zdrowia, mających znaczenie dla ewentualnej odpowiedzialności strony pozwanej. Chybiony jest przy tym zarzut pozwanego sugerujący, iż stawia się mu wymóg kierowania przyszłego ubezpieczonego na badania. W oczywisty sposób taki wymóg do ubezpieczyciela nie jest kierowany. Tym niemniej, z art. 815 § 1 k.c. wynika obowiązek ubezpieczającego podania do wiadomości ubezpieczyciela wszystkich znanych okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty przed zawarciem umowy. W zdaniu 3 tego przepisu zawarto postanowienie, że w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Jakkolwiek przedmiotowy przepis dotyczy obowiązków ubezpieczającego oraz przewiduje sankcję w postaci uwolnienia ubezpieczyciela od odpowiedzialności w razie niedopełnienia obowiązków przez ubezpieczającego, to jednak wynika z niego, że zawarcie przez ubezpieczyciela umowy pomimo braku informacji co do okoliczności mających wpływ na zakres jego odpowiedzialności, uważa się za nieistotne. Wniosek taki znajduje potwierdzenie w treści art. 834 k.c., zgodnie z którym, jeżeli do wypadku doszło po upływie trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.

Zważyć zatem należy, że z art. 815 § 1 k.c. wynika, iż na ubezpieczycielu ciąży obowiązek szacowania ryzyka i temu służy obowiązek ubezpieczyciela ustalania okoliczności mających istotne znaczenie dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Zakład ubezpieczeń winien zatem, poprzez zadanie pytań ubezpieczającemu, dążyć do uzyskania informacji mających

znaczenie dla oceny tego ryzyka. Z cyt. przepisu wynika domniemanie prawne, że okoliczności podniesione w pytaniach, na które ubezpieczyciel nie uzyskał odpowiedzi, są nieistotne dla jego odpowiedzialności. Tym samym nieistotne dla jego odpowiedzialności są także i te okoliczności, o które ubezpieczyciel nie zapytał. Ma to kluczowe znaczenie przy umowach ubezpieczenia na życie, w których stopień ryzyka ubezpieczeniowego zależy od stanu zdrowia osoby, która ma być ubezpieczona. O ile zatem ubezpieczyciel nie dokonuje weryfikacji tego stanu zdrowia poprzez zadawanie pytań, o których mowa w art. 815 § 1 k.c., do uznać należy, że okoliczności te nie są istotne i nie mogą prowadzić do wyłączenia jego odpowiedzialności. Nadto, rezygnując z zadania pytań o stan zdrowia ubezpieczonego, ubezpieczyciel pozbawia się możliwości podniesienia zarzutu z art. 834 k.c. W takiej sytuacji ubezpieczyciel przyjmuje na siebie ryzyko odpowiedzialności za zajście wypadku ubezpieczeniowego niezależnie od przyczyn natury medycznej.

Taka konkluzja znajduje uzasadnienie w okolicznościach niniejszej sprawy. Zważyć należy, że pozwany przyjął na siebie odpowiedzialność m.in. za zdarzenie wynikające ze śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca i udaru mózgu. Jednocześnie przewidział wyłączenie własnej odpowiedzialności w sytuacji wcześniejszego zdiagnozowania (ew. leczenia) chorób grożących zawałem serca i udarem mózgu, gdy śmierć wynikała z tych chorób. Tym samym, w przypadku osób, u których zdiagnozowano i leczono w/w choroby, dochodziło do zawierania umów ubezpieczenia przy postanowieniu, który wykluczał przyjęcie odpowiedzialności ubezpieczyciela za wypadek ubezpieczeniowy. Przypomnieć należy, że pozwany odwoływał się do postanowienia zawartego w § 4 ust.2 (...), wedle którego już w dacie zawarcia umowy było wiadome, iż w przypadku śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca odpowiedzialność ubezpieczyciela będzie wyłączona. Dochodziło zatem do zawarcia umowy w warunkach, w których już w dacie przystąpienia do ubezpieczenia grupowego, wedle postanowień OWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela miała być wyłączona – co ocenić należy jako naganne działanie ubezpieczyciela, stanowiące nadużycie prawa. Przeciwdziałając takiemu stanowi rzeczy ma właśnie obowiązek ubezpieczyciela ustalania okoliczności mających istotne znaczenie dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Stwierdzenie - na skutek zadania pytań osobie, która ma być ubezpieczona, o okoliczności istotne dla wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego – że w chwili zawarcia umowy występują okoliczności uzasadniające wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, winna prowadzić do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia. Okoliczności te winny być także znane ubezpieczonemu, aby mógł on świadomie podjąć decyzję o przystąpieniu do umowy. W rezultacie, skoro pozwany ubezpieczyciel zrezygnował z weryfikacji ryzyka ubezpieczeniowego, to przyjęć należy, że okoliczności dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego nie były istotne, a tym samym – pozwany nie może powoływać się na wyłączenie własnej odpowiedzialności z tych przyczyn.

Biorąc powyższe pod uwagę Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c., orzekł jak w sentencji. O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za jego wynik (art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.), a na zasądzone koszty składa się opłata od wynagrodzenia pełnomocnika, ustalona na podstawie § 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust.1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. z 2015 r., poz. 1800 ze zm.).

SSO Wojciech Żukowski SSA Robert Jurga SSA Paweł Rygiel