

Sygn. akt I C 802/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 września 2014 r.

Sąd Okręgowy w Siedlcach Wydział I Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący SSO Małgorzata Chomiuk

Protokolant st. sekr. sąd. Iwona Bierkat

po rozpoznaniu w dniu 03 września 2014 r. w Siedlcach sprawy

z powództwa M. Z.

przeciwko (...)

o zapłatę

I. zasądza od „A. L. (...) - (...) Towarzystwo (...) (...) z siedzibą w W. na rzecz M. Z. kwotę 100.000 (sto tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami od dnia 23 grudnia 2011 r do dnia zapłaty,

II. w pozostałej części powództwo oddala,

III. zasądza od „A. L. (...) - (...) Towarzystwo (...) (...) z siedzibą w W. na rzecz M. Z. kwotę 8.617 zł (osiem tysięcy sześćset siedemnaście) zł tytułem zwrotu kosztów procesu, a w tym kwotę (...) (trzy tysiące sześćset siedemnaście) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego,

IV. nakazuje pobrać od „A. L. (...) - (...) Towarzystwo (...) (...) z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa kwotę 1.441,28 zł (jeden tysiąc czterysta czterdzieści jeden zł dwadzieścia osiem gr) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

I C 802/13

UZASADNIENIE

M. Z. wniosła o zasądzenie od A. L. (...) (...) Towarzystwa (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 100.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 28 listopada 2011 r do dnia zapłaty. Ponadto wniosła o zasądzenie od pozwanego na jej rzecz zwrotu kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa procesowego.

W uzasadnieniu swego żądania powódka wskazała, iż była żoną zmarłego w dniu 30.10.2011 r A. Z. (1), który objęty był jako ubezpieczony pracownik grupowym ubezpieczeniem w (...) S.A. Osobą uprawnioną do świadczeń w przypadku zgonu pracownika była żona M. Z.. A. Z. (1) zmarł z powodu miażdżycy naczyń mózgowych, zawału mięśnia sercowego, nagłego zatrzymania krążenia. Powódka wskazała, iż dokonała zgłoszenia z tytułu ubezpieczenia grupowego i w odpowiedzi na to zgłoszenie pismem z dnia 28.11.2011 r pozwany wezwał powódkę do uzupełnienia brakujących dokumentów. Po uzupełnieniu przez powódkę żądanej dokumentacji, a następnie wskazaniu placówek medycznych, gdzie leczyl się A. Z. (1), powódka otrzymała od ubezpieczyciela w dniu 01.03.2012 r informację o odmowie wypłaty świadczenia. Powodem nieuznania roszczenia było przyjęcie przez ubezpieczyciela, że przypadek A. Z. (1) nie spełnia definicji zawału mięśnia sercowego zawartej w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia. Nie zgadzając się z argumentacją pozwanego powódka wystąpiła z odwołaniem argumentując, iż ogólne warunki nie mogą stwarzać innej definicji zawału niż określone ze wskazań medycznych. Pismem z dnia 06.09.2012 r pozwany podtrzymał decyzję o odmowie wypłaty odszkodowania wskazując, iż zgodnie z ogólnymi warunkami świadczenie nie może być wypłacone w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wynika pośrednio lub bezpośrednio z jakiegokolwiek

choroby, na którą ubezpieczony zapadł przed datą objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej. Zdaniem pozwanego skoro ubezpieczony przeżył w 2005 r dwa zawały mięśnia sercowego odszkodowanie nie jest należne. Zawały z 2005 r i śmiertelny zawał z 2011 r są ze sobą powiązane, bowiem są wynikiem przewlekłej choroby naczyń wieńcowych. Powódka wskazała, iż A. Z. (1) przeszedł stosowne badania lekarskie i decyzją lekarza medycyny pracy z dnia 30.06.2011 r został dopuszczony do pracy na kolejne dwa lata. Badania diagnostyczne wykonane na dwa tygodnie przed śmiercią nie zawierały żadnych niepokojących sygnałów, co wskazuje na fakt, iż zgon był nagły i niespodziewany. Powódka wskazała, iż prezentowane przez pozwanego stanowisko nie da się pogodzić z zapisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej, kodeksu cywilnego, jak też wykładnią tych przepisów dokonywaną w orzecznictwie sądowym. Powódka podniosła, iż przed ustaleniem wysokości składki ubezpieczyciel powinien dokonać oceny ryzyka ubezpieczeniowego i może w tym celu przeprowadzić stosowne postępowanie, w tym zobowiązać chcącego się ubezpieczyć do poddania się badaniom lekarskim. Proponując pracownikom w ramach ubezpieczenia grupowego dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci na skutek zawału lub udaru i pobierając dodatkową składkę należało precyzyjnie określić sytuacje, które wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela. Trudno sobie wyobrazić sytuację, że zmarły A. Z. (1) miał wiedzę, że odpowiedzialność pozwanego nigdy nie zaistnieje, a jednak się ubezpieczył. Skoro faktem łatwym do sprawdzenia były przebyte przez niego zawały, jak też choroba naczyń wieńcowych, to gdyby miał wiedzę z o.w.u., że wyłączają one odpowiedzialność ubezpieczyciela to w żadnym razie nie widziałby podstaw do ubezpieczenia i ponoszenia kosztów dodatkowej składki. Poza tym powódka podniosła, iż nie można mówić o wzajemnym powiązaniu kolejnych zawałów. Zdaniem powódki w o.w.u. powinno znaleźć się wyraźne wyłączenie z ochrony ubezpieczeniowej osób, które chorują na chorobę naczyń wieńcowych, jak też takich, które przeszły zawał. Na poparcie swoich twierdzeń powódka przytoczyła orzecznictwo Sądu Najwyższego w tym zakresie.

W odpowiedzi na pozew A. L.(...) (...) Towarzystwo (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. wniosło o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, a w tym kosztów zastępstwa procesowego.

W uzasadnieniu swego stanowiska pozwane Towarzystwo przyznało, iż zmarły A. Z. (1) od dnia 01.11.2009 r objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego i udaru, przy czym osobą uprawnioną do odbioru świadczenia była żona zmarłego M. Z.. Z tytułu umowy ubezpieczenia na życie powódce na skutek zgonu męża zostało przyznane świadczenie w kwocie 200.000 zł. Pozwany podniósł, iż z istoty umowy ubezpieczenia nie wynika zakaz wyłączania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. W tym zakresie przywołał na poparcie swoich twierdzeń orzecznictwo Sądu Najwyższego. Ponadto pozwany wskazał, iż w par. 2 pkt. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia dokładnie określono pojęcie zawału mięśnia sercowego. W przypadku męża powódki nie zaistniały natomiast wszystkie obligatoryjne przesłanki ustanowione w ogólnych warunkach ubezpieczenia, co było podstawą odmowy wypłaty świadczenia. Stanowisko pozwanego zostało potwierdzone przez konsultanta medycznego pozwanego. Ubezpieczyciel podkreślił, iż ogólne warunki ubezpieczenia określają w sposób jednolity istotne postanowienia dla wszystkich umów w zakresie danego rodzaju ubezpieczenia u określonego ubezpieczyciela i stanowią część składową umowy ubezpieczenia. Pozwany wskazał, iż występująca u A. Z. (1) choroba wieńcowa wykluczała de facto zgodnie z treścią par. 6 pkt 4 o.w.u. wypłatę świadczenia na rzecz uposażonej. Oceny zależności pomiędzy przebytymi przez zmarłego A. Z. (1) zawałami mięśnia sercowego w 2005 r, a śmiertelnym zawałem serca w dniu 30.10.2011 r dokonał konsultant medyczny pozwanego, który wskazał, iż ostatni zawał męża powódki był konsekwencją choroby wieńcowej rozpoznanej u ubezpieczonego nie później niż w lecie 2005 r. Pozwany zaprzeczył, aby nie dokonał oceny ryzyka ubezpieczeniowego, bowiem to od niego ustawa uzależnia wysokość składek ubezpieczeniowych. Ponadto, zdaniem pozwanego, ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią postanowień nieprzejrzystych, nieprecyzyjnych czy niejasnych. Postanowienia par. 2 pkt 2 w sposób precyzyjny określają pojęcie zawału mięśnia sercowego. Natomiast postanowienia par. 6 pkt. 4 jednoznacznie i precyzyjnie wskazują na przypadek kiedy świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie może zostać wypłacone i obejmuje on także przypadek choroby wieńcowej. Poza tym pozwany podniósł, iż postanowienia o.w.u. zostały przez zmarłego A. Z. (1) zaakceptowane. Tym samym ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru swoją moc wiążącą opierają na woli stron zawierających umowę.

Sąd ustalił, co następuje:

Od dnia 01.11.2009 r A. Z. (1) był objęty grupowym ubezpieczeniem pracowniczym na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru. Osobą uposażoną była M. Z.. (okoliczność bezsporna)

Z treści par. 6 pkt 4 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru wynika, iż świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wynika pośrednio lub bezpośrednio z jakiegokolwiek choroby, na którą ubezpieczony zapadł przed datą objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej. (o.w.u. k. 37 – 38).

A. Z. (1) w lecie 2005 r przeżył zawał ściany dolnej serca, a listopadzie 2005 r ściany przedniej serca. Pozostawał pod opieką kardiologa z rozpoznaniem przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, niedomykalność zastawki dwudzielnej, zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie. (konsultacje kardiologiczne k. 175 , k. 177) A. Z. (1) był osobą całkowicie zdolną do pracy. (zaświadczenia lekarskie k. 147 – 152)

A. Z. (1) zmarł w dniu 30.10.2011 r w (...) w M.. Przyczyną zgonu była miażdżyca naczyń mózgowych, zawał mięśnia sercowego, nagłe zatrzymanie krążenia. (zaświadczenie k. 24, karta informacyjna SOR k. 25)

W dniu 22.11.2011 r powódka zgłosiła ubezpieczycielowi roszczenie wynikające z zawartej przez pracodawcę jej męża w ramach pracowniczego ubezpieczenia grupowego umowy na życie oraz umowy dodatkowej na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru. (przyjęcie zgłoszenia k. 104v, zgłoszenie k. 112v) W dniu 23.12.2011 r pozwany przyznał powódce kwotę 200.000 zł z tytułu ubezpieczenia A. Z. (1) na życie. (decyzja k. 118)

Pismem z dnia 1 marca 2012 r pozwany odmówił powódce wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru. W piśmie wskazano ,iż z dostarczonej przez powódkę dokumentacji medycznej wynika, że przypadek A. Z. (1) nie spełnia definicji zawału mięśnia sercowego zawartej w ogólnych warunkach ubezpieczenia. (pismo k. 31)

Powódka nie zgodziła się ze stanowiskiem pozwanego i pismem z dnia 27 marca 2012 r wniosła o ponowne rozpoznanie jej żądania. (pismo k. 32 – 33)

Pismem z dnia 6 września 2012 r pozwany poinformował M. Z., iż nie widzi podstaw do zmiany swojej wcześniejszej decyzji i odmawia wypłaty świadczenia. W uzasadnieniu swego stanowiska pozwany powołał się na treść par. 6 pkt 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, wskazując, iż z dokumentacji medycznej ubezpieczonego wynika, że w 2005 r przeżył on dwa zawały, czyli przed objęciem ochroną ubezpieczeniową. (pismo k. 45)

Powódka ponownie nie zgodziła się ze stanowiskiem pozwanego i pismem z dnia 30 października 2012 r ponownie wniosła odwołanie od decyzji ubezpieczyciela. (pismo k. 46 - 48) Odwołanie powódki nie zostało uwzględnione, o czym została poinformowana pismem z dnia 19.11.2012 r., w którym wskazano, iż zawały przebyte przez A. Z. (1) w 2005 r i śmiertelny zawał z 2011 r są ze sobą powiązane, bowiem są wynikiem przewlekłej choroby naczyń wieńcowych. (pismo k. 50)

Sąd zważył, co następuje:

Zgodnie z treścią art. 805 § 1 i 2 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. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

W przedmiotowej sprawie poza sporem jest, iż A. Z. (1) był objęty ubezpieczeniem na życie oraz dodatkowym ubezpieczeniem na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru. Przy czym osobą uposażoną była powódka.

Jak wynika z dokumentacji medycznej zebranej w przedmiotowej sprawie przyczyną zgonu A. Z. (2) był zawał mięśnia sercowego. Prawdziwość i rzetelność tej dokumentacji nie była kwestionowana w toku przedmiotowej sprawy. Mimo to pozwany pismem z dnia 1 marca 2012 r uznał, iż stwierdzony u męża powódki zawał mięśnia sercowego nie spełnia definicji zawartej w ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru. Tym samym mimo stwierdzenia przez lekarzy ratujących życie A. Z. (1) przyczyn zgonu, pozwany niejako kwestionował postawioną diagnozę uznając, iż w dokumentacji medycznej nie ma danych, aby u męża powódki wystąpiły łącznie objawy określone w treści par. 2 pkt 2 o.w.u. Jak wynika z treści opinii biegłego z zakresu kardiologii rozpoznanie zawału mięśnia sercowego może nastąpić na podstawie objawów klinicznych, które nie będą spełniać wszystkich wymienionych łącznie w o.w.u objawów zawału. Poza tym jak w wskazał w swojej opinii biegły w przypadku osób chorych z klinicznymi cechami niedokrwienia mięśnia sercowego lub nowymi zmianami niedokrwieniami w zapisie elektrokardiograficznym, u których nastąpił nagły zgon sercowy należy rozpoznać zawał serca zakończony zgonem, nawet jeżeli brak jest dowodów w postaci biomarkerów sercowych. Poza tym w procedurach ratujących życie pacjenta w domu w trakcie jego reanimacji (tak jak miało to miejsce w przedmiotowej sprawie) nie wykonuje się standardowo badania enzymów sercowych. W tym zakresie opinia biegłego z zakresu kardiologii jest jednoznaczna. Opinia nie była kwestionowana przez żadną ze stron procesu. Tym samym uznać należy, iż pozwany w sposób nieuprawniony w ogólnych warunkach ubezpieczenia określił definicję zawału mięśnia sercowego, ograniczając tym samym możliwość wypłaty świadczenia w sposób nieuzasadniony w sytuacji, kiedy nie wystąpiły łącznie określone w o.w.u. objawy zawału mięśnia sercowego, a mimo to doszło do takiego zawału u ubezpieczonego. Przyjęcie takich rozwiązań przez ubezpieczyciela bezpodstawnie ogranicza możliwości wypłaty świadczenia w sytuacji, kiedy dochodzi do zdarzenia ubezpieczeniowego tj. śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego.

Zgodnie z par. 6 pkt. 4 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wynika pośrednio lub bezpośrednio z jakiegokolwiek choroby, na którą ubezpieczony zapadł przed datą objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej. Powyższy przepis stanowił ostateczną podstawę odmowy wypłaty na rzecz powódki świadczenia z zawartej przez pracodawcę A. Z. (1) umowy. Jak wynika z opinii biegłego z zakresu kardiologii zdarzenia medyczne stwierdzane u A. Z. (1) pod postacią zawału ściany dolnej w roku 2005, zawału ściany przedniej w roku 2005, powikłania – zakrzepicy w obrębie stentu implantowanego do gałęzi przedniej zstępującej i konieczności ponownej angioplastyki z implantacją stentu do tego naczynia oraz zawału serca w 2011 r, powikłanego zaburzeniami rytmu pod postacią migotania komór i zakończonego nagłym zgonem sercowym, stanowią typowe kontinuum rozpoznanej u A. Z. (1) w roku 2005, a prawdopodobnie trwającej już wcześniej choroby niedokrwiennej serca na podłożu zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych. Tym samym biegły stwierdził, iż zawał mięśnia sercowego męża powódki wynikał z choroby, na którą zapadł on przed datą objęcia ubezpieczeniem z tytułu umowy dodatkowej. Opinia biegłego w tym zakresie jest w pełni rzetelna i wiarygodna. Nie była też kwestionowana przez strony w toku procesu.

Oceniając zasadność stanowiska pozwanego, który powołując się na treść par. 6 pkt 4 o.w.u. odmówił wypłaty świadczenia na rzecz powódki, należało rozważyć czy nie nastąpiło nadużycie uprawnień ubezpieczyciela w tym zakresie. W załączonej do akt sprawy kopii akt szkodowych nie ma dokumentów potwierdzających tezy pozwanego, iż dokonał on oceny ryzyka ubezpieczeniowego przy zawieraniu umowy dodatkowej dotyczącej śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego na rzecz ubezpieczanych pracowników. Brak jest w tym zakresie jakichkolwiek danych wskazujących na to, aby ubezpieczyciel zbierał informacje medyczne od pracowników dotyczące stanu ich zdrowia lub podejmował jakiegokolwiek inne działania w tym zakresie. W aktach sprawy brak jest też dokumentu potwierdzającego dane, aby mąż powódki zapoznawał się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia w zakresie umowy dodatkowej. Dołączony do akt sprawy druk karty rejestracyjnej nie wskazuje jakiego ubezpieczenia dotyczy deklaracja zawarta w tym dokumencie. Istotne jest to o tyle, iż A. Z. (1) był również ubezpieczony na życie u tego samego ubezpieczyciela

i była to umowa podstawowa. Również w tej umowie na wypadek śmierci A. Z. (1) została wyznaczona jako uposażona jego żona M. Z.. Na podstawie tylko tego dokumentu nie można uznać, aby twierdzenia pozwanego dotyczące zgodnej woli ubezpieczyciela i ubezpieczającego w zakresie stosowania o.w.u. były uzasadnione. Zwłaszcza, iż była to umowa zawierana przez pracodawcę jako umowa grupowego ubezpieczenia. Umowa ta nie była zatem przedmiotem negocjacji pomiędzy ubezpieczycielem i osobą ubezpieczoną. Z uwagi na charakter umowy tj. grupowe ubezpieczenie, a zatem brak możliwości wpływu osób ubezpieczanych na treść zawieranej umowy, ogólne warunki ubezpieczenia w tym zakresie powinny być tak sformułowane, aby każdy ubezpieczony miał jasność kiedy i na jakich warunkach może nastąpić odmowa wypłaty świadczenia z tytułu zawartej umowy. Warunki te nie mogą być sformułowane na tyle ogólnie, aby wprowadzały w błąd osoby ubezpieczone bezpodstawnie dając im nadzieję wypłaty świadczenia w sytuacji, kiedy już od chwili zawarcia umowy oczywistym jest z uwagi na treść ogólnych zapisów o.w.u. , że osoba ubezpieczona nie otrzyma wypłaty świadczenia w razie zdarzenia ubezpieczeniowego. W przedmiotowej sprawie ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia w odrębnym dziale formułowały wyłączenie odpowiedzialności towarzystwa w sytuacji kiedy choroba nastąpi pośrednio lub bezpośrednio w wyniku określonych zdarzeń obciążających ubezpieczonego. W tej części o.w.u. nie został jednak umieszczony zapis, na który powołuje się strona pozwana, mimo ,iż on również dotyczy sytuacji kiedy nie zostanie wypłacone świadczenie na rzecz uposażonego. Zastrzeżenie dotyczące występującej choroby, na którą ubezpieczony zapadł przed datą objęcia ubezpieczeniem znalazło się w dziale dotyczącym wypłaty świadczeń, a nie wyłączenia odpowiedzialności towarzystwa. Takie umieszczenie wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela ma wpływ na brak czytelności i jasności ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dla osób, które z tego ubezpieczenia korzystają. Zapis par. 6 pkt. 4 o.w.u. jest zapisem wyjątkowo ogólnym. Wskazuje on ,iż świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wynika **pośrednio** lub **bezpośrednio** (a więc zawsze w każdej możliwej sytuacji) z **jakiegokolwiek** choroby (a więc każdej możliwej), na którą ubezpieczony zapadł przed datą objęciem ubezpieczeniem. Tym samym ubezpieczyciel przerzucił na ubezpieczonego obowiązek ustalenia czy jego choroba, którą ma zdiagnozowaną w dacie zawierania ubezpieczenia może w przyszłości pośrednio lub bezpośrednio skutkować zawałem mięśnia sercowego. Trudniejsza sytuacja jest w przypadku osób, u których choroba występuje w postaci utajonej, a jej konsekwencją będzie zdarzenie ubezpieczeniowe. Zatem każdy ubezpieczony, aby upewnić się co do możliwości uzyskania wypłaty świadczenia powinien był samodzielnie wykonać wszystkie badania, aby upewnić się czy w przyszłości zdarzenie ubezpieczeniowe nie będzie powiązane z jego stanem zdrowia sprzed zawarcia umowy. Tym samym ubezpieczyciel wbrew obowiązkowi ustawy o działalności ubezpieczeniowej zwolnił się od samodzielnego obowiązku badania ryzyka ubezpieczeniowego, przenosząc to ryzyko na osoby ubezpieczone.

W umowach ubezpieczenia osobowego nie ma formalnego zakazu wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, z uwagi na zachowanie ubezpieczonego określane przez pozwanego jako zachowanie na własne ryzyko, tym niemniej jednak takie wyłączenie powinno zostać dokonane w sposób wyraźny, jasny i precyzyjny, a jego zakres nie może być tak szeroki, aby ograniczał odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń do pewnego minimum, nie odpowiadającego celowi ubezpieczenia. Innymi słowy ocena prawna klauzul umownych wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego winna być dokonywana w granicach ich zgodności z naturą stosunku prawnego ubezpieczenia oraz kształtowania praw i obowiązków stron w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 grudnia 2011 r. VI ACa 855/2011 LexPolonica nr 3885395, www.waw.sa.gov.pl) D. obyczaje odpowiadają w zasadzie pojęciu zasad współżycia społecznego, a istotą dobrego obyczaju jest szeroko rozumiany szacunek dla drugiego człowieka. Sprzeczne z dobrymi obyczajami jest więc postępowanie mające na celu ukształtowanie stosunku prawnego z naruszeniem zasady równości stron, które rozumiane jest jako nieuczciwe, nierzetelne i sprzeczne z powszechnie akceptowanymi obyczajami, standardami działania.

Zgodnie z treścią art. 12 ust. 3 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie w sposób zrozumiały. Postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

W przedmiotowej sprawie w ocenie Sądu klauzula zawarta w par. 6 pkt. 4 o.w.u. była sprzeczna z celem zawartej umowy oraz sformułowana na tyle niejasno, że wykorzystywała brak wiedzy medycznej osób ubezpieczonych, nie nakładając na nich jednocześnie żadnego obowiązku wykonania badań medycznych, które mogłyby być pomocne przy ustaleniu potencjalnego zastosowania tej klauzuli do osoby ubezpieczonego. W efekcie pozwane Towarzystwo otrzymywało składki z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia mając świadomość, iż wypłata świadczeń z tytułu tej umowy będzie dotyczyła wyłącznie bardzo niewielkiej grupy osób ubezpieczonych. Jak wynika bowiem z opinii biegłego z zakresu kardiologii jedynie w przypadku 6 – 12 % populacji ogólnej pacjentów zawał mięśnia sercowego występuje nie w przebiegu choroby wieńcowej, ale z innych przyczyn niż miażdżyca tętnic wieńcowych. Poza tym te inne przyczyny mogą mieścić się w kategorii jakiegokolwiek innej choroby, która może stanowić przyczynę pośrednią zawału mięśnia sercowego. Zatem ograniczenie wypłaty świadczeń ulegnie dalszemu zwiększeniu. Tym samym ubezpieczenie dodatkowe zaproponowane przez ubezpieczyciela dawało możliwość wypłaty świadczenia w razie zdarzenia ubezpieczeniowego wyłącznie kilku procentom ubezpieczonych osób. Poza tym z opinii biegłego z zakresu kardiologii jednoznacznie wynika, iż choroba wieńcowa, czy choroba niedokrwienna serca nie jest chorobą nagłą i niespodziewaną. Jest to proces chorobowy długotrwały, narastający, a poza tym częściowo przebiega w sposób utajony. Tym samym zachorowanie na chorobę niedokrwienną serca nawet w sposób utajony i nie zdiagnozowany przed zawarciem ubezpieczenia wyłącza odpowiedzialność pozwanego towarzystwa w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Poza tym mając na uwadze treść opinii biegłego, z której wynika, iż w zasadzie 90% przypadków zawału mięśnia sercowego wynika z choroby wieńcowej czy niedokrwienną serca, zasadne byłoby zamieszczenie w treści ogólnych warunków ubezpieczenia właśnie tej choroby jako wyłączającej odpowiedzialność pozwanego towarzystwa w razie jej zdiagnozowania w przeszłości. Dawałoby to jasny przekaz do ubezpieczonych o celowości zawierania takiej umowy. Takie dane medyczne powinny być znane pozwanemu z uwagi na specyfikę zawieranej umowy i dosyć wąskie przyjęcie określonych zdarzeń ubezpieczeniowych.

W tym miejscu zgodzić należy się ze stanowiskiem strony powodowej, iż w przypadku gdyby przepisy ogólnych warunków ubezpieczenia w sposób jednoznaczny określały choroby, które wyłączają wypłatę świadczenia A. Z. (1) nie przystąpiłby do tego ubezpieczenia. Byłby bowiem świadomy, iż nie otrzymałby wypłaty świadczenia w razie kolejnego zawału mięśnia sercowego. Poza tym wskazać też należy na cel zawartej umowy. Z punktu widzenia męża powódki ubezpieczenie na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego było o tyle interesujące, iż wcześniej przebył już dwa zawały i w jego przypadku wystąpienie kolejnego zawału miało większe prawdopodobieństwo niż u osoby, która dotychczas żadnego zawału nie przeżyła. Tym samym cel umowy dla męża powódki był istotny z punktu widzenia jego stanu zdrowia. Ponieważ on wywiązał się z przyjętych na siebie obowiązków w postaci zapłaty należnej składki, od ubezpieczyciela można było oczekiwać przynajmniej jednoznacznych i precyzyjnych warunków ubezpieczenia.

Ubezpieczyciel jako profesjonalista oraz autor ogólnych warunków ubezpieczenia ma obowiązek sformułować je precyzyjnie i dlatego w razie niejasności czy wątpliwości co do poszczególnych postanowień tych warunków, należy je interpretować na korzyść ubezpieczającego; byłoby bowiem sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, by niekorzystne konsekwencje wadliwej i niedbałej redakcji tych postanowień obciążały ubezpieczających. Pogląd taki przyjmowany jest od dawna w judykaturze (tak wyrok SN z dnia 2 września 1998 r. III CKN 605/97 LexPolonica nr 405187 oraz wyroki SN z dnia 18 marca 2003 r. IV CKN 1858/2000 Monitor Prawniczy 2006/3 str. 149, i z dnia 31 marca 2000 r. II CKN 783/98 niepubl.)

Poza tym przepisy kodeksu cywilnego regulujące umowę ubezpieczenia ilekroć wyłączają lub ograniczają odpowiedzialność ubezpieczyciela na skutek zajścia okoliczności leżących po stronie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, wymagają aby okoliczności powyższe zwiększały prawdopodobieństwo wypadku ubezpieczeniowego i były wynikiem zwinionego ewentualnie noszącego znamiona rażącego niedbalstwa, zachowania się tych osób. (przepis art. 815 § 3 k.c., art. 832 § 1 k.c.) Przyjęcie wyłączenia odpowiedzialności przez pozwane towarzystwo w sytuacji kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe występuje bez jakiegokolwiek zwinienia, osoby ubezpieczającej czy choćby jej przyczynienia lub pośredniego wpływu na wystąpienie zdarzenia, narusza równowagę kontraktową pozwalając i tak silniejszej stronie stosunku zobowiązaniowego zwolnić się od obowiązku świadczenia. Takie postanowienie w ogólnych warunkach ubezpieczenia jak zawarte w treści par. 6 pkt 4 skutkuje rażącym naruszeniem interesu

osoby ubezpieczonej, ponieważ znacząco odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron, a na jego podstawie ubezpieczony może zostać całkowicie pozbawiony wypłaty świadczenia pomimo zaistnienia wypadku, o jakim mowa w umowie ubezpieczenia.

W ocenie Sądu w przedmiotowej sprawie sytuacja taka miał miejsce. Zasadnym zatem uznać należy żądanie powódki o wypłatę świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia. Nie można bowiem w świetle powyższego uznać za wiążące postanowień par. 6 pkt 4 o.w.u. jako rażąco naruszających interesy ubezpieczonego.

Kwota świadczenia wynikająca z zawartej umowy ubezpieczenia nie była sprzeczna pomiędzy stronami. Zgodnie z treścią art. 817 par. 1 k.c. ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Jak wynika z dokumentacji zawartej w aktach szkody zgłoszenie żądania wypłaty świadczenia miało miejsce w dniu 22 listopada 2011 r. Tym samym bieg odsetek od uwzględnionej kwoty rozpoczął się w dniu 23.12.2011 r. Żądanie zasądzenia odsetek od dnia 28.11.2011 r jako nieuzasadnione Sąd oddalił.

Mając na uwadze powyższe Sąd orzekł jak w wyroku. Z uwagi na uwzględnienie żądania powódki praktycznie w całości Sąd na mocy art. 98 par. 1 i 3 k.p.c. zasądził od pozwanego na rzecz powódki zwrot poniesionych kosztów sądowych wraz z kosztami zastępstwa procesowego zgodnie z par. 6 pkt. 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu. Jednocześnie Sąd obciążył pozwanego obowiązkiem zapłaty na rzecz Skarbu Państwa nieuiszczonych kosztów sądowych.