

Sygn. akt VIII C 20/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 kwietnia 2018 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi VIII Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia SR Anna Bielecka-Gąszcz

Protokolant: st. sekr. sąd. Anna Zuchora

po rozpoznaniu w dniu 6 kwietnia 2018 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa J. M. (1)

przeciwko (...) Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę 30.000 zł

1. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 30.000 zł (trzydzieści tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 sierpnia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;
3. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.667 zł (trzy tysiące sześćset sześćdziesiąt siedem złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;
4. nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi kwotę 1.450 zł (jeden tysiąc czterysta pięćdziesiąt złotych) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sygn. akt VIII C 20/17

UZASADNIENIE

W dniu 30 grudnia 2016 roku powód J. M. (1), reprezentowany przez pełnomocnika będącego adwokatem, wytoczył przeciwko pozwanemu (...) Spółce Akcyjnej w W. powództwo o zasądzenie kwoty 1.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 14 sierpnia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, tytułem części roszczenia, a także wniósł o zasądzenie zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pełnomocnik wskazał, że żona powoda H. M. była objęta umową Grupowego (...) dla małych i średnich firm zawartą pomiędzy jej pracodawcą – ubezpieczającym Biurem (...) w Ł. a pozwanym. Ochrona ubezpieczeniowa obowiązywała od dnia 1 lipca 2013 roku, zaś suma ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonej została w umowie ustalona na kwotę 30.000 zł. W dniu 7 lipca 2015 roku żona powoda zmarła z powodu niewydolności serca, wywołanej nowotworem złośliwym. W dniu 14 lipca 2015 roku ubezpieczający zgłosił szkodę pozwanemu, który decyzją z dnia 21 sierpnia 2015 roku odmówił wypłaty świadczenia uznając, że H. M. przystępując do umowy ubezpieczenia podała nieprawdziwe informacje oświadczając, iż jej stan zdrowia nie wymagał regularnego nadzoru

lekarskiego, ani regularnego leczenia za wyjątkiem profilaktyki zdrowotnej. W ocenie pozwanego ubezpieczona chorowała i była leczona z powodu nowotworu złośliwego piersi, co zostało jednak zatajone. Powód nie zgadza się z powyższą oceną. Wprawdzie w dokumentacji lekarskiej H. M. z 2011 roku wpisano, jako rozpoznanie, przerzuty nowotworowe, to było to podyktowane wyłącznie chęcią pełnego zdiagnozowania jej w szpitalu. W owym czasie żona powoda uskarżała się bowiem na bóle kości biodrowej, co biorąc pod uwagę jej historię onkologiczną, wywołało u niej podejrzenie pojawienia się przerzutów. W trakcie hospitalizacji podejrzenia te nie potwierdziły się, wyniki badań wykluczyły zmiany typu meta, a u pacjentki rozpoznano wyłącznie złamanie kolca biodrowego górnego. Żona powoda została wypisana ze szpitala w stanie dobrym, z zaleceniem kontynuowania leczenia w poradni ortopedycznej. Z kolei wpis w dokumentacji medycznej Szpitala im. (...) w Ł., iż H. M. przeszła w marcu 2013 roku radioterapię, był nieprawdziwy, w rzeczywistości bowiem zabiegom takim żona powoda poddała się dopiero w październiku 2013 roku, a więc już po przystąpieniu do ubezpieczenia. **(pozew k. 6-9)**

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Spółka Akcyjna w W., reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany podniósł, że analiza dokumentacji medycznej żony powoda daje podstawę do wniosku, iż miała ona świadomość występujących u niej dolegliwości zdrowotnych oraz konieczności regularnego leczenia i nadzoru lekarskiego, o czym jednak nie poinformowała pozwanego w chwili przystępowania do umowy ubezpieczenia. Tym samym, wobec ziszczenia się przesłanek z art. XIII ust. 7 pkt 1 OWU i art. 834 k.c., po stronie pozwanego powstało uprawnienie do odmowy wypłaty świadczenia. **(odpowiedź na pozew k. 22-24)**

W dalszym toku postępowania pełnomocnicy stron podtrzymali dotychczasowe stanowiska w sprawie. Na rozprawie w dniu 17 listopada 2017 roku pełnomocnik powoda rozszerzył powództwo do kwoty 30.000 zł, wnosząc o jej zasądzenie z ustawowymi odsetkami od dnia 15 sierpnia 2015 roku do dnia zapłaty. **(pismo procesowe powoda k. 56-57, k. 96-97, protokół rozprawy k. 98-111, k. 128-129, k. 339-341, pismo procesowe pozwanego k. 115-116)**

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Na mocy umowy grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm zawartej przez Biuro (...) w Ł. z pozwanym (...) Spółką Akcyjną w W., z dniem 1 lipca 2013 roku żona powoda H. M., jako pracownik ubezpieczającego, została objęta ochroną ubezpieczeniową. Z tytułu śmierci ubezpieczonej uposażonemu – powodowi J. M. (1), przysługiwało świadczenie w wysokości 30.000 zł. **(zeznania świadka E. L. 00:41:54-01:27:58 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 17 listopada 2017 roku, polisa k. 32-32v, okoliczności bezsporne)**

Umowa, o której mowa, została zawarta w obecności agenta pozwanego E. G., H. M. i jej pracodawcy – E. L., która również przystąpiła do ubezpieczenia. Każda osoba przystępująca do grupowego ubezpieczenia otrzymała do wypełnienia deklarację, w treści której znalazło się oświadczenie, iż nie jest inwalidą i nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy nie miała przerwy w pracy spowodowanej chorobą lub wypadkiem dłuższej niż 30 kolejnych dni oraz, że z uwagi na stan zdrowia nie zalecono jej regularnego leczenia lub nadzoru lekarskiego za wyjątkiem profilaktyki. Z uwagi na fakt, iż w 2000 roku żona powoda chorowała na nowotwór piersi, w wyniku którego przeprowadzono u niej mastektomię piersi, poinformowała ona o tym agenta ubezpieczeniowego. Wówczas E. G. zapytała H. M., czy jej obecny stan zdrowia pozwala na złożenie podpisu pod przedmiotowym oświadczeniem, na co otrzymała odpowiedź twierdzącą, żona powoda uważała się bowiem za osobę w pełni zdrową. Podczas opisanej rozmowy agent ubezpieczeniowy nie kontaktował się z pozwanym, nie żądał od rozmówczyni przedstawienia dokumentacji medycznej, nie podjął decyzji o skierowaniu jej na badania, nie dał również do wypełnienia innego formularza. Decyzja o objęciu H. M. ubezpieczeniem została przez agenta podjęta wyłącznie w oparciu o treść złożonego przez nią oświadczenia o stanie zdrowia.

W związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia u pozwanego, H. M. w dniu 30 czerwca 2013 roku zrezygnowała z umowy ubezpieczenia łączącej ją z (...) S.A., która to umowa obowiązywała od dnia 1 kwietnia 2000 roku.

W myśl Ogólnych Warunków Grupowego (...) dla Małych i Średnich Firm (OWU), warunkiem niezbędnym do zawarcia umowy ubezpieczenia było złożenie kompletnie i poprawnie wypełnionych dokumentów. Do umowy ubezpieczenia mogła przystąpić osoba spełniająca warunki wymienione w art. V ust. 1 OWU, do których należało m.in. przejście pozytywnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Pozwany zastrzegł sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania dokumentów dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego i kierowania go na badania medyczne. Na podstawie zebranych dokumentów pozwany mógł nie wyrazić zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby zgłoszonej do umowy ubezpieczenia. Jeżeli po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego pozwany wyrażał zgodę na objęcie ochroną ubezpieczonego, decyzja ta była skuteczna z dniem najbliższego terminu należności składki następującego po dacie wydania decyzji. Pozwane Towarzystwo (...) miało prawo odmowy przyznania świadczenia, jeżeli ubezpieczony lub ubezpieczający podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Towarzystwo pytało we wniosku albo innych formularzach czy pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub przystąpieniem ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, jeżeli okoliczności te lub informacje mogły mieć wpływ na zwiększenie się ryzyka ubezpieczeniowego. W powyższej sytuacji, prawo odmowy przyznania świadczenia wygasło, jeżeli do zdarzenia doszło po upływie trzech lat od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do ubezpieczonego. **(zeznania świadka E. L. 00:41:54-01:27:58 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 17 listopada 2017 roku, zeznania świadka E. G. 01:30:51-01:47:48 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 17 listopada 2017 roku, OWU k. 33-44, karta umowy k. 94-95v, okoliczności bezsporne)**

Złożone przez H. M. oświadczenie o stanie zdrowia odpowiadało jej stanowi wiedzy. Wprawdzie żona powoda od 2000 roku była leczona na chorobę nowotworową piersi, a w trakcie leczenia wykonano u niej zabieg mastektomii piersi oraz zastosowano hormonoterapię, to jednak leczenie to zostało zakończone w styczniu 2006 roku, a chora została uznana za osobę zdrową. Przez następne lata u ubezpieczonej nie doszło do nawrotu choroby nowotworowej, nie chorowała ona przewlekłe z innej przyczyny, nie była objęta stałą kontrolą lekarską.

Jesienią 2011 roku H. M. zaczęła odczuwać dolegliwości bólowe biodra, co w kontekście przebytej przez nią choroby nowotworowej, zrodziło u niej obawę, iż zaobserwowane symptomy mogą być wynikiem przerzutów nowotworu. Żona powoda skontaktowała się wówczas ze znajomym lekarzem ortopedą, który zaproponował jej przeprowadzenie kompleksowych badań w Wojewódzkim Szpitalu (...) w R., w którym był ordynatorem, co wiązało się jednak z koniecznością hospitalizacji. H. M. wyraziła zgodę na powyższe. Celem uzasadnienia decyzji o hospitalizacji pacjenta z Ł., w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego, jako rozpoznanie wpisano najbardziej pesymistyczna diagnozę - przerzut raka piersi do kości miednicy. Po przyjęciu do szpitala w dniu 15 grudnia 2011 roku u H. M. wdrożono leczenie zachowawcze. Przeprowadzone badanie TK wykazało patologiczne złamanie w przedniej części talerza lewej kości biodrowej z podejrzeniem stanu zapalnego stawów krzyżowo-biodrowych (sacroilitis). W związku ze zbliżającymi się świętami, w dniu 20 grudnia 2011 roku pacjentka została wypisana do domu w stanie dobrym z zaleceniem leczenia chemioterapią po wykonaniu biopsji chirurgicznej. H. M. wróciła do szpitala w dniu 20 lutego 2012 roku. W wyniku przeprowadzonej diagnostyki wykluczono u niej zmiany typu meta. Ostatecznie u H. M. rozpoznano złamanie kolca biodrowego przedniego górnego. Żona powoda została wypisana ze szpitala w dniu 23 lutego 2012 roku z zaleceniem kontroli w poradni ortopedycznej.

W okresie od dnia 24 lutego 2012 roku do dnia 1 lipca 2013 roku H. M. świadczyła pracę w wymaganej ilości godzin i nie przebywała na zwolnieniu lekarskim.

W okresie objętym spornym oświadczeniem o stanie zdrowia żona powoda nie chorowała przewlekłe, nie zalecono jej regularnego leczenia lub nadzoru lekarskiego. H. M. czuła się dobrze, sprawiała wrażenie osoby całkowicie zdrowej, była aktywna fizycznie, wykonywała prace w ogrodzie, a także inne wymagające wysiłku fizycznego. Na przełomie kwietnia i maja 2013 roku żona powoda wraz z córką i jej chłopakiem pojechała na wycieczkę do A., bez problemu zniosła trudy podróży samochodem, nocowanie na polu namiotowym, a także intensywne zwiedzanie. H. M. poddawała się okresowo badaniom mammografii i cytologii, które nigdy nie wykazały nawrotu choroby nowotworowej. **(dowód z przesłuchania powoda 02:09:33-02:23:55 protokołu**

elektronicznego rozprawy z dnia 17 listopada 2017 roku, zeznania świadka S. M. 00:26:22-00:39:43 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 17 listopada 2017 roku, zeznania świadka E. L. 00:41:54-01:27:58 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 17 listopada 2017 roku, zeznania świadka J. M. (2) 01:48:37-01:53:40 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 17 listopada 2017 roku, zaświadczenie k. 80, karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 81-81v., k. 309-310, k. 312-313, wynik badania histopatologicznego k. 307, karta informacyjna k. 308, wynik badania radiologicznego k. 311)

Wpis w karcie informacyjnej z dnia 21 maja 2015 roku wystawionej przez Wojewódzkie Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł. dokonany w rubryce „rozpoznanie końcowe opisowe” o treści „Stan po RT na obszar kości krzyżowej, kości miednicy po stronie lewej, kości kulszowej i łonowej po stronie prawej – III.2013” zawierał błędnie wpisany miesiąc terapii, która w istocie została przeprowadzona w dniu 26 października 2013 roku. **(pismo k. 136, k. 336)**

W dniu 5 października 2013 roku H. M. została przyjęta na Oddział Onkologii Wojewódzkiego Szpitala (...) w R. z rozpoznaniem choroby nowotworowej (wtórny nowotwór złośliwy kości i szpiku kostnego) i osteolizy kości miednicy. Po wprowadzeniu leczenia przeciwbólowego chora została zakwalifikowana do paliatywnego napromieniania kości i przewieziona transportem sanitarnym do zakładu (...) w W.. Na przestrzeni kolejnych miesięcy H. M. została poddana leczeniu przeciwnowotworowemu. **(dowód z przesłuchania powoda 02:09:33-02:23:55 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 17 listopada 2017 roku, zeznania świadka E. L. 00:41:54-01:27:58 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 17 listopada 2017 roku, zeznania świadka J. M. (2) 01:48:37-01:53:40 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 17 listopada 2017 roku, dokumentacja medyczna k. 82-84, karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 85-85v., k. 86-86v, k. 87, dokumentacja medyczna k. 137-197, k. 200-242, k. 247-306, k. 315-328)**

W dniu 7 lipca 2015 roku H. M. zmarła z powodu niewydolności serca, wywołanej chorobą nowotworową (przyczyna wtórna). **(karta informacyjna k. 198-199, okoliczności bezsporne)**

W dniu 15 lipca 2015 roku powód, za pośrednictwem ubezpieczającego, zgłosił szkodę pozwanemu. Decyzją z dnia 21 sierpnia 2015 roku pozwany odmówił wypłaty odszkodowania uzasadniając swoje stanowisko działaniem H. M., która przystępując do ubezpieczenia zataiła fakt chorowania na nowotwór. **(z akt szkody: zgłoszenie szkody, decyzja; okoliczności bezsporne)**

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił bądź jako bezsporny, bądź na podstawie powołanych wyżej dowodów, w tym dowodów z dokumentacji medycznej, przesłuchania powoda oraz zeznań świadków.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo, w kształcie po modyfikacji dokonanej na rozprawie w dniu 17 listopada 2017 roku, było zasadne w całości w zakresie należności głównej i w przeważającej części w zakresie roszczenia odsetkowego.

Powód wywiódł swoje roszczenie z zawartej przez H. M. z pozwanym umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

Przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie zakładu ubezpieczeń 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 – art. 805 § 1 i 2 k.c.

W realiach niniejszej sprawy, w ramach zawartej przez pozwanego z H. M. umowy ubezpieczenia, zakresem ubezpieczenia zostało objęte życie i zdrowie żony powoda. Między stronami niesporne było, że w dniu 7 lipca 2015 roku H. M. zmarła z powodu niewydolności serca, wywołanej przyczyną wtórną – chorobą nowotworową, a także, iż w dacie

omawianego zdarzenia, żona powoda była objęta wskazanym wyżej ubezpieczeniem. Spór między stronami dotyczył ustalenia, czy powód, jako uposażony, mógł domagać się wypłaty należnego mu z tytułu śmierci żony świadczenia. Pozwany kwestionując powyższe uprawnienie powoda podnosił, iż ubezpieczona przystępując do przedmiotowej umowy zataiła fakt chorowania na chorobę nowotworową, w szczególności rozpoznanie u niej w 2011 roku nawrotu choroby oraz poddanie się radioterapii w marcu 2013 roku. Pełnomocnik pozwanego podnosił ponadto, iż z uwagi na stan zdrowia żony powódki, który nie był idealny, nosił cechy niepewności, musiała ona mieć świadomość, iż winna być objęta szerszą profilaktyką, wręcz z pogranicza stałego nadzoru lekarskiego. Jednocześnie H. M. winna z daleko posuniętą ostrożnością składać oświadczenia o swoim stanie zdrowia.

Odnosząc się do przedstawionej wyżej argumentacji strony pozwanej Sąd uznał, iż jest ona bezzasadna. Rozważania w tym zakresie rozpocząć należy od przypomnienia, że w myśl treści przepisu art. 6 k.c., ciężar udowodnienia twierdzenia faktycznego spoczywa na tej stronie, która z tego twierdzenia wywodzi skutki prawne. Reguła ta znajduje również swój procesowy odpowiednik w treści art. 232 k.p.c., w świetle którego to strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. W niniejszej sprawie to zatem pozwany winien wykazać, że składając oświadczenie o stanie zdrowia H. M. zataiła fakt chorowania na nowotwór, jeśli z powyższego pozwany chciał wywodzić korzystne dla siebie skutki prawne i zwolnić się od odpowiedzialności za szkodę. W ocenie Sądu powinności tej pozwany nie sprostował. Odnosząc się do zarzutów pozwanego w pierwszej kolejności wyjaśnić należy kwestię związaną z dokumentacją medyczną ubezpieczonej, która zdaniem pozwanego, wskazywała na fakt chorowania ubezpieczonej na nowotwór w czasie bezpośrednio poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia. Nie powielając poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych przypomnienia wymaga, że wprawdzie w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 20 grudnia 2011 roku wpisano, jako rozpoznanie, przerzut raka piersi do kości miednicy, to ów zapis nie oznaczał jeszcze, że taka diagnoza była właściwa. H. M. w czasie poprzedzającym hospitalizację w dniach 15-20 grudnia 2011 roku, zgłosiła się do swojego lekarza z uwagi na dolegliwości bólowe biodra. Obawiając się nawrotu choroby nowotworowej, lekarz zaproponował pacjentce przeprowadzenie kompleksowych badań w warunkach szpitalnych, a jednocześnie, w celu uzasadnienia hospitalizacji wpisał jako rozpoznanie najbardziej złowrogą diagnozę, tj. przerzut raka. Przeprowadzone badania oraz diagnostyka wykluczyły jednak występowanie w organizmie H. M. zmian typu meta, które mogłyby świadczyć o nawrocie choroby i ostatecznie stwierdzono u pacjentki wyłącznie złamanie kolca biodrowego przedniego górnego. Wyrażnego zaznaczenia wymaga, że żona powoda została wypisana ze szpitala po zaledwie 5 dniach (z uwagi na zbliżające się święta), w stanie dobrym, bez żadnych zaleceń podjęcia niezwłocznego leczenia przeciwnowotworowego, czy też skierowania do poradni onkologicznej. H. M. nie została również skierowana na specjalistyczne badania (wykonano u niej wyłącznie badanie TK), nie przeprowadzono u niej również zabiegów chemioterapii, czy też radioterapii. Innymi słowy podjęte leczenie, mające charakter zachowawczy, co wprost wynika z zapisów w karcie informacyjnej, nie było prowadzone w kierunku leczenia nowotworu. H. M. pojawiła się ponownie w szpitalu w R. w dniach 20-23 lutego 2012 roku i wówczas postawiono już właściwą diagnozę, tj. złamanie kolca biodrowego. Pacjentka została wypisana do domu z zaleceniem kontynuowania leczenia w poradni ortopedycznej. W ocenie Sądu w świetle przytoczonych wyżej okoliczności brak jest podstaw do choćby supozycji, iż w okresie grudzień 2011 roku – luty 2012 roku, żona powódki była hospitalizowana z powodu nawrotu choroby nowotworowej. Poza zapisem w karcie informacyjnej z dnia 20 grudnia 2011 roku i obawami żony powódki, co do swojego stanu zdrowia, brak jest jakichkolwiek przesłanek, które by świadczyły o nawrocie choroby. Jeszcze raz wyraźnego zaznaczenia wymaga, iż dokumentacja medyczna H. M. z omawianego okresu nie wskazuje, aby u ubezpieczonej były przeprowadzane zabiegi radio, czy też chemioterapii, by przyjmowała ona leki stosowane przy leczeniu nowotworu, by była konsultowana w poradni onkologicznej. Oczywiście żona powoda była badana pod kątem nawrotu choroby nowotworowej, jednak ostatecznie na podstawie otrzymanych wyników wykluczono w jej organizmie zmiany typu meta, co jednoznacznie wynika z karty informacyjnej z dnia 23 lutego 2012 roku. Sąd nie przesądza w tym miejscu tego, czy w tej dacie H. M. była w pełni zdrowa, nie ocenia również trafności postawionej ostatecznie diagnozy. W realiach niniejszej sprawy brak jest możliwości ustalenia, czy już na przełomie 2011 i 2012 roku w organizmie ubezpieczonej nie dochodziło do zmian, które ostatecznie doprowadziły do nawrotu choroby nowotworowej, przerzutów raka do innych narządów, a ostatecznie do jej śmierci. Nie to jest jednak istotą przedmiotowej sprawy. Relevantnym z punktu widzenia jej rozstrzygnięcia jest bowiem wyłącznie to, czy składając

sporne oświadczenie H. M. miała świadomość, iż odpowiada ona prawdzie, czy też intencjonalnie zataiła ona pewne okoliczności związane ze swoim stanem zdrowia.

Przechodząc do drugiego zarzutu pozwanego, dotyczącego wpisu w dokumentacji medycznej żony powoda, odnośnie odbycia przez nią w marcu 2013 roku zabiegów radioterapii, powtórzenia wymaga, że wpis ten był wynikiem omyłki autora go dokonującego. Z informacji przesłanej przez Wojewódzkie Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł. z dnia 7 marca 2018 roku (k. 136) oraz z dnia 18 marca 2018 roku (k. 336) jednoznacznie wynika, że H. M. została poddana zabiegowi radioterapii w dniu 26 października 2013 roku, nie zaś w marcu 2013 roku, jak zostało odnotowane w treści kart informacyjnych z dnia 21 maja 2015 roku i 8 lipca 2015 roku. W przesłanych informacjach wskazano również, że brak jest jakichkolwiek danych świadczących o przeprowadzeniu u ubezpieczonej radioterapii w marcu 2013 roku. Wskazać wreszcie należy, że osoby najbliższe dla ubezpieczonej, tj. mąż, córka, E. L. i S. M., w sposób kategoriyczny wykluczyły, aby H. M. w marcu 2013 roku odbywała jakiegokolwiek leczenie przeciwnowotworowe. Osoby te nie zauważyły u ubezpieczonej jakichkolwiek symptomów nawrotu choroby, żona powoda w owym czasie wyglądała na zdrową, normalnie funkcjonowała, nie przebywała na zwolnieniach lekarskich, chodziła do pracy, jeździła na zagraniczne wycieczki. Nie może przy tym budzić wątpliwości, że najbliżsi członkowie rodziny H. M. musieliby zauważyć, gdyby ubezpieczona poddała się zabiegom radioterapii, zwłaszcza, że jak wynika z przebiegu późniejszego leczenia tego typu wdrożonego od października 2013 roku, źle znosiła ona przedmiotowe zabiegi. Reasumując Sąd doszedł do wniosku, iż sporny zapis, na który powołuje się pozwany celem uniknięcia odpowiedzialności za szkodę, był wynikiem wyłącznie omyłki pisarskiej.

Podsumowując dotychczasową część rozważań Sąd uznał, iż w aktach sprawy brak jest dokumentacji medycznej, która dawałaby podstawę do wniosku, że H. M. po przebyciu choroby nowotworowej w latach 2000-2006, do czasu składania spornego oświadczenia o swoim stanie zdrowia, leczyła się na jakąkolwiek przewlekłą chorobę. Oczywiście okoliczność ta sama w sobie nie kwalifikuje oświadczenia ubezpieczonej, jako odpowiadającego prawdzie. O czym była już mowa, dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy istotnym jest nie to, czy w dacie składania oświadczenia H. M. była osobą zdrową, a jedynie, czy miała świadomość bycia taką osobą. Innymi słowy to nie obiektywny stan zdrowia ubezpieczonej, a jej subiektywne przekonanie o swoim stanie zdrowia (a więc stan wiedzy w tym zakresie) determinowały prawdziwość składanego przez nią oświadczenia. Przypomnienia wymaga, że przystępując do ubezpieczenia H. M. oświadczyła, że iż nie jest inwalidą i nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy nie miała przerwy w pracy spowodowanej chorobą lub wypadkiem dłuższej niż 30 kolejnych dni oraz, że z uwagi na stan zdrowia nie zalecono jej regularnego leczenia lub nadzoru lekarskiego za wyjątkiem profilaktyki. Jednocześnie żona powoda poinformowała agenta ubezpieczeniowego, że w 2000 roku zachorowała na nowotwór piersi, pytając, czy ta okoliczność winna mieć wpływ na treść składanego oświadczenia. Nie powielając ustaleń faktycznych wskazać należy, że E. G. spytała wówczas rozmówczynię, czy jest zdrowa (co oczywiście należy rozumieć jako pytanie, czy jest zdrowa wedle posiadanego stanu wiedzy, nie zaś w kategoriach absolutnych), na co otrzymała odpowiedź twierdzącą. W ocenie Sądu wiarygodność tak udzielonej odpowiedzi nie została przez pozwanego podważona. Jak ustalono, H. M. w czasie składania spornego oświadczenia, nie przebywała na zwolnieniu lekarskim (ostatnia przerwa w pracy wywołana chorobą nastąpiła w lutym 2012 roku, a więc nie była objęta oświadczeniem), nie była także objęta regularnym leczeniem oraz nadzorem lekarskim. Jedyne badania, jakim poddawała się żona powoda, to badania mammografii i cytologii, a więc badania nie tylko o charakterze profilaktycznym, ale nadto badania, którym H. M. z uwagi na swój wiek winna się systematycznie poddawać niezależnie od tego, że w przeszłości chorowała na nowotwór piersi. W dalszej kolejności powtórzenia wymaga, że leczenie nowotworu piersi żona powoda zakończyła w styczniu 2006 roku z diagnozą „zdrowa”, z kolei badania, którym ubezpieczona poddała się w okresie grudzień 2011 roku – luty 2012 roku, wykluczyły u niej nawrót choroby nowotworowej (brak zmian typu meta). Jeśli dodać do powyższych okoliczność dobre samopoczucie H. M., która poza tym jednym przypadkiem, gdy zgłaszała dolegliwości bólowe biodra, nie cierpiała na żadne schorzenia, regularnie świadczyła pracę, prowadziła normalny tryb życia, była osobą aktywną fizycznie, podróżującą, za zasadny uznać należy wniosek, iż podczas składania spornego oświadczenia mogła się ona czuć osobą zdrową. Skoro zaś to stan wiedzy ubezpieczonego determinował prawdziwość składanego przez niego oświadczenia, oświadczenie H. M. uznać należy za odpowiadające prawdzie. Godzi się w tym miejscu przypomnieć, że pozwany miał możliwość dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego,

żądania przedstawienia dokumentacji medycznej, czy też skierowania osoby chcącej przystąpić do ubezpieczenia na badanie lekarskie. Pozwany, pomimo otrzymania przez agenta ubezpieczeniowego informacji o przebytej przez żonę powoda w przeszłości chorobie nowotworowej, zaniechał jednak dokonania szerszej weryfikacji składanego przez nią oświadczenia i objął H. M. ochroną ubezpieczeniową. Zaznaczenia wymaga również, iż całkowicie bezpodstawne są twierdzenia pełnomocnika pozwanego, jakoby żona powoda, z uwagi na epizod nowotworowy z przeszłości i swój stan zdrowia, który nie był idealny, nosił cechy niepewności, musiała mieć świadomość, iż winna być objęta szerszą profilaktyką, wręcz z pogranicza stałego nadzoru lekarskiego. Pomijając sam fakt, iż pozwany nie wyjaśnił, co rozumie przez idealny stan zdrowia, zwłaszcza w kontekście wieku H. M. w dacie zawierania umowy ubezpieczenia (62 lata), twierdzenia pozwanego są całkowicie nieuprawnione i nie znajdują medycznego uzasadnienia. W aktach sprawy brak jest dokumentacji medycznej, która wskazywałaby na konieczność objęcia H. M. stałym nadzorem lekarskim, sama zaś okoliczność, iż żona powoda w przeszłości chorowała na nowotwór nie oznacza, iż jej stan zdrowia był niepewny, przy czym i w tym przypadku pełnomocnik pozwanego nie wyjaśnił, w jaki sposób rozumieć ową niepewność. H. M. uporała się z chorobą nowotworową, z medycznego punktu widzenia została uznana za osobę zdrową, tak też sama się czuła i była postrzegana przez bliskie jej osoby, co czyni zarzuty pełnomocnika pozwanego chybionymi. Powtórzenia wymaga, że to pozwany był obowiązany wykazać, iż H. M. zataiła informacje na temat swojego zdrowia, przy czym chodzi tu wyłącznie o stan wiedzy ubezpieczonej w powyższym zakresie. Obowiązki temu pozwany nie zdołał sprostać. Żona powoda złożyła sporne oświadczenie zgodnie z posiadanym stanem wiedzy, informując przy tym agenta ubezpieczeniowej o przebytej chorobie nowotworowej. Pomimo uzyskania takiej informacji pozwany nie wdrożył jednak żadnych działań mających na celu ocenę ryzyka ubezpieczeniowego związanego z przystąpieniem H. M. do ubezpieczenia, w szczególności nie zażądał od niej przedłożenia dokumentacji medycznej, nie skierował jej również na badania. Na koniec godzi się przypomnieć, że przystępując do przedmiotowego ubezpieczenia H. M. zrezygnowała z wieloletniego ubezpieczenia na życie, które posiadała w (...) S.A., które już choćby przez pryzmat treści art. 834 k.c., gwarantowało wypłatę uposażonemu świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonej, niezależnie od jej przyczyn. Takie działanie, a więc rezygnacja z gwarantowanego świadczenia wypłacanego na wypadek śmierci, przy przyjęciu koncepcji pozwanego na temat wiarygodności złożonego przez H. M. oświadczenia, nie znajdowałoby żadnego racjonalnego uzasadnienia.

Mając powyższe na uwadze Sąd uznał, iż w sprawie nie ziszcili się przesłanki, o których mowa w art. XIII ust. 7 pkt 1 OWU, uprawniające pozwanego do odmowy przyznania świadczenia. Jednocześnie wysokość tego ostatniego nie była w sprawie sporna i wynikała z polisy ubezpieczeniowej.

Mając powyższe na względzie Sąd uznał, że powodowi z tytułu śmierci żony przysługiwało świadczenie w wysokości 30.000 zł. W ramach postępowania likwidacyjnego pozwany nie wypłacił uposażonemu żadnej sumy pieniężnej, a zatem powyższa kwota podlegała zasądzeniu od pozwanego na rzecz powoda w całości.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie przepisu art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociaż by opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe (począwszy od dnia 1 stycznia 2016 roku odsetki ustawowe za opóźnienie). Natomiast zgodnie z treścią przepisu art. 817 k.c. zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku, gdyby jednak wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

W niniejszej sprawie roszczenie zostało zgłoszone w dniu 15 lipca 2015 roku, a zatem powód był uprawniony do żądania odsetek od należnego mu świadczenia począwszy od dnia 15 sierpnia 2015 roku. Dalej idące żądanie podlegało oddaleniu.

O kosztach procesu orzeczono w oparciu o treść art. 98 k.p.c.

Strona powodowa wygrała sprawę w zasadzie w całości (powód uległ wyłącznie w niewielkiej części żądania odsetkowego), a zatem należy się jej od pozwanego zwrot kosztów procesu w pełnej wysokości (art. 98 § 3 k.p.c.).

Na koszty procesu poniesione przez powoda złożyły się: uiszczona opłata od pozwu w kwocie 50 zł, koszty zastępstwa procesowego w kwocie 3.600 zł (§ 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie, t.j. Dz.U. 2015, poz. 1800) oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

Mając na uwadze powyższe, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.667 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Zgodnie z przepisem art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w związku z art. 98 k.p.c. Sąd nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi od pozwanego kwotę 1.450 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od rozszerzonej części powództwa.

Z tych względów, orzeczono jak w sentencji.