

Sygn. akt VIII C 319/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 stycznia 2023 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi VIII Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Asesor sądowy Justyna Stelmach

Protokolant: stażysta Justyna Osiewała-Wawrowska

po rozpoznaniu w dniu 20 grudnia 2022 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa I. W.

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

o zapłatę

- zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 11.400 zł (jedenaście tysięcy czterysta złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 17 lutego 2022 roku do dnia zapłaty;
- zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 4.367 zł (cztery tysiące trzysta sześćdziesiąt siedem złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty.

Sygn. akt VIII C 319/22

UZASADNIENIE

W dniu 26 kwietnia 2022 roku powódka I. W., reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika, wytoczyła przeciwko pozwanemu (...) S.A. z siedzibą w W. powództwo o zapłatę kwoty 11.400 zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 17 lutego 2022 roku do dnia zapłaty. Ponadto wniosła o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów procesu. W uzasadnieniu pełnomocnik wyjaśnił, iż w dniu 1 kwietnia 2015 roku strony zawarły umowę ubezpieczenia (...) obejmującą m.in. świadczenie z tytułu niezdolności do pracy. We wniosku o ubezpieczenie powódka podała, że nie choruje przewlekle i w okresie 10 lat nie występowały u niej choroby przewlekle lub dolegliwości zdrowotne. Następnie strony zawarły umowę indywidualnego (...) potwierdzoną polisą nr (...), z początkiem ubezpieczenia datowanym na dzień 1 lipca 2021 roku. Umowa obejmowała m.in. świadczenie z tytułu niezdolności do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku, a wysokość świadczenia dziennego ustalono na kwotę 150 zł. W okresie od dnia 14 listopada 2021 roku do dnia 14 lutego 2022 roku I. W. przebywała na zwolnieniu lekarskim, przy czym zwolnienie do dnia 30 listopada 2021 roku zostało wystawione z powodu dolegliwości bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa, natomiast zwolnienie od dnia 1 grudnia 2021 roku z powodu skoków ciśnienia. Jednocześnie w latach 2014, 2018, 2019 oraz w marcu 2021 roku powódka zgłaszała lekarzowi rodzinnemu i leczyła się na dolegliwości bólowe kręgosłupa szyjnego, dodatkowo w lipcu 2011 roku w czasie wizyty lekarskiej odnotowano kołatanie serca. W związku z przebywaniem na zwolnieniu lekarskim powódka zgłosiła roszczenie pozwanemu, który decyzją z dnia 17 lutego 2022 roku odmówił wypłaty odszkodowania. W uzasadnieniu swojego stanowiska wskazał, że powódka w momencie składania

wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podała nieprawdziwe informacje zaprzeczając istnieniu wymienionym w trakcie ankiety medycznej dolegliwościom zdrowotnym, a zgłoszone zdarzenie w postaci czasowej niezdolności do pracy wystąpiło w związku przyczynowo-skutkowym z istniejącymi przed dniem podpisania deklaracji zgody dolegliwościami kardiologicznymi oraz bólowymi odcinka szyjnego kręgosłupa. Pomimo wniesienia odwołania ubezpieczyciel podtrzymał swoje stanowisko. W dalszej kolejności pełnomocnik podniósł, że powódka nie dochodzi roszczenia za okres przebywania na zwolnieniu lekarskim do dnia 30 listopada 2021 roku, albowiem wcześniej zgłaszała lekarzowi dolegliwości w obrębie kręgosłupa, wobec czego z tego tytułu nie należy się jej świadczenie. Odmienna sytuacja zachodzi natomiast w odniesieniu do problemów kardiologicznych, albowiem jednorazowy wpis w dokumentacji medycznej dokonany w 2011 roku wskazujący na wystąpienie kołatania serca nie przesądza, że przed objęciem ubezpieczeniem powódka leczyła się z powodu schorzeń lub chorób kardiologicznych. Skoro więc powódka przebywała na zwolnieniu lekarskim z uwagi na skoki ciśnienia przez okres 76 dni, to należne jej świadczenie wyraża się kwotą 11.400 zł (76 dni x 150 zł).

(pozew k. 4-9)

W odpowiedzi na pozew pozwany, reprezentowany przez pełnomocnika będącego adwokatem, wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki zwrotu kosztów procesu. W uzasadnieniu pełnomocnik wyjaśnił, że zgłaszane przez powódkę w lipcu 2011 roku kołatanie serca według literatury medycznej jest jednym z objawów nadciśnienia. Zgodnie zaś z § 5 ust. 1 pkt 1 Ogólnych Warunków Dodatkowego Indywidualnego (...) na Wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy, pozwany nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe będące skutkiem chorób, których objawy wystąpiły lub były leczone przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Powyższe w świetle art. 815 k.c. wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela.

(odpowiedź na pozew k. 80-82)

W toku procesu stanowiska stron nie uległy zmianie.

(protokół rozprawy k. 121-121v.)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 12 lipca 2011 roku podczas wizyty u lekarza rodzinnego powódka I. W. zgłosiła kołatanie serca, którego występowanie lekarz odnotował w dokumentacji medycznej. Dolegliwość ta została zgłoszona przez powódkę jednokrotnie, nie wymagała leczenia.

(dowód z przesłuchania powódki 00:05:01-00:12:15 elektronicznego protokołu rozprawy z dnia 20 grudnia 2022 roku, dokumentacja medyczna k. 51-59, okoliczności bezsporne)

W dniu 19 marca 2015 roku powódka złożyła pozwanemu wniosek o zawarcie ubezpieczenia (...) obejmującego świadczenie m.in. z tytułu niezdolności do pracy. Powódka wybrała wysokość świadczenia dziennego w wysokości 100 zł oraz składkę miesięczną w kwocie 60 zł. Początek ubezpieczenia przypadał na dzień 1 kwietnia 2015 roku.

W odniesieniu do zawartych we wniosku pytań o stan zdrowia ubezpieczonego wnioskująca podała m.in., że: nie występują u niej i w okresie ostatnich 10 lat nie występowały u niej choroby przewlekłe, dolegliwości zdrowotne, następstwa wypadku; w okresie ostatnich 10 lat nie była leczona w szpitalu, nie diagnozowano u niej dolegliwości, objawów, chorób, nie była poddana leczeniu operacyjnemu i zabiegom chirurgicznym, nie była leczona z powodu dolegliwości lub chorób. W treści wniosku I. W. oświadczyła ponadto, że udzieliła powyższych informacji zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i że znane są jej sankcje przewidziane w art. 815 § 3 k.c. W następstwie złożonego wniosku strony zawarły umowę ubezpieczenia potwierdzoną polisą nr (...).

Z uwagi na zmianę produktu ubezpieczeniowego na inny, w dniu 13 maja 2021 roku powódka złożyła wniosek o zawarcie umowy indywidualnego (...), w następstwie którego między stronami doszło do zawarcia umowy (...) potwierdzonej polisą nr (...) z początkiem ubezpieczenia od dnia

1 lipca 2021 roku. Na jej mocy powódce przysługiwało z tytułu niezdolności do pracy w wyniku choroby lub NW świadczenie dziennie w wysokości 150 zł.

Integralną część wniosku stanowiła ankieta medyczna. W jej treści powódka oświadczyła m.in., że nie choruje i nie chorowała na chorobę wieńcową, zawał serca, wady serca, że w okresie 10 ostatnich lat: nie występowały u niej choroby przewlekłe, dolegliwości zdrowotne, następstwa wypadku, nie leczyla się szpitalnie, nie przechodziła leczenia operacyjnego oraz zabiegów chirurgicznych, nie zdiagnozowano u niej dolegliwości jakichkolwiek objawów lub chorób, nie była poddawana badaniom diagnostycznym w postaci m.in. EKG wysiłkowego, których wyniki okazały się nieprawidłowe. Ponadto powódka podała, że nie zdiagnozowano u niej nadciśnienia tętniczego. Także w tym przypadku I. W. oświadczyła, że podane przez nią dane są aktualne, prawdziwe i zgodne z jej najlepszą wiedzą i że znane są jej sankcje przewidziane w art. 815 § 3 k.c.

Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Indywidualnego (...) na Wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy, przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia obejmował powstanie u ubezpieczonego niezdolności do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku albo w następstwie nieszczęśliwego wypadku, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia (§ 3). Ubezpieczyciel wypłacał świadczenie dzienne w przypadku powstania u ubezpieczonego niezdolności do pracy w wyniku (...), w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia potwierdzonej polisą (§ 4). Niezdolność do pracy obejmowała czasową lub trwałą niezdolność do pracy. Czasową niezdolność zdefiniowano, jako rzeczywisty brak zdolności do wykonywania przez ubezpieczonego działalności zarobkowej przez określony czas, spowodowany chorobą ubezpieczonego lub nieszczęśliwym wypadkiem i potwierdzony orzeczeniem lekarskim. Czasowa niezdolność do pracy miała miejsce jeżeli według wiedzy medycznej istniała możliwość odzyskania zdolności do pracy, z którym to momentem kończyła się (§ 2 pkt 1 i 3). Ubezpieczyciel nie odpowiadał za zdarzenia ubezpieczeniowe będące skutkiem chorób, których objawy wystąpiły lub były leczone przed zawarciem umowy dodatkowej (§ 5 ust. 1 pkt 1).

Warunki ubezpieczenia nie zawierają definicji dolegliwości zdrowotnych. Choroba została natomiast zdefiniowana, jako zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie wewnętrznego lub zewnętrznego czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych oraz zmian organicznych w tkankach, narządach lub całym ustroju (§ 2 pkt 3 Ogólnych Warunków Indywidualnego (...)).

(dowód z przesłuchania powódki 00:05:01-00:12:15 elektronicznego protokołu rozprawy z dnia 20 grudnia 2022 roku, wniosek o zawarcie ubezpieczenia (...) k. 22-23, polisa z załącznikami k. 24-25, k. 26-27, Ogólne Warunki Indywidualnego (...) k. 31-34v., Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego (...) na Wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy k. 35-36v., z akt szkody: wniosek o zawarcie umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie; okoliczności bezsporne)

W okresie od dnia 10 listopada do dnia 30 listopada 2021 roku I. W. przebywała na zwolnieniu lekarskim z powodu zaburzeń korzeni i splotów nerwowych – kod G54. Następnie, w okresie od dnia 30 listopada 2021 roku do dnia 14 lutego 2022 roku (76 dni) przebywała na zwolnieniu lekarskim z powodu nadciśnienia samoistnego (pierwotnego) – kod I10. Jako rozpoznanie dodatkowe podano zaburzenia korzeni i splotów nerwowych.

W przeprowadzonym wywiadzie powódka skarżyła się na skoki ciśnienia ze wzrostami przy zmianach pogodowych.

Powódka pierwotnie zgłosiła się do lekarza z problemami dotyczącymi kręgosłupa.

W międzyczasie, gdy zmierzyła ciśnienie w domu okazało się, że jest ono za wysokie. Pojawiały się u niej drgawki, objawy, których wcześniej nie doświadczała. Po zgłoszeniu ich lekarzowi zostały jej przepisane odpowiednie leki.

(dowód z przesłuchania powódki 00:05:01-00:12:15 elektronicznego protokołu rozprawy z dnia 20 grudnia 2022 roku , historia choroby k. 37, historia wizyt k. 38-50)

W związku z przebywaniem na zwolnieniu lekarskim powódka zgłosiła pozwanemu roszczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy.

Decyzją z dnia 17 lutego 2022 roku towarzystwo ubezpieczeń odmówiło przyznania świadczenia. Podniosło, że z dokumentacji medycznej powódki wynika, że w 2011 roku leczyła się ona na dolegliwości kardiologiczne, natomiast w 2014 roku z powodu bólu odcinka szyjnego kręgosłupa. Wyjaśnił, że leczenie to miało miejsce przed objęciem powódki ochroną ubezpieczeniową, a jednocześnie we wniosku o objęcie ubezpieczeniem z dnia 19 marca 2015 roku podała ona nieprawdziwe informacje zaprzeczając istnieniu wymienionym w ankiecie medycznej dolegliwościom zdrowotnym. W świetle powyższego na podstawie art. 815 k.c. ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności z tytułu niezdolności do pracy.

Nie zgadzając się z wydaną decyzją powódka wywiodła od niej odwołanie. Wyjaśniła m.in., że przypadek kardiologiczny z lipca 2011 roku miał incydentalny charakter i nie dotyczył nadciśnienia, a zaburzeń rytmu serca na tle nerwicowym. Dolegliwości te nie miały postaci choroby przewlekłej, nie wymagały dalszego leczenia i nie wpłynęły na jej życie. Dodała, że w czasie wypełniania ankiety nie pamiętała o tych dolegliwościach. W odpowiedzi na odwołanie pozwany podtrzymał swoje stanowisko.

(decyzja k. 60-60v., odwołanie k. 61, pismo k. 62-63, okoliczności bezsporne)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił bądź jako bezsporny, bądź na podstawie powołanych wyżej dowodów, w tym dowodów z dokumentacji medycznej. Za podstawę ustaleń faktycznych Sąd przyjął również dowód z przesłuchania powódki. W przedstawionej relacji powódka opisała okoliczności, w jakich zostało jej wystawione zwolnienie lekarskie, odniosła się również do dolegliwości, jakie istniały u niej w przeszłości. Wypowiadając się na temat wpisu dotyczącego kołatania serca wskazała, że nie pamięta nawet takiego zdarzenia, jednocześnie kategorycznie zaprzeczyła, aby z tego powodu wdrożone zostało jakiegokolwiek leczenie. Dodała, że także w dacie wypełniania ankiety zdrowotnej nie pamiętała o takim zdarzeniu, stąd też nie podała na jego temat żadnych informacji. Wreszcie powódka podniosła, że objawy nadciśnienia, które wystąpiły u niej w listopadzie 2021 roku były pierwszymi, jakie stwierdziła. W ocenie Sądu wyjaśnienia powódki są logiczne i spójne, korespondują z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, ich wiarygodność nie została podważona przez stronę przeciwną, wobec czego Sąd uznał, że mogą stanowić one podstawę ustaleń faktycznych. Podkreślenia wymaga, że powódka relacjonowała wyłącznie zapamiętane przez siebie fakty unikając zastępowała luk w pamięci domysłami, co dodatkowo wzmacnia prawdziwość jej relacji.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo jest zasadne i zasługuje na uwzględnienie w całości.

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. Kodeks cywilny nie określił pojęcia wypadku ubezpieczeniowego, pozostawiając to kryterium formalne umowie stron.

W realiach niniejszej sprawy postanowienia przedmiotowej umowy, jej zakres, okres obowiązywania, wysokość świadczenia wypłacanego z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego, nie były sporne między stronami. Wątpliwości nie budziło także, że w lipcu 2011 roku, tj. w okresie 10 lat przed datą złożenia przez powódkę wniosku o objęcie ubezpieczeniem, odnotowano w jej dokumentacji medycznej dolegliwość w postaci kołatania serca. Wreszcie pozwany nie kwestionował, że powódka przez okres 76 dni przebywała na zwolnieniu lekarskim w związku ze stwierdzonym nadciśnieniem i że powyższe skutkowało jej niezdolnością do pracy w rozumieniu postanowień warunków ubezpieczenia. Oś sporu ogniskowała się wokół ustalenia, czy I. W. w treści wniosku o ubezpieczenie złożyła prawdziwe oświadczenie o swoim stanie zdrowia. W ocenie pozwanego sporne oświadczenie zostało złożone

niezgodnie z prawdą, ponieważ w dacie jego składania powódka zataiła fakt leczenia kardiologicznego. Powódka podnosiła z kolei, że przedmiotowy wpis

w dokumentacji medycznej był incydentalny, nie wynikał z choroby, a zaburzenia rytmu serca nastąpiły na tle nerwicowym i nie wymagały jakiegokolwiek roszczenia. Wreszcie wskazała, że zwyczajnie zapomniała o tym zdarzeniu w czasie wypełniania ankiety medycznej. Odnosząc się do powyższych argumentów przypomnienia wymaga, że zgodnie z art. 815 § 1 k.c. ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

W razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. W myśl zaś § 3 przytoczonego przepisu, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia paragrafów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. Jak podnosi się w orzecznictwie, 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 poprzez zadanie pytań ubezpieczającemu dążyć do uzyskania informacji mających znaczenie dla oceny tego ryzyka. Z powyższego 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 ubezpieczyciel nie dokonuje weryfikacji tego stanu zdrowia poprzez zadawanie pytań, o których mowa w art. 815 § 1 k.c., to uznać należy, że okoliczności te nie są istotne i nie mogą prowadzić do wyłączenia jego odpowiedzialności (por. wyrok SA w Krakowie z dnia 8 marca 2019 roku,

I ACa 1177/18, L.). Zapytanie, o którym mowa w art. 815 § 1 zd. 1 k.c., ma charakter kierunkowy i celowy, zmierzający do uzyskania określonej informacji. Jego brak powoduje, że może dochodzić do swoistej fikcji w zakresie faktów dotyczących przyczyn szkody, uwzględnionej w ramach przyjętego ryzyka ubezpieczeniowego (por. m.in. wyrok SA w Łodzi

z dnia 5 grudnia 2019 roku, I ACa 1234/18, L.; wyrok SO w Łodzi z dnia 10 czerwca 2022 roku, II C 1155/18, L.). W doktrynie podnosi się ponadto, że polski prawodawca przyjął rozwiązanie oparte na tzw. systemie kwestionariuszy. Polega on na tym, że ubezpieczający ma ujawnić te okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał, co oznacza, iż katalog tych okoliczności jest zamknięty. Na ubezpieczającym nie ciąży zaś powinność tzw. spontanicznej deklaracji ryzyka, polegająca na ujawnieniu ubezpieczycielowi wszystkich tych okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla ubezpieczyciela przy ocenie ryzyka. Rozwiązanie przyjęte przez prawodawcę ma na celu ochronę ubezpieczającego i wynika z normy o charakterze bezwzględnie wiążącym. Powyższe oznacza, że ubezpieczyciel nie może wymagać udzielenia ogólnej informacji o wszystkich okolicznościach, które mogą być istotne dla oceny ryzyka. Nie może on również stawiać pytań otwartych, nieprecyzyjnych czy ocennych. Wskazuje się również, że skoro ubezpieczony ma podać „wszystkie znane sobie okoliczności” to znaczenie ma jedynie niezgodność podanych przez ubezpieczającego okoliczności z jego wiedzą. Co za tym idzie – jeśli ubezpieczający pozostaje w błędnym przekonaniu co do tego, że podana okoliczność jest zgodna z prawdą, ubezpieczyciel nie ma prawa zastosować sankcji

z art. 815 § 3 k.c. (por. M. Gutowski (red.), Kodeks cywilny. Tom III. Komentarz. Art. 627–1088. Wyd. 3, Warszawa 2022; E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), Kodeks cywilny. Komentarz. Wyd. 10, Warszawa 2021; D. Fuchs (red.), K. Malinowska (red.), Komentarz do niektórych przepisów ustawy Kodeks cywilny, WKP 2020). Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy przypomnienia wymaga, że powódka w ankiecie medycznej wypełnianej

w maju 2021 roku (znaczenie w sprawie ma druga umowa ubezpieczenia zawarta przez strony, a więc i ankieta zawarta w drugim wniosku o ubezpieczenie, to bowiem z tytułu tej umowy powódka żąda zapłaty) oświadczyła, że nie chorowała na chorobę wieńcową, zawał serca, wady serca, że nie zdiagnozowano u niej nadciśnienia tętniczego, że w okresie 10 ostatnich lat: nie występowały u niej choroby przewlekłe, dolegliwości zdrowotne, nie zdiagnozowano u niej dolegliwości jakichkolwiek objawów lub chorób, nie była poddawana badaniom diagnostycznym

w postaci m.in. EKG wysiłkowego, których wyniki okazały się nieprawidłowe. Przy tak zakreślonych pytaniach nie sposób zatem uznać, aby składając sporne oświadczenie powódka miała się z prawdą. Wszak z jednego wpisu w dokumentacji medycznej odnośnie kołatania serca, który jest przy tym bardzo lakoniczny, nieopatrzony żadnym komentarzem, nie sposób wywodzić, że u powódki stwierdzono chorobę kardiologiczną, czy też nadciśnienie tętnicze. Wpis ten świadczy wyłącznie o tym, że powódka zgłosiła lekarzowi rodzinnemu pewną dolegliwość, która wprawdzie może, ale nie musi oznaczać choroby. Wyjaśnienia wymaga, że palpacja (kołatanie serca) to objaw podmiotowy polegający na nieprzyjemnym odczuciu silnej, przyspieszonej lub nieprawidłowej akcji serca, który może występować także u osób zdrowych. Oczywiście jako przyczyny palpacji podaje się m.in. dolegliwości ze strony serca (arytmie, wady serca, niewydolność serca, choroby niedokrwienne serca), zaburzenia metaboliczne (np. nadczynność tarczycy), ale również zażywane leki, zaburzenia depresyjno-nerwicowe, napady paniki, gorączkę, migrenę, czy też stres (...) Innymi słowy także samopoczucie człowieka, niezwiązane z żadną chorobą, może być przyczyną palpacji. Sam sporny wpis zatem niczego nie wyjaśnia. Istotne jest jednak, że nie stanowił on przyczynku do zlecenia powódce przeprowadzenia badań (choćby EKG), czy diagnostyki, wdrożenia specjalistycznego leczenia itp. Powódce wprawdzie mogły zostać przepisane leki mające na celu uspokojenie pracy serca, niemniej jednak leczenie to (o ile w ogóle wystąpiło) mogło mieć charakter doraźny, na takiej samej zasadzie, jak przepisanie aspiryny osobie, która zgłasza lekarzowi ból głowy. Sama powódka podkreślała konsekwentnie w toku procesu, że było to incydentalne zdarzenie, występujące na tle nerwicowym, które zwyczajnie wyleciało jej z pamięci, co przesądza o jego miernym znaczeniu. Uwzględniając ogólnie dostępną wiedzę medyczną wydaje się przy tym nieprawdopodobne, aby przez okres blisko dziesięciu następnych lat (tj. do momentu złożenia wniosku w maju 2021 roku) u powódki nie pojawiły się jakiegokolwiek objawy natury kardiologicznej, czy też związane z nadciśnieniem w sytuacji,

w której w lipcu 2011 roku powódka faktycznie chorowałaby na tego typu schorzenia. Dopiero w listopadzie 2021 roku I. W. zgłasza lekarzowi objawy nadciśnienia, ale bez powiązania ich z sytuacją sprzed 10 lat. Sama dokumentacja medyczna przesądza o tym, że objawy te wystąpiły na tle dolegliwości bólowych kręgosłupa. Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że pozwany opiera swoje stanowisko na jednostkowej, odnotowanej

w dokumentacji medycznej powódki dolegliwości, o którą jednak nie pytał w ankiecie medycznej. O czym była już bowiem mowa, pozwany pytał o konkretne schorzenia kardiologiczne oraz o zdiagnozowanie nadciśnienia, tymczasem czego zdaje się nie zauważać pozwany, kołatanie serca może, ale nie musi być objawem w/w jednostek chorobowych. Wprawdzie w ankiecie pojawiło się również pytanie o występowanie chorób przewlekłych, dolegliwości zdrowotne, niemniej jednak samego kołatania serca nie sposób postrzegać w tych kategoriach, zwłaszcza w sytuacji, w której pozwany nie definiuje w warunkach ubezpieczenia pojęcia dolegliwości zdrowotnej. Oczywiście kołatanie serca można postrzegać jako taką dolegliwość, ale na takiej samej zasadzie można zakwalifikować katar, ból głowy, zęba, gardła itp. Wątpliwe zaś, aby ubezpieczyciel pytał o tak drobne infekcje, schorzenia. Zresztą

w przesłankach wyłączających odpowiedzialność pozwanego (§ 5 ust. 1 pkt 1 warunków ubezpieczenia) mowa jest nie o dolegliwościach zdrowotnych, a o chorobie, która wystąpiła lub była leczona wcześniej. Nie budzi jednocześnie wątpliwości, że palpacja serca sama w sobie nie jest chorobą, a co najwyżej może, lecz nie musi, stanowić jeden z jej symptomów, zwłaszcza w sytuacji, gdyby występowała w sposób ciągły, czy też nawracający. Tak jednak nie było

w przypadku powódki, która „dolegliwość” taką zgłosiła jednokrotnie. W takim stanie rzeczy, skoro zgłoszenie to nie pociągało za sobą specjalistycznego leczenia, badań, diagnostyki (brak jest na powyższe nie tylko dowodów, ale chociażby twierdzeń ze strony pozwanego), to nie można czynić powódce zarzutu, że zapomniała o nim wypełniając ankietę. Co więcej, nawet gdyby pamiętała ona o tym zdarzeniu, to zdaniem Sądu zakres przedmiotowy ankiety w zasadzie wykluczał możliwość jego zgłoszenia, skoro nie mieściło się ono zarówno w zakresie chorób kardiologicznych, jak i nadciśnienia tętniczego. Jak zaś wyjaśniono to treść zapytania wyznacza zakres odpowiedzi osoby przystępującej do ubezpieczenia. Powódka nie miała zatem obowiązku wspomnienia o wszystkich zgłoszonych lekarzom dolegliwościach, odbytych wizytach lekarskich, a wyłącznie o takich zdarzeniach, o które pytał ubezpieczyciel. Co oczywiste nic nie stało na przeszkodzie, aby pozwany bardziej szczegółowo sformułował treść oświadczenia, które miała złożyć powódka. Ubezpieczyciel mógł również poprosić o przedłożenie dokumentacji medycznej z okresu ostatnich 10 lat i od jej analizy uzależnić przystąpienie powódki do ubezpieczenia. Zaniechanie tych działań nie może obciążać osoby ubezpieczonej. W tym miejscu wyraźnego podkreślenia wymaga, że powódka nie

domaga się roszczenia za okres przed dniem 1 grudnia 2021 roku, tj. za okres pozostawania na zwolnieniu lekarskim w związku

z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa. O ile więc rację ma pozwany, że powódka była leczona w związku z tymi dolegliwościami już wcześniej i musiała mieć tego świadomość w dacie wypełnienia wniosku o ubezpieczenie, o tyle okoliczność ta jest irrelevantna z punktu widzenia rozstrzygnięcia sprawy.

Wreszcie zaznaczyć należy, że w odniesieniu do ubezpieczeń na życie nie stosuje się przepisu art. 815 § 2 k.c. przewidującego obowiązek notyfikacji ryzyka, z istoty tych ubezpieczeń wynika bowiem, że zakład ubezpieczeń ponosi ryzyko pogorszenia się stanu zdrowia ubezpieczonego. Na sam koniec rozważań przypomnienia wymaga, że cel umowy, jako kryterium wykładni umowy ubezpieczenia, nakazuje położenie nacisku na charakter ochronny tego stosunku prawnego. Ten aspekt tłumaczenia umowy ubezpieczenia Sąd Najwyższy zaakcentował w uzasadnieniu wyroku z dnia 26 stycznia 2006 roku (V CSK 90/05, LEX), odwołał się do niego także w uzasadnieniu wyroku z dnia 11 grudnia 2007 r. (II CSK 375/07, LEX). W obydwu tych orzeczeniach podkreślił, że wykładnia postanowień umowy ubezpieczenia musi uwzględniać jako zasadę odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń przy jednoczesnym ograniczonym rozumieniu przesłanek odpowiedzialność tę wyłączających. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 lutego 2015 roku (II CSK 295/14, LEX), wykładnia postanowień wzorca umowy stworzonego przez ubezpieczyciela nie może prowadzić do zaostrenia wymagań stawianych ubezpieczającemu i ograniczania obowiązków ubezpieczyciela. Taki kierunek wykładni przesądzałby o naruszeniu art. 65 § 2 k.c.

w powiązaniu z celem i istotą umowy ubezpieczenia wynikającymi z art. 805 § 1 k.c. To zatem zgodny zamiar stron i cel umowy, nie zaś dosłowne brzmienie warunków ubezpieczeń, mają najistotniejsze znaczenie przy wykładni postanowień tych ostatnich, brak jest bowiem podstaw, aby postanowienia wzorca umowy postrzegać w kategoriach tekstu prawnego, dokonując ich wykładni analogicznie do interpretacji przepisów prawa. Reasumując, przy wykładni postanowień ubezpieczenia, w tym ogólnych warunków ubezpieczenia, należy uwzględnić cel umowy i interesy ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego. Wykładnia ta nie może pomijać celu, w jakim umowa została zawarta, a także natury i funkcji zobowiązania. Celem umowy jest zaś niewątpliwie udzielenie ubezpieczonemu ochrony na wypadek określonego

w umowie ryzyka, w zamian za zapłatę składki. Powtórzyć należy, iż umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny do wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony. W świetle przeprowadzonych rozważań Sąd uznał, że

w sprawie nie ziściły się przesłanki z art. 815 § 3 k.c., jak również w § 5 ust. 1 pkt 1 Ogólnych Warunkach Dodatkowego Indywidualnego (...) na Wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy, uwalniające pozwanego od odpowiedzialności za zaistniały wypadek ubezpieczeniowy.

W związku z zaistniałym zdarzeniem powódce przysługiwało świadczenie od pozwanego wynikające z zawartej umowy ubezpieczenia. Wysokość świadczenia wynosiła 150 zł za każdy dzień niezdolności do pracy i w realiach niniejszej sprawy świadczenie to przysługiwało powódce przez okres 76 dni. W toku likwidacji szkody pozwany nie wypłacił na rzecz ubezpieczonej żadnej kwoty, dlatego też Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 11.400 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 17 lutego 2022 roku do dnia zapłaty.

O roszczeniu odsetkowym 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 za opóźnienie. Natomiast zgodnie z treścią art. 817 § 1 i § 2 k.c., ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku, gdyby jednak wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela 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 powódka dochodziła odsetek poczynawszy od daty wydania przez pozwanego decyzji o odmowie wypłaty odszkodowania. W tym dniu niewątpliwie upłynął ustawowy termin na spełnienie świadczenia, powódka zgłosiła bowiem swoje roszczenie jeszcze w grudniu 2021 roku, co wynika

z dokumentów znajdujących się w aktach szkody. Stąd też Sąd zasądził odsetki od dnia 17 lutego 2022 roku do dnia zapłaty.

O kosztach procesu rozstrzygnięto w oparciu o art. 98 k.p.c. zasądając od pozwanego na rzecz powódki kwotę 4.367 zł, na którą złożyły się: opłata sądowa od pozwu – 750 zł, wynagrodzenie zawodowego pełnomocnika w stawce minimalnej – 3.600 zł oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł.

Z tych względów, orzeczono jak w sentencji.