

Sygn. akt III Ca 376/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 października 2017 r.

Sąd Okręgowy w Nowym Sączu, III Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie

następującym:

Przewodniczący:	SSO Zofia Klisiewicz (sprawozdawca) SSO Agnieszka Skrzekut SSR del. Agnieszka Poręba
Protokolant:	insp. Jadwiga Sarota

po rozpoznaniu w dniu 5 października 2017r. w Nowym Sączu

na rozprawie

sprawy z powództwa J. A. (1)

przeciwko (...) S.A. w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego i zażalenia powódki

od wyroku Sądu Rejonowego w Limanowej

z dnia 16 lutego 2017 r., sygn. akt I C 227/16

1. oddala apelację pozwanego;

2. oddala zażalenie powódki;

3. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1 476 zł (jeden tysiąc czterysta siedemdziesiąt sześć złotych) brutto tytułem kosztów zastępstwa prawnego powódki z urzędu w postępowaniu apelacyjnym;

4. przyznaje adw. K. W. ze środków Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Limanowej kwotę 184,50 zł (sto osiemdziesiąt cztery złote 50/100) brutto tytułem kosztów postępowania zażaleniowego;

5. zasądza od powódki na rzecz pozwanego kwotę 150 zł (sto pięćdziesiąt złotych) tytułem kosztów postępowania zażaleniowego.

(...)

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 16.02.2017r. (sygn. akt I C 227/16) Sąd Rejonowy w Limanowej w sprawie z powództwa J. A. (1) przeciwko (...) S.A. w W. o zapłatę, zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 32 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 27.06.2013r. do dnia zapłaty (pkt I sentencji), w pozostałym zakresie powództwo oddalił (pkt II sentencji), zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 2 952 zł tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu powódce przez adwokata K. W. (pkt III sentencji), nakazał ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądowi Rejonowemu w Limanowej kwotę 1 906,74 zł tytułem kosztów sądowych, od których powódka została zwolniona (pkt IV sentencji).

Sąd Rejonowy ustalił, że w okresie od 1.06.2012r. do 31.05.2013r. mąż powódki J. A. (2) objęty był umową grupowego ubezpieczenia na życie dla małych średnich firm, potwierdzoną polisą numer (...), którą pozwany (...) S. A. w W. zawarł z przedsiębiorstwem (...) z siedzibą w K. W umowie tej powódka J. A. (1) wskazana została jako uposażona do otrzymania świadczenia. Stosownie do postanowień umowy, w razie śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, suma świadczenia ustalona została na kwotę 32 000 zł. W związku z przystąpieniem pracownika do umowy grupowego ubezpieczenia, J. A. (2) podpisał w dniu 12.05.2012r. dwustronną deklarację obejmującą szereg oświadczeń, kończących się każdorazowo datą i podpisem. W szczególności podpisał oświadczenie o stanie zdrowia o treści: „nie jestem inwalidą i nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy nie miałem przerwy w pracy spowodowanej chorobą lub wypadkiem dłuższym niż 30 kolejnych dni oraz, że stan mojego zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lekarskiego ani regularnego leczenia za wyjątkiem profilaktyki zdrowotnej”. Pod datą i podpisem kończącym to oświadczenie, równie drobnym drukiem zamieszczono pouczenie o treści: „w przypadku braku możliwości podpisania powyższego oświadczenia do niniejszej deklaracji należy dołączyć wypełniony kwestionariusz medyczny oraz zaznaczyć odpowiednie pole poniżej: w okresie bezpośrednio poprzedzającym objęcie ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej z towarzystwem na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm, byłem ubezpieczony w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartych z towarzystwem”. W polach poniżej zaznaczono „nie” i przekreślono rubryki przeznaczone na daty okresu ubezpieczenia w innym towarzystwie. Poniżej znajduje się kolejne oświadczenie. W jego treści, składający deklarację oświadczył, iż otrzymał i zapoznał się z warunkami ubezpieczenia, o których stanowi umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy ubezpieczającym, a (...) S. A., w tym z ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z umowy ubezpieczenia. Jeszcze niżej i jeszcze mniejszym drukiem sformułowano oświadczenia końcowe, w tym oświadczenie obejmujące potwierdzenie, czy w dniu wypełniania deklaracji ubezpieczony jest hospitalizowany (pkt 2 lit. 1), przebywa na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim (pkt 2 lit b), tym samym drobnym drukiem pouczone, że w przypadku zaznaczenia w pkt a) lub w pkt b) odpowiedzi TAK, konieczne jest dołączenie do niniejszej deklaracji dokumentacji potwierdzającej okres i warunki objęcia ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia. Podpisanie umowy nastąpiło w czasie godzin pracy, podczas wizyty agenta ubezpieczeniowego. Polisa potwierdzająca ubezpieczenie w okresie od 1.06.2012r. do 31.05.2013r. wystawiona została w dniu 20.06.2012r. W dniu 16.07.2012r. wystawiony został też przez pozwanego certyfikat grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm, obejmujący nazwisko J. A. (2), potwierdzający zakres ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia i sumy świadczenia. Do przedmiotowej umowy ubezpieczenia znajdowały zastosowanie ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie dla małych i średnich firm nr (...), które zostały przyjęte uchwałą zarządu pozwanego numer (...) z dnia 24.02.2012r. (OWU). Zgodnie z ich postanowieniami, zawarcie umowy ubezpieczenia następowało po spełnieniu warunków określonych w art. IV ust. 1. Zgodnie z art. IV ust. 4 OWU, jeżeli informacje zawarte w dokumentach, o których mowa w ust. 1 w znaczący sposób różnią się od tych, na podstawie których została przygotowana propozycja warunków ubezpieczenia, Towarzystwo ma prawo najpóźniej w terminie 14 dni od dostarczenia w/w dokumentów zaproponować nowe warunki, adekwatne do zmienionych informacji bądź odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia, o czym poinformuje ubezpieczającego na piśmie. Zgodnie z art. VII ust. 2 pkt 5 OWU, Towarzystwo jest zobowiązane do udostępniania ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonym lub innym

osobom uprawnionym informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokość świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego. Z kolei przepis art. XIII ust. 7 pkt 1 OWU stanowi, że Towarzystwo ma prawo odmowy przyznania świadczenia, jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o których Towarzystwo pytało we wniosku albo innych informacji czy pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub po przystąpieniu ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, jeżeli okoliczności te lub informacje mogły mieć wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego; w powyższej sytuacji prawo odmowy przyznania świadczenia wygasa, jeżeli do zdarzenia doszło po upływie 3 lat od początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego ubezpieczenia. Przed złożeniem deklaracji przystąpienia do umowy z pozwanym, J. A. (2) objęty był umową grupowego ubezpieczenia na życie w (...) S.A. w W.. Zmiana ubezpieczyciela wynikała z tego, że pracodawcy ubezpieczonego, pozwany przedstawił korzystniejsze warunki, na które przystano.

W okresie ubezpieczenia, tj. w dniach od 2.10.2012r. do 12.10.2012r. ubezpieczony był hospitalizowany na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala (...) w L. z rozpoznaniem: marskość wątroby alkoholowa nie wyrównana, stadium wydolności wątroby B w skali (...); żylaki przełyku, zapalenie żołądka i dwunastnicy. W epikryzie podano między innymi, że pozwany przyjęty został na oddział w trybie pilnym z powodu znacznego powiększenia obwodu brzucha, obrzęków podudzi. Dotychczas nie był leczony przewlekłe. W wywiadzie nadużywanie alkoholu. Ubezpieczony wypisany został w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem systematycznego przyjmowania leków, kontroli, kategorycznego zakazu picia alkoholu i nakazu stosowania diety.

W związku z tą hospitalizacją, J. A. (2) zgłosił szkodę pozwanemu, ale pismem z dnia 31.10.2012r. Towarzystwo odmówiło mu wypłaty świadczenia, podając, że nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność, w tym wypadku ponieważ zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w następstwie spożywania alkoholu. W odpowiedzi na odmowę przyznania świadczenia za pobyt w szpitalu, J. A. (2) wniósł odwołanie, uważając ją za krzywdzącą. W piśmie tym zwrócił się jednocześnie do pozwanego o wyjaśnienie czy w razie jego śmierci rodzina - po zgromadzeniu i przedstawieniu stosownych dokumentów - otrzyma również odmowną odpowiedź na zaistniałą sytuację z tego powodu, że alkohol został wpisany przez życie w jego historii choroby. Podał, że oczekuje na w miarę szybką i wyczerpującą odpowiedź, jak również na pozytywną decyzję w jego sprawie. Strona pozwana nie odpowiedziała ubezpieczonemu na powyższe odwołanie, ani też nie zrezygnowała z jego dalszego ubezpieczenia. Składki na ubezpieczenie potrącane były nadal niezmiennie z pensji ubezpieczonego do jego śmierci.

J. A. (2) od 2009r. leczył się na alkoholowe uszkodzenie wątroby i od 2011r. stosował tabletki na cukrzycę (...). Z tego też właśnie powodu był hospitalizowany w październiku 2012r. z rozpoznaniem marskość wątroby alkoholowa nie wyrównana, żylaki przełyku, zapalenie żołądka, dwunastnicy. Ubezpieczony miał wielokrotnie wykonane badania USG jamy brzusznej i laboratoryjne badania oceniające wątrobę - wskazujące na jej uszkodzenie. Już w 2004r. wyniki badań wątrobowych były podwyższone. Ubezpieczony był też skierowany na leczenie odwykowe przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, co świadczy o tym, że był świadomy istniejących schorzeń i uzależnień od 2011r. Badania USG brzucha i przestrzeni za otrzewnej z dnia 29.09.2009r. oraz RTG z dnia 17.01.2008r. zlecone przez lekarza rodzinnego ubezpieczonego J. C., nie wykazywały uchwytnych, istotnych zmian zdrowotnych. Objawy choroby nasiliły się jednak w 2011r. - wtedy jednoznaczne cechy uszkodzenia pojawiły się w badaniu USG. Z wyników badań z dnia 13.09.2011r. wynika, że wątroba w zakresie obu pól ubezpieczonego była powiększona, a badania USG jamy brzusznej z dnia 25.04.2012r. wskazywały na powiększenie wątroby w zakresie obu pól - cechy uszkodzenia. Powyższe wskazuje na to, że ubezpieczony J. A. (2) wymagał w dacie zgłoszenia z dnia 12.05.2012r. regularnego nadzoru lekarskiego, bądź regularnego leczenia i że powinien o tym wiedzieć, wielokrotnie wykonując próby wątrobowe i USG jamy brzusznej od 2009r.

W związku z zatrudnieniem, J. A. (2) przechodził badania lekarskie i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy. Z badań tych z dnia 1.12.2012r. oraz z dnia 2.06.2008r. wynika, że ubezpieczony był w tym czasie zdolny do wykonywania pracy na stanowisku kierownika centrum placu targowego, wobec braku przeciwwskazań.

W dniu 12.03.2013r. ubezpieczony J. A. (2) przyjęty został do szpitala z rozpoznaniem: poalkoholowa zdekomputowana marskość wątroby, żylaki przełyku krwawiące, wodobrzusze, obrzęk płuc, niewydolność krążenia, wstrząs oligowolemiczny, stan po użyciu alkoholu i tego samego dnia zmarł. Z protokołu sekcji zwłok wynika, że chory zmarł z powodu masywnego krwawienia z żylaków przełyku na tle drobno guzkowej marskości wątroby. Obrzęk płuc był jedynie końcowym efektem wstrząsu oligowolemicznego i dekompensacji narządowej.

Po śmierci ubezpieczonego, powódka zgłosiła szkodę pozwanemu, który odmówił wypłaty świadczenia. Nie uwzględnił również jej odwołania. W uzasadnieniu podano, iż dokumentacja medyczna potwierdziła, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia, ubezpieczony od września 2011r. wymagał stałego leczenia z powodu marskości wątroby na tle przewlekłego alkoholizmu, o czym Towarzystwo nie zostało powiadomione w procesie zawierania umowy ubezpieczenia na życie, a zatem zgodnie z art. XIII ust. 7 pkt 1 OWU Towarzystwo miało prawo do odmowy przyznania świadczenia.

Sąd Rejonowy uznał, że roszczenie powódki jest zasadne. Powołał się Sąd na treść art. 815 § 1 i 3 k.c. i stwierdził, że przyjęty w w/w przepisie tzw. system kwestionariuszowy oznacza, że ubezpieczający jest zobowiązany wyłącznie do odpowiedzi na pytania zadane przez ubezpieczyciela, nie musi zaś spontanicznie podawać znanych sobie innych okoliczności. Ubezpieczający czy ubezpieczony ma obowiązek podawać te informacje w zakresie, w jakim są one im znane (nie są zatem zobowiązani do poszukiwania tych informacji, nawet jeśli z łatwością mogą to uczynić), oraz tylko te okoliczności, o jakie pytał ubezpieczyciel, a nie wszystkie informacje istotne, oraz tylko w formie wskazanej w cytowanym przepisie, tj. w formularzu oferty i w innych pismach. Przywołał Sąd Rejonowy także treść art. XIII ust. 7 pkt 1 OWU, z którego wynika, że ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia jeżeli ubezpieczony podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które ubezpieczyciel pytał we wniosku albo innych formularzach czy pismach przed zawarciem umowy lub przystąpieniem do umowy, jeżeli okoliczności te lub informacje mogły mieć wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego. W rozpoznawanej sprawie uznał jednak, że ubezpieczony nie został w sposób czytelny zapytany o stan jego zdrowia, w związku z tym nie można mu zarzucić, że w sposób świadomy podał informacje dotyczące jego stanu zdrowia w sposób niezgodny z prawdą oraz, że miał świadomość, iż podanie prawdziwych informacji będzie miało wpływ na umowę ubezpieczenia. Zdaniem Sądu Rejonowego, ubezpieczający udzielając negatywnej odpowiedzi na pytanie, czy stan jego zdrowia wymaga regularnego nadzoru lekarskiego oraz regularnego leczenia za wyjątkiem profilaktyki zdrowotnej, nie miał możliwości rzetelnego zapoznania się treścią sformułowanego w deklaracji zapytania i udzielenia wiarygodnych informacji co do okoliczności czy pozostaje w leczeniu, czy też nie. Z zeznań powódki wynika, że ubezpieczony skarżył się, iż do wypełnienia deklaracji wezwany został w pośpiechu, w czasie, kiedy miał najwięcej pracy, ponieważ akurat przyszedł agent ubezpieczeniowy. Był przekonany, że musi zmienić ubezpieczyciela, ponieważ tak zdecydował pracodawca podając tylko, że nowa umowa zawarta zostanie na lepszych warunkach. Kluczowa treść oświadczenia jest napisana w przedmiotowej deklaracji bardzo drobnym druczkiem, prawie nieczytelnym gołym okiem. Odesłania do zaznaczenia odpowiednich pól poniżej były zdaniem Sądu niezrozumiałe. Taka praktyka narusza zaufanie konsumenta do przedsiębiorcy, będącego ubezpieczycielem. W sprawie też nie przedstawiono druku kwestionariusza medycznego, o jakim mowa w deklaracji. Z materiału dowodowego sprawy nie wynika także, że kwestionariusz taki został ubezpieczonemu wydany choćby po to, żeby mógł zapoznać się z jego treścią w momencie podpisywania deklaracji. Przytoczył Sąd Rejonowy także treść przepisu art. 384 § 1 k.c. i podał, że załączenie takiego kwestionariusza do deklaracji i przedstawienie go łącznie z deklaracją ubezpieczonemu, istotnie wpłynąć mogło na zrozumienie rzeczywistej treści przedmiotowych oświadczeń. W ocenie Sądu Rejonowego, użyte w kwestionowanym zapytaniu deklaracji pojęcia pozostawania pod „regularnym” nadzorem lekarskim czy w „regularnym” leczeniu, w opozycji do „profilaktyki zdrowotnej”, są nieostre. Dla osoby nie mającej wiedzy medycznej pojęcia „regularnego” leczenia i „regularnego” nadzoru lekarskiego, a profilaktyczne badania, mogą być tożsame. Regularny nie oznacza stały. Brak stosownych definicji w OWU oznacza, że postanowienia te w razie wątpliwości powinny być ubezpieczonemu jednoznacznie wyjaśnione w momencie podpisywania deklaracji, co w żaden sposób nie wynika z materiału sprawy. To, że ubezpieczony wątpliwości takie posiadał, wynika z relacji powódki opisującej zachowanie ubezpieczonego po powrocie z pracy w dniu, kiedy doszło do podpisania przez niego omawianej deklaracji. Niemniej prawdą jest, że ubezpieczony nie przebywał w ostatnich 12 miesiącach na zwolnieniu lekarskim, nie miał przerwy w pracy

spowodowanej chorobą lub wypadkiem dłuższej niż 30 kolejnych dni i że nie jest inwalidą. Ubezpieczony posiadał też aktualne badania z medycyny pracy o zdolności do pracy.

Konkludując, Sąd Rejonowy podał nadto, że ciężar dowodu, że ubezpieczający podał niezgodnie z prawdą do wiadomości zakładu ubezpieczeń wszystkie znane sobie okoliczności, o które zakład ubezpieczeń zapytywał w formularzu oferty, na podstawie art. 6 k.c. spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. Oznacza to, że jeśli pozwany zarzuca iż J. A. (2) podał niezgodnie z prawdą do wiadomości zakładu ubezpieczeń wszystkie znane sobie okoliczności, o które zapytywał ubezpieczyciel, to winien był to udowodnić, a tego nie uczynił. Nie bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, miała też zdaniem Sądu Rejonowego okoliczność, że pozwany już w listopadzie 2012r. wiedział o tym, że u ubezpieczonego rozpoznano między innymi marskość wątroby alkoholową, nie wyrównane stadium wydolności wątroby B, a pozwany podtrzymywał dotychczasową umowę z klientem, pobierał składki w niezmienionej kwocie i nie zażądał jej zmiany w obliczu przedstawionych faktów o ciężkiej chorobie wątroby. Nie odpowiedział w tym względzie ubezpieczonemu mimo skierowania do niego pisma w tej kwestii. Powołał się Sąd również na treść art. 5 k.c.

Odsetki ustawowe od zasądzonej kwoty Sąd zasądził na podstawie art. 817 k.c. i 481 § 1 k.c. W przedmiotowej sprawie powódka zgłosiła pozwanemu swoje żądanie w piśmie z dnia 12.03.2013r. Postępowanie szkodowe wymagało jednak uzupełnienia stosownej dokumentacji medycznej i zakończyło się ono decyzją odmowną z dnia 26.06.2013r. Żądanie zatem odsetek od dnia 27.06.2013r. tj. od dnia następującego po dacie wydania przez pozwanego decyzji o odmowie uwzględnienia roszczenia, było zdaniem Sądu uzasadnione.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu. Rozstrzygnięcie o kosztach adwokackich Sąd oparł na podstawie art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 26.05.1982 r. - Prawo o adwokaturze (Dz.U.2015.615 j.t. ze zm.), oraz na podstawie § 4 ust. 1 i § 8 pkt. 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu z dnia 22.10.2015r. (Dz.U. z 2015r. poz. 1801) i art. 121 § 1 k.p.c. Jeżeli chodzi o rozliczenie kosztów sądowych, które nie zostały w sprawie uiszczone, to obejmują one kwotę 1 600 zł tytułem opłaty od pozwu, od której zwolniona została powódka, oraz kwotę 306,74 zł tytułem wydatków tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa. W tej kwestii powołał się Sąd również na treść art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28.07.2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Powyższy wyrok zaskarżyli: pozwany apelacją w pkt I, III, IV i pełnomocnik powódki zażaleniem w pkt III sentencji.

Pozwany w apelacji zarzucił:

- naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 § 1 k.p.c. przez niedokonanie wszechstronnego rozważenia okoliczności sprawy wynikających z zebranego materiału dowodowego, które skutkowały przyjęciem, że;

1) J. A. (2) w momencie podpisania deklaracji przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie nie podał okoliczności niezgodnych z prawdą oraz nie zataił informacji, o które pozwany pytał w kwestionariuszu, podczas gdy z opinii biegłego jednoznacznie wynika, że w momencie podpisywania deklaracji zdawał on sobie sprawę ze swojego stanu zdrowia,

2) pozwany nie dostarczył J. A. (2) ogólnych warunków ubezpieczenia, podczas gdy w deklaracji przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, złożył on oświadczenie, że otrzymał oraz zapoznał się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia,

- naruszenie przepisów prawa materialnego, a to:

1) art. 5 k.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie przez Sąd I instancji, że stanowi samodzielną podstawę roszczenia objętego pozwem,

2) 384 § 1 k.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie oraz przyjęcie przez Sąd I instancji, że postanowienia umowy ubezpieczenia stanowiące podstawę odmowy spełnienia świadczenia przez pozwanego nie były wiążące dla J. A. (2),

3) art. 481 § 1 k.c. w zw. art. 455 k.c. i w zw. art. 363 § 2 k.c. przez ustalenie daty początkowej naliczania odsetek ustawowych na datę inną niż dzień wyrokowania, podczas gdy wysokość tego świadczenia została ustalona dopiero przez Sąd, a pozwany nie dopuścił się opóźnienia,

4) art. XIII ust. 7 pkt. 1 Ogólnych Warunków i Grupowego (...) dla małych i średnich firm nr (...), które zostały przyjęte uchwałą zarządu pozwanego nr (...) z 24.02.2012r. przez ich niezastosowanie, a w konsekwencji przyjęcie, że pozwany nie posiadał uprawnienia do odmowy spełnienia świadczenia.

Wskazując na powyższe zarzuty, pozwany wniósł o częściową zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa w całości, zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa według norm przepisanych, ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji wraz z orzeczeniem o kosztach postępowania.

Pełnomocnik powódki w zażaleniu zarzucił sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z zebrany w sprawie materiałem, polegającą na przyjęciu, że wynagrodzenie adwokata z urzędu powinno być ustalone w stawce minimalnej (2 400 zł + 552 zł = 2 952 zł), podczas gdy jego zdaniem biorąc pod uwagę nakład pracy adwokata i zawilóść sprawy oraz wszystkie inne przesłanki wymienione w § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłacanej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu, wynagrodzenie to powinno być ustalone w maksymalnej stawce określonej w § 8 pkt 5 z doliczeniem podatku VAT (4 800 zł + 1 104 zł = 5 904 zł).

Wskazując na powyższy zarzut, skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w pkt III przez zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kwoty 5 904 zł tytułem kosztów nieopłacanej pomocy prawnej udzielonej z urzędu powódce przez adwokata K. W. prowadzącego Kancelarię Adwokacką w L..

Sąd Okręgowy zważył, co następuje :

Apelacja i zażalenie są niezasadne.

Na wstępie należy stwierdzić, że w sprawie nie zachodzą uchybienia, które Sąd Okręgowy bierze pod rozwagę z urzędu, a których wystąpienie powodowało by nieważność postępowania – art. 378 § 1 k.p.c.

Odnosząc się do zarzutów apelacji, Sąd Okręgowy uznał, że nie zachodzi naruszenie przepisów prawa materialnego i procesowego, powołanych przez skarżącego.

Sąd Okręgowy podziela w całości ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego oraz wnioski prawne wyciągnięte na ich podstawie i przyjmuje je za własne.

Dla odniesienia się do zarzutów naruszenia prawa materialnego, najpierw należało się odnieść do zarzutu naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c.

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd Rejonowy dokładnie przeprowadził postępowanie dowodowe i dokonał prawidłowej oceny dowodów.

Zgodnie z w/w powołanym przepisem, sąd ma obowiązek rozważyć wszystkie przeprowadzone w sprawie dowody z uwzględnieniem okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla ich mocy i wiarygodności. Swobodna ocena w tym zakresie polega na logicznym powiązaniu ujawnionych w postępowaniu faktów w całość zgodną z doświadczeniem życiowym. Strona kwestionująca prawidłowość zastosowania art. 233 § 1 k.p.c. powinna przedstawić argumenty świadczące o niezachowaniu przez sąd powyższych reguł. Zarzut ten nie może natomiast polegać na zaprezentowaniu stanu faktycznego ustalonego przez skarżącego na podstawie własnej oceny dowodów. Dla skutecznego postanowienia

zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c., nie jest wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął sąd doniosłości poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu. Same nawet poważne wątpliwości co do trafności oceny dokonanej przez sąd pierwszej instancji (w rozpoznawanej sprawie Sąd okręgowy takich nie stwierdził), jeżeli tylko nie wykroczyła ona poza granice zakreślone w art. 233 § 1 k.p.c., nie powinny stwarzać podstawy do zajęcia przez sąd drugiej instancji odmiennego stanowiska (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.04.2012r. I UK 347/11).

Skarżący upatrywał naruszenia w/w przepisu ustawy przez niedokonanie wszechstronnego rozważenia okoliczności sprawy wynikających z zebranego materiału dowodowego. W tej kwestii twierdzenia skarżącego, że Sąd niezasadnie uznał, iż J. A. (2) w momencie podpisania deklaracji przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie nie podał okoliczności niezgodnych z prawdą oraz, że nie zataił informacji, o które pozwany pytał w kwestionariuszu - są nieuprawnione. Przecież Sąd Rejonowy uznał, że ubezpieczony nie podał w sensie obiektywnym prawidłowych informacji odnośnie swojego stanu zdrowia i to było jakby poza sporem. Sąd Rejonowy natomiast uznał, że brak podania pełnej informacji nie wynika z celowego działania ubezpieczonego lub chęci zatajenia jakiś informacji tylko z powodu niezrozumiałego i nieprecyzyjnego zapytania ubezpieczonego o te informacje. Sąd Rejonowy w sposób obszerny wyjaśnił w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku przyczyny przyjęcia takiego stanowiska, posiłkując się w tej kwestii również stanowiskiem Sądu Najwyższego, a Sąd Okręgowy je w pełni podziela i uznaje za zbędne ich powtarzanie. Zwrócić należy jedynie ponownie uwagę na wielkość trzcionki druku (k.9) treści najważniejszych oświadczeń zawartych w deklaracji, które ubezpieczony miał złożyć (podpisać).

Jeżeli chodzi o zarzut błędnego ustalenia, że pozwany nie dostarczył J. A. (2) ogólnych warunków ubezpieczenia, podczas gdy w deklaracji przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, złożył on oświadczenie, że otrzymał oraz zapoznał się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, to stwierdzić należy, że w sprawie nie było do końca jasne czy faktycznie ubezpieczony w chwili zawierania umowy otrzymał OWU, ale jeżeli nawet tak było, to w żaden sposób nie można przyjąć by mógł się z nimi zapoznać w czasie gdy podpisywał deklarację przystąpienia do ubezpieczenia. Należy w tym miejscu podać, że OWU liczą 58 stron i utopią było by uznanie, że pracownik w krótkiej chwili w czasie nawału pracy, przeczyta ze zrozumieniem taki tekst. Podpisanie zaś w deklaracji o otrzymaniu OWU i zapoznaniu się z nimi miało znaczenie tylko formalne i nie może być uznane za rzeczywiste zapoznanie się z warunkami. Praktyka pozwanego z zawieraniem umów grupowego ubezpieczenia była już przedmiotem wyjaśnień przed tut. Sądem do sprawy III Ca 644/14 i na podstawie niniejszej sprawy należy stwierdzić, że nic w tym przedmiocie się nie zmieniło. Wygląda to w ten sposób, że do zakładu pracy przyjeżdża agent ubezpieczeniowy, który rozdaje deklaracje, przedstawia same korzyści z takiego ubezpieczenia, a pracownicy mają np. przerwę śniadaniową na jej przeczytanie i podpisanie. Wszystko odbywa się w bardzo dużym pośpiechu i nie można mówić tu o zrozumieniu tego co udało im się przeczytać. W tym miejscu należy podkreślić, że istotne zapytania w deklaracji są wydrukowane bardzo małym druczkiem, dla wielu osób nieczytelnym nawet w okularach.

Nie może być zatem przyzwolenia na wyciąganie negatywnych wniosków w stosunku do ubezpieczonych (konsumentów), jeżeli nie da się im czytelnych i wyraźnych podstaw do udzielenia prawidłowych i potrzebnych informacji do skorzystania z ubezpieczenia.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 384 § 1 k.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że postanowienia umowy ubezpieczenia stanowiące podstawę odmowy spełnienia świadczenia przez pozwanego, nie były wiążące dla J. A. (2), stwierdzić należy, że - w świetle powyższych rozważań - także jest niezasadny. Jak już wyżej podano, brak jest podstaw do uznania, że ubezpieczony J. A. (2) udzielił świadomie nieprawdziwych informacji co do swojego stanu zdrowia i korzystania z leczenia. Ponadto podkreślenia wręcz wymaga zachowanie pozwanego po otrzymaniu pisma ubezpieczonego z dnia 12.11.2012r. (k.59-61), w którym po odmowie mu wypłaty świadczenia w związku z pobytem w szpitalu w dniach 2.10-12.10.2012r., zwrócił się do pozwanego o wyjaśnienie czy w razie jego śmierci rodzina - po zgromadzeniu i przedstawieniu stosownych dokumentów - otrzyma również odmowną odpowiedź z tego powodu, że alkohol został wpisany przez życie w jego historii choroby. Podał, że oczekuje na w miarę szybką i wyczerpującą odpowiedź, jednak pozwany na to nie tylko nie odpowiedział, ale i nie rozwiązał z J. A. (2) umowy ubezpieczenia, a nawet nie zmienił jego warunków. Przecież wtedy znał już stan zdrowia ubezpieczonego i konieczność jego dalszego leczenia. Po tym ubezpieczony nie musiał mieć już żadnych wątpliwości, że jest objęty ubezpieczeniem.

Z tego też względu nieskutecznie został powołany zarzut naruszenia art. XIII ust. 7 pkt. 1 OWU na Życie dla małych i średnich firm nr (...) przez ich niezastosowanie.

Zarzut naruszenia art. art. 481 § 1 k.c. w zw. art. 455 k.c. i w zw. art. 363 § 2 k.c. przez ustalenie daty początkowej naliczania odsetek ustawowych na datę inną niż dzień wyrokowania, podczas gdy jego zdaniem wysokość tego świadczenia została ustalona dopiero przez Sąd, również nie zachodzi. Wysokość świadczenia nie została ustalona przez Sąd tylko przez ubezpieczyciela – pozwanego w umowie grupowego ubezpieczenia, a zatem nie było żadnych niejasności co do jej wysokości w przypadku zaistnienia ryzyka w postaci śmierci ubezpieczonego.

Zgodzić natomiast należy się ze stanowiskiem pozwanego, że podstawą roszczenia nie może być przepis art. 5 k.c. Sąd Rejonowy przywołując ten przepis nie podał go jako podstawę rozstrzygnięcia, ale w istocie rzeczy chciał podkreślić, że odmowa wypłaty świadczenia uposażonej w świetle okoliczności w tej sprawie, stanowiła by także nadużycie prawa.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy uznał, że apelacja pozwanego nie zasługiwała na uwzględnienie i ją oddalił na zasadzie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z § 8 pkt 5 w zw. z § 16 ust. 1 pkt 1 i § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3.10.2016r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu.

Odnosząc się do zażalenia pełnomocnika powódki, Sąd Okręgowy uznał, że jest ono niezasadne.

Wbrew zarzutom skarżącego, sprawa nie była skomplikowana pod względem prawnym. Ocena ta dokonywana jest przy założeniu i uwzględnieniu pewnej wiedzy zawodowego pełnomocnika. Sprawa też nie była skomplikowana pod względem dowodowym. Nie można zatem uznać by również wymagała ponadstandardowej wiedzy i pracy do skonstruowania pozwu, powołania wniosków dowodowych czy uczestnictwa w rozprawach. W tej sytuacji Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw do podwyższenia stawki minimalnej z tytułu wynagrodzenia pełnomocnika powódki.

Konsekwencją oddalenia zażalenia było obciążenie powódki kosztami postępowania zażaleniowego na rzecz pozwanego na zasadzie art. 98 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 3 w zw. z § 10 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015r. z późn. zmianą w sprawie opłat za czynności adwokackie.

O kosztach postępowania zażaleniowego na rzecz pełnomocnika powódki z urzędu, Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 29 prawa o adwokaturze w zw. z § 8 pkt 3, § 4 ust. 3 i § 16 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3.10.2016r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu.

(...)