

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 27 grudnia 2017 r., wydanym w sprawie z powództwa B. D. przeciwko C. Towarzystwu (...) w W. o zapłatę, Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi oddalił powództwo i zasądził od powódki na rzecz strony pozwanej kwotę 5.417,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd I instancji ustalił, że powódka i jej mąż Z. D., zawierając w dniu 25 lipca 2008 r. z (...) Bank S.A. umowę kredytu, zostali objęci ubezpieczeniem w ramach grupowego ubezpieczenia m.in. na wypadek śmierci kredytobiorcy; ochrony ubezpieczeniowej udzielał pozwany, ówczesnie występujący pod firmą (...). W § 4 ust. 5 ogólnych warunków umów (OWU), stanowiących integralną część umowy, zastrzeżono, że w przypadku ryzyka znacznie odbiegającego od standardowego, ubezpieczyciel ma prawo zaproponować wyższą składkę lub odmówić objęcia kredytobiorcy umową ubezpieczenia. Według § 9 ust. 3 OWU, ubezpieczyciel ma prawo odmowy spełnienia świadczenia w przypadku podania przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego nieprawdziwych informacji, chyba że nie mają one wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Powódka i jej mąż otrzymali umowę i ogólne warunki umów, z którymi mogli się zapoznać przed przeczytaniem, a agent zawierający umowę w imieniu ubezpieczyciela nie informował ich, by stan zdrowia nie miał żadnego wpływu na możliwość objęcia ochroną ubezpieczeniową. Z. D. wraz z wnioskiem o objęcie ubezpieczeniem złożył oświadczenie o stanie swego zdrowia, oświadczając m.in., że nie zasięgał porady lekarskiej, nie zdiagnozowano u niego, ani nie leczył się z powodu m.in. choroby serca, podwyższonego ciśnienia (nadciśnienia) ani cukrzycy. W dacie zawarcia umowy Z. D. cierpiał jednak na cukrzycę II stopnia leczoną farmakologicznie, w 2001 r. został skierowany do poradni kardiologicznej, a w 2003 r. rozpoznano u niego nadciśnienie tętnicze, które leczone było następnie lekami hipotensyjnymi – ostatnie zalecenie przyjmowania tych leków wydano w lutym 2007 roku. Podczas kolejnych wizyt zlecano już jedynie leki przeciwcukrzycowe, a w dokumentacji brak wpisów dotyczących podejrzenia wady serca.

Z. D. zmarł w dniu 28 kwietnia 2010 r. W rozpoznaniu sekcyjnym stwierdzono zgon naturalny powolny w przebiegu w pełni rozwiniętego zespołu przewlekłego serca płucnego przy współistniejącej mieszanej wadzie zastawki ujścia tętniczego lewego. Kapitał kredytu na dzień jego śmierci wynosił 50.043,12 zł i powódka spłaciła to zadłużenie. Pozwany odmówił wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego związanego ze śmiercią Z. D.. W dniu 7 stycznia 2013 r. powódka złożyła wniosek o zawiązanie pozwanego do próby ugodowej; posiedzenie sądowe odbyło się w dniu 10 kwietnia 2013 r., ale do zawarcia ugody nie doszło. W dniu 13 czerwca 2016 r. uposażony bank przeniósł na powódkę prawa do świadczeń z tytułu ochrony ubezpieczeniowej. Sąd nie uwzględnił wniosku o uzupełnienie opinii biegłego lekarza kardiologa na okoliczność tego, jak często w praktyce stosuje się leki zalecone Z. D. i czy mają one charakter leków silnych, stosowanych jedynie w szczególnych przypadkach, gdyż doszedł do przekonania, że ustalenie tych okoliczności nie jest niezbędne dla rozstrzygnięcia sprawy.

Na gruncie tego stanu faktycznego Sąd meriti uznał powództwo za niezasadne. Przytoczył treść art. 805 § 1 i 2 k.c., z którego wynika, że poprzez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a świadczenie to przy ubezpieczeniu osobowym polega na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego miało być spełnione na rzecz uposażonego (art. 831 k.c.), którym był bank, jednak zarzut braku legitymacji procesowej po stronie powodowej zdezaktualizował się jednak w toku procesu wobec dokonania przez bank przelewu na rzecz powódki wierzytelności z tego tytułu. Sąd zważył, że mimo tego powództwo nie było usprawiedliwione co do zasady z uwagi na wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazane w § 9 ust. 3 OWU, według którego ubezpieczyciel ma prawo odmowy spełnienia świadczenia w przypadku podania przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego nieprawdziwych informacji, chyba że powyższe informacje nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego; powołany zapis umowy odpowiada w przekonaniu Sądu regule ustawowej wyrażonej w art. 815 k.c. Sąd Rejonowy wskazał, że w myśl 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, a zgodnie z dyspozycją art. 815 § 3 k.c., ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości, przy czym jeżeli doszło do tego z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Sąd I instancji nie podzielił argumentacji powódki, która wywodziła, że w analizowanej sprawie ubezpieczyciel nie zwracał się do ubezpieczonych z żadnymi pytaniami, a jedynie zostało złożone wówczas oświadczenie ubezpieczonego, wobec czego dyspozycja art. 815 § 1 k.c. nie może mieć tu zastosowania. W ocenie Sądu sens tej regulacji sprowadza się do tego, że ubezpieczyciel ujawnia ubezpieczonemu okoliczności, które uznaje za istotne z punktu widzenia oceny ryzyka, zaś ubezpieczony obowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi informacji w tym przedmiocie zgodnych ze swą najlepszą wiedzą; sposób redakcyjnego ujęcia tych informacji ma znaczenie wtórne z punktu widzenia funkcji przepisu, którą jest umożliwienie ubezpieczycielowi dokonania właściwej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Wobec tego Sąd przyjął, że złożenie przez Z. D. oświadczenia, iż nie zdiagnozowano u niego i nie leczono określonych chorób, stanowiło „podanie okoliczności”, o którym mowa w art. 815 § 1 k.c. i w § 9 ust. 3 OWU. Jak wynika z kolei z art. 815 § 3 k.c., w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały umyślnie podane do wiadomości ubezpieczyciela, choć ten o nie zapytywał przed zawarciem umowy. Zwrócono uwagę, że w niniejszej sprawie ustalono, iż w rozpoznaniu sekcyjnym stwierdzony został zespół przewlekłego serca płucnego, a w szczegółowym opisie podano takie cechy jak: rozciągnięcie pierścienia włóknistego zastawki, znaczne poszerzenie światła prawego przedsionka, morfologiczne cechy nadciśnienia płucnego, a Sąd nie ma z urzędu wiadomości specjalnych pozwalających rozstrzygnąć, czy okoliczności te, skutkujące ostatecznie śmiercią ubezpieczonego, nie stanowiły następstwa przewlekłego nadciśnienia; wobec tego, że żadna ze stron nie wykazała inicjatywy dowodowej w celu ich wyjaśnienia, konieczne jest zastosowanie opisanego wyżej domniemania i przyjęcie, że wypadek jest skutkiem tych okoliczności, które zostały w sposób umyślny zatajone. Konsekwencją powyższego jest wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela i zachodzące po jego stronie uprawnienie do odmowy spełnienia świadczenia, zarówno w oparciu o dyspozycję art. 815 § 3 k.c., jak też zgodnie z postanowieniem § 9 ust. 3 OWU. Sąd meriti wskazał jeszcze, że nie podziela argumentacji strony powodowej o niezrozumiałości podpisanego przez Z. D. tekstu oświadczenia dotyczącego zdiagnozowania i leczenia nadciśnienia, gdyż w ocenie Sądu nie budzi wątpliwości, że nie zawiera ono ograniczenia czasowego, a jeśli nawet kwestia ta mogła być wątpliwa dla ubezpieczonego, to nic nie stało na przeszkodzie, by przedstawił agentowi lub ubezpieczycielowi swoje wątpliwości i zwrócił się o ich wyjaśnienie. Powództwo zostało więc oddalone jako bezzasadne, a o kosztach procesu orzeczono zgodnie z wyrażoną w art. 98 k.p.c. zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, zasądzając od powódki poniesione przez stronę pozwaną koszty zastępstwa procesowego.

Apelację od tego wyroku wniosła powódka, zaskarżając go w całości i domagając się jego zmiany poprzez uwzględnienie powództwa w całości oraz zasądzenie na jej rzecz od pozwanego zwrotu kosztów postępowania przed Sądami obu instancji, ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy do rozpoznania Sądowi I instancji. Kwestionowanemu orzeczeniu zarzucono:

- sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez:

ustalenie przez Sąd, że powódka i jej mąż mogli swobodnie zapoznać się z umową oraz OWU przed podpisaniem umowy oraz przedmiotowego oświadczenia o stanie zdrowia w sytuacji, gdy z wyjaśnień powódki wynika, iż nie było takiej możliwości, ponieważ kwestia ubezpieczenia umowy pojawiła się dopiero przy finalnym podpisywaniu dokumentów w ramach procesu zawierania umowy w salonie samochodowym, a Sąd w sposób dowolny i nieuzasadniony dał w tym zakresie wiarę jedynie zeznaniom świadka T. P., pomijając przy tym wyjaśnienia powódki i nie wskazując, dlaczego tak czyni;

ustalenie przez Sąd, że zamieszczone w punkcie 4 c wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oświadczenie dotyczące zdiagnozowania i leczenia wskazanych tam schorzeń nie zawiera ograniczenia czasowego w sytuacji, gdy z treści tego oświadczenia takiego twierdzenia nie można wyprowadzić;

- naruszenie art. 815 § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie w wyniku przyjęcia, iż mąż powódki postąpił niezgodnie z normą w nim zawartą i nie podał do wiadomości ubezpieczyciela „wszystkich znanych sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach” w sytuacji, gdy wobec sposobu sformułowania punktu 4 c wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz wobec jego rzeczywistej wiedzy zarzutu takiego nie można mu przypisać;
- naruszenie art. 815 § 3 k.c. i § 9 ust. 3 OWU poprzez jego niewłaściwe zastosowanie w wyniku przyjęcia, że mąż powódki:

nie podał do wiadomości ubezpieczyciela okoliczności, o które ten zapytywał w sytuacji, gdy wobec sposobu sformułowania punktu 4 c wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz wobec jego rzeczywistej wiedzy zarzutu takiego nie można mu przypisać;

z winy umyślnej nie podał do wiadomości ubezpieczyciela okoliczności, o które ten zapytywał, a tym samym niewłaściwie przyjęcie przez Sąd domniemania, że jego śmierć była wynikiem tych okoliczności, w sytuacji, gdy wobec sposobu sformułowania punktu 4 c wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, możliwości jego interpretacji oraz wobec rzeczywistej wiedzy męża powódki zarzutu takiego nie sposób mu przypisać, w tym także zaniechania z winy umyślnej.

W odpowiedzi na apelację pozwany domagał się jej oddalenia i zasądzenia od skarżącej na jego rzecz zwrotu postępowania apelacyjnego.

#### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja nie jest zasadna.

Nie można podzielić zarzutów skarżącej odnoszących się do rzekomych uchybień przy ustalaniu stanu faktycznego sprawy. Podnieść należy przede wszystkim, że podnosząc tego rodzaju uchybienia, autor apelacji winien nie tylko przedstawić alternatywną i korzystną z punktu widzenia możliwości uwzględnienia jego stanowiska procesowego wersję wydarzeń, ale przede wszystkim wskazać, na czym konkretnie polegał błąd Sądu, który dał wiarę określonym dowodom i podjął decyzję, że na ich podstawie może dać wiarę twierdzeniom o faktach, z których strony wywodzą skutki prawne. Zarzut taki może być uznany za usprawiedliwiony tylko wówczas, jeżeli w jego ramach skarżący skutecznie wykaże, iż Sąd zaprezentował rozumowanie sprzeczne z regułami logiki, zasadami wiedzy lub z doświadczeniem życiowym. Sprzeczność ta występuje w szczególności w sytuacji, gdy z treści dowodu uznanego przez Sąd za podstawę ustaleń wynika co innego, niż zostało ostatecznie przyjęte, gdy pewnego dowodu nie uwzględniono przy dokonywaniu oceny, gdy sąd przyjął pewne fakty za ustalone, mimo że nie zostały one w ogóle lub dostatecznie potwierdzone lub gdy przyjął pewne fakty za nieudowodnione, mimo że nie było ku temu podstaw. Jeżeli natomiast z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to dokonana ocena nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, chociażby w równym stopniu i na podstawie tego samego materiału dowodowego dałoby się wysnuć wnioski odmienne. Podkreślić należy ponownie, że nie jest uchybieniem proceduralnym przyjęcie przez Sąd jednej z dwóch konkurencyjnych wersji wydarzeń, o ile nie naruszono przy tym przepisów prawa, zwłaszcza dotyczących prawidłowości oceny dowodów, a zarzut w tym przedmiocie nie może polegać wyłącznie na zaprezentowaniu własnych, korzystnych dla skarżącego ustaleń stanu faktycznego, dokonanych na podstawie własnej, korzystnej dlań oceny materiału dowodowego. Tak jednak właśnie w rozpoznawanej apelacji postąpił jej autor – profesjonalny pełnomocnik reprezentujący powódkę – który ograniczył się jedynie do wskazania, iż jego zdaniem, Sąd Rejonowy winien był dać wiarę wyjaśnieniom B. D. co do tego, że ona i jej mąż nie mogli swobodnie zapoznać się z umową, zawartym w niej oświadczeniem o stanie zdrowia i z OWU, a zamiast tego błędnie uznał za wiarygodne odmiennej treści zeznania świadka T. P., co doprowadziło w efekcie do ustalenia wersji wydarzeń niekorzystnej dla powódki. W złożonym środku odwoławczym brak jest jakiegokolwiek argumentacji co do tego, jakie uchybienia popełnił Sąd I instancji przy ocenie dowodów, w jaki sposób naruszył przy tym zasady logiki czy doświadczenia życiowego i z jakich przyczyn za bardziej wiarygodne

należałoby uznać twierdzenia skarżącej, a wszakże – jak powiedziano wyżej – należy to do zupełnie podstawowych obowiązków strony apelującej, zwłaszcza jeżeli osoba po tej stronie występująca korzysta z pomocy profesjonalisty dysponującego wiedzą prawniczą.

Już z tej przyczyny zarzut błędu w ustaleniach faktycznych co do tej okoliczności nie mógł zostać uwzględniony, skoro powódka nie była w stanie wyjaśnić Sądowi odwoławczemu, na czym w jej opinii polegają popełnione przy prowadzeniu postępowania dowodowego uchybienia procesowe, a za takie uchybienie nie można uznać samego w sobie faktu przyjęcia niekorzystnej dla skarżącej wersji wydarzeń w wyniku przeprowadzonego postępowania dowodowego. Bezzasadność tego zarzutu pogłębia fakt, że autor apelacji mija się z prawdą – co wydaje się dalekie od rzetelności wymaganej od reprezentującego stronę procesu profesjonalisty – wskazując, że powódka zeznawała na te okoliczności, a Sąd bezzasadnie pominął te zeznania, nie wyjaśniając w uzasadnieniu orzeczenia, z jakich przyczyn tak postąpił. W rzeczywistości B. D. nie wypowiadała się na ten temat ani podczas informacyjnego wysłuchania, ani po dopuszczeniu dowodu z jej przesłuchania, zaś jej pełnomocnik nie uznał za potrzebne zadania jej ewentualnych pytań w tym przedmiocie. W efekcie także i z tego powodu nie sposób podzielić tezy, że Sąd I instancji pominął wyjaśnienia powódki, a jej wymienione w treści zarzutu oświadczenia – o ile autor apelacji ma na myśli zawarty w złożonych do akt pismach procesowych opis podstawy faktycznej powództwa – nie zaliczają się w skład materiału dowodowego podlegającego ocenie na gruncie art. 233 § 1 k.p.c. Na zakończenie dodać do tego należy jeszcze, że Sąd II instancji podziela dokonaną przez Sąd meriti ocenę dowodu z zeznań świadka T. P. przy ustalaniu kwestionowanej okoliczności. Żadne fakty wynikające z materiału dowodowego nie dają podstaw do odmowy wiarygodności tym zeznaniom, natomiast trudno na tle stanu faktycznego sprawy byłoby przyjąć, że – jak wywodzi skarżąca – jej mężowi uniemożliwiono zapoznanie się z podpisywanym oświadczeniem czy z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczenia. Na gruncie zasad doświadczenia życiowego w istocie często zdarza się, że konsumenci podpisują przedkładane im dokumenty, nie zadając sobie trudu ich przeczytania, natomiast nie wydaje się możliwe, by pracownik kredytodawcy odmówił klientowi zapoznania się z dokumentami przedstawianymi przy zawieraniu umowy przed ich podpisaniem, jeżeli ten rzeczywiście wyraziłby taką wolę; nie ulega wątpliwości, że taka praktyka musiałaby wzbudzić uzasadnioną nieufność kontrahenta i tym samym z oczywistych przyczyn nie bywa zwykle stosowana w stosunkach między przedsiębiorcami i konsumentami. Odnotować zresztą trzeba, że tezie o nieprzeczytaniu przedmiotowego oświadczenia przez Z. D. zaprzecza już wprost kolejny zarzut apelacji, w którym skarżąca wywodzi z kolei, że jej mąż tekst oświadczenia przeczytał, ale niewłaściwie go zrozumiał z uwagi na niejasną jego redakcję.

Zarzut ten jednak również nie zasługuje na uwzględnienie. W niezwykle tym razem obszernych wywodach apelująca podnosi, że przy ocenie faktu podania nieprawdziwej okoliczności przez daną osobę i jej ewentualnej winy – jeżeli podanie informacji polega na podpisaniu zredagowanego przez kontrahenta oświadczenia – należy wziąć pod uwagę to, w jaki sposób takie sformułowanie mógł zinterpretować przeciętny konsument. Skarżąca zestawia przy tym kluczowy punkt 4 c oświadczenia z bezpośrednio go poprzedzającym punktem 4 b i zwraca uwagę, że o ile w tym ostatnim punkcie zapytano ubezpieczonego o zajście określonego zdarzenia (przebywanie na zwolnieniu lekarskim) w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed złożeniem oświadczenia, to w punkcie 4 c, dotyczącym porad lekarskich, diagnozy i leczenia wymienionych tam chorób, takiej cezurę czasowej nie zakreślono, jak również nie zamieszczono tam słowa „nigdy”. Zdaniem B. D., osoba zapoznająca się z treścią tego punktu mogła z tych powodów dowolnie ją interpretować co do okresu czasu, w jakim miałyby nastąpić określone zdarzenie, jak również mogła zrozumieć, że czasokres 12 miesięcy wymieniony w punkcie 4 b odnosi się także do zdarzeń wskazanych w punkcie następnym. Sąd odwoławczy nie podziela tego przekonania i uważa punkt 4 c oświadczenia za jasny i niebudzący wątpliwości interpretacyjnych, zarówno w zakresie jego treści, jak i umieszczenia w kontekście całości oświadczenia. Dla każdego człowieka, w tym także dla przeciętnego konsumenta, jasne jest, że sformułowane w czasie przeszłym pytanie o zajście jakiegoś zdarzenia dotyczy całej przeszłości poprzedzającej chwilę zadania pytania, o ile w jego treści czasokres wystąpienia zdarzenia nie został w jakiś sposób zawężony; nie jest z pewnością w takiej sytuacji niezbędne dla właściwego zrozumienia pytania zawarcie w nim słowa „nigdy”. Nie ma też żadnych uzasadnionych przyczyn, by ktokolwiek zakładał, że określone zastrzeżenie zawarte w wyraźnie wyodrębnionej jednostce redakcyjnej oświadczenia odnosi się również do treści innej jednostki. Zestawienie punktu 4 c z poprzedzającym go i przed chwilą

przeczytanym przez odbiorcę punktem 4 b oświadczenia – gdzie taki czasokres został właśnie wyraźnie określony – usuwa właśnie, wbrew stanowisku apelującej, wątpliwości w tym przedmiocie, skoro bowiem przy zapytaniu o inne fakty ubezpieczyciel wyraźnie zakreślił cezurę czasową, to – niezależnie już od intuicyjnego rozumienia treści punktu 4 c przez przeciętnego człowieka – nie ma podstaw, by odbiorca czynił zgola nieuzasadnione założenia, że podobną (czy nawet tę samą) cezurę miał na myśli autor oświadczenia tam, gdzie takiego ograniczenia czasowego nie zamieścił. Reasumując, tekst podpisanego przez Z. D. oświadczenia jest w ocenie Sądu II instancji jednoznaczny i sam w sobie nie stanowi wystarczającej przesłanki, by podzielić tezy skarżącej w tym przedmiocie, zaś powódka nie wykazała w toku postępowania żadnej innej okoliczności, która świadczyć mogłaby o tym, że z jakichkolwiek przyczyn jej mąż niewłaściwie zrozumiał treść składanego oświadczenia. W konsekwencji chybiony jest też zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 815 § 1 k.c. w związku z art. 815 § 2<sup>1</sup> k.c., gdyż z ustalonych w niniejszej sprawie okoliczności wynika, że ubezpieczony nie zastosował się do swych obowiązków informacyjnych wynikających z tego unormowania. Nie ulega żadnej wątpliwości, że Z. D. wiedział, iż w przeszłości leczył się z powodu cukrzycy i nadciśnienia, a wobec faktu, że przedstawione mu do podpisu oświadczenie w tym przedmiocie było zrozumiałe i nie budziło wątpliwości interpretacyjnych, nie sposób stanąć na innym stanowisku niż przyjęcie, iż w efekcie zaniedbał on podania do wiadomości ubezpieczyciela znanych sobie okoliczności, o które był zapytywany przed zawarciem umowy ubezpieczenia, wprost zaprzeczając faktowi zdiagnozowania u niego i leczenia wymienionych w oświadczeniu chorób.

Analizując następnie kwestię zarzucanego przez skarżącą niewłaściwego zastosowania art. 815 § 3 k.c. i § 9 ust. 3 OWU, nie można więc – z przyczyn, które wyłożono powyżej – podzielić przekonania autora apelacji, że ze względu na sposób sformułowania punktu 4 c wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz rzeczywistą wiedzę ubezpieczonego nie została spełniona wymieniona w tych unormowaniach przesłanka niepodania przez ubezpieczonego do wiadomości ubezpieczyciela okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem umowy. Podkreślić trzeba w tym miejscu, że zakres zastosowania art. 815 § 3 k.c. i § 9 ust. 3 OWU różni się od siebie, co nie jest bez znaczenia przy stosowaniu przez Sąd prawa materialnego do stanu faktycznego sprawy. Odnotować należy, że w sytuacji spełnienia powyższej przesłanki ogólne warunki umowy ubezpieczenia nakładają na ubezpieczyciela obowiązek wypłaty świadczenia jedynie wówczas, gdy niepodane przez ubezpieczonego informacje nie zwiększyły prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, podczas gdy przepis zawarty w Kodeksie cywilnym nie wyłącza w tym przypadku takiego obowiązku, zezwalając ubezpieczycielowi na uchylenie się od odpowiedzialności tylko wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe było rzeczywiście skutkiem okoliczności niepodanych do jego wiadomości, zaznaczając, że w razie wątpliwości należy przyjąć istnienie takiego związku przyczynowo-skutkowego, jeżeli ubezpieczony uchybił swoim obowiązkom informacyjnym z winy umyślnej. Oznacza to, że na gruncie unormowań OWU ubezpieczyciel byłby uprawniony do uchylenia się od spełnienia świadczenia, o ile tylko okoliczność niepodana przez ubezpieczonego zwiększałaby prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, choćby nawet było niewątpliwe, iż zdarzenie to w określonej sytuacji faktycznej nie stanowiło konsekwencji zatajonej okoliczności, zaś w myśl przepisów Kodeksu cywilnego odpowiedzialność ubezpieczyciela nie byłaby wówczas wyłączona; między tymi unormowaniami zachodzi więc sprzeczność w opisanym zakresie. Trzeba mieć na uwadze, iż przepis art. 807 § 1 k.c. wskazuje, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia lub postanowienia umowy ubezpieczenia sprzeczne z przepisami tytułu XXVII księgi trzeciej Kodeksu cywilnego są nieważne, chyba że dalsze przepisy tego tytułu przewidują wyjątki, co oznacza, że przepisy Kodeksu cywilnego wyznaczają ramy, w jakich powinny się mieścić postanowienia OWU i umów ubezpieczenia, w tym sensie, iż postanowienia te nie mogą odbiegać na niekorzyść ubezpieczających czy ubezpieczonych od przepisów kodeksowych, choć bez wątpienia mogą być korzystniejsze. Skoro więc przepisy Kodeksu cywilnego określają przesłanki, jakie muszą być spełnione, aby ubezpieczyciel mógł odmówić wypłaty odszkodowania, to postanowienia OWU i postanowienia umowne nie mogą rozszerzać katalogu okoliczności, w których ubezpieczyciel będzie zwolniony od spełnienia swojego świadczenia (tak np. w wyroku SA w Warszawie z dnia 17 kwietnia 2013 r., V ACa 1117/12, niepubl.). Oznacza to, że za nieważne należy uznać unormowanie § 9 ust. 3 OWU w części, w jakiej postanowienie to wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela w związku z niedopełnieniem przez ubezpieczonego obowiązków informacyjnych w innych sytuacjach niż przewidziane w Kodeksie cywilnym, a zatem przyjąć trzeba, iż pozwany mógłby zwolnić się z obowiązku świadczenia jedynie wówczas, gdy – jak wymaga tego art. 815 § 3 k.c. – istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieujawnioną przez ubezpieczonego okolicznością i zdarzeniem

ubezpieceniowym (śmiercią Z. D.), a jeśli do zatajenia informacji doszło z winy umyślnej, to także i wówczas, gdy zachodzą wątpliwości co do istnienia tego związku.

W rozpoznawanej sprawie – co odnotował też Sąd Rejonowy – związek przyczynowy pomiędzy śmiercią Z. D. i uprzednim zdiagnozowaniem u niego cukrzycy i nadciśnienia oraz podjęciem przez niego leczenia tych chorób nie został udowodniony. Zgodzić się należy natomiast z tym Sądem, że zachodzą w tym względzie istotne wątpliwości, które w toku postępowania nie zostały usunięte, zważywszy, że bez posłużenia się wiadomościami specjalnymi trudno rozstrzygnąć, czy wskazywane w uzasadnieniu orzeczenia za rozpoznaniem sekcyjnym: rozciągnięcie pierścienia włóknistego zastawki, znaczne poszerzenie światła prawego przedsionka i morfologiczne cechy nadciśnienia płucnego, składające się na zespół przewlekłego serca płucnego będący przyczyną śmierci ubezpieczonego, można uznać za konsekwencje chorób, na które cierpiał mąż powódki, w szczególności nadciśnienia tętniczego; stanowiska Sądu co do istnienia wątpliwości w tym przedmiocie nie kwestionuje także skarżąca. Kluczowa dla możliwości uchylenia się pozwanego od wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego – a tym samym również dla rozstrzygnięcia sprawy – jest więc problematyka winy umyślnej ubezpieczonego przy niedopełnieniu jego obowiązków informacyjnych względem ubezpieczyciela. Autor apelacji i w tym wypadku, stawiając zarzut naruszenia art. 815 § 3 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, opiera swe tezy na twierdzeniach o niejasnym sformułowaniu oświadczenia, którego jakoby nie zrozumiał Z. D. wobec wielości jego możliwych interpretacji, oraz o związanym z tym braku wiedzy ubezpieczonego w przedmiocie okoliczności, o które go zapytywano. Jak już wyjaśniono powyżej, Sąd II instancji nie podzielił stanowiska o niejednoznacznej interpretacji przedłożonego mężowi powódki oświadczenia, jak również co do możliwości zapoznania się przez ubezpieczonego z jego treścią. Skoro zatem Z. D. należycie zrozumiał postawione mu pytanie, zaś dokonane ustalenia faktyczne pozwalają przyjąć, że miał pozytywną wiedzę co do okoliczności, o które go pytano, a mimo to niezgodnie z prawdą podał, iż nie zdiagnozowano u niego cukrzycy ani nadciśnienia tętniczego i że nie był leczony w związku z tymi chorobami, to nie sposób nie przypisać mu zamiaru naruszenia wynikającego z art. 815 § 1 k.c. obowiązku informacyjnego względem ubezpieczyciela. Żadne okoliczności wykazane w toku postępowania nie dają podstaw do odstąpienia od wynikającej z powyższych przesłanek tezy, że mąż skarżącej świadomie podał ubezpieczycielowi dane niezgodne z prawdą. Dodać jeszcze można, że nawet gdyby w rzeczywistości ubezpieczony podpisał przedłożone mu oświadczenie, zaniedbując jego przeczytania mimo istnienia takiej możliwości – choć do poczynienia takich ustaleń nie ma w materiale dowodowym żadnych podstaw i Sądy obu instancji ich nie poczyniły – to nadal jego zachowaniu należałoby przypisać cechy umyślności, zważywszy, że postępując tak, musiał przewidywać zachodzącą z istotnym prawdopodobieństwem możliwość, iż złoży w ten sposób oświadczenie niezgodne z prawdą, a jednocześnie bez oporu godził się na to. W doktrynie podnosi się trafnie, że na gruncie prawa cywilnego do przypadków zachowania umyślnego można zaliczyć oba wyróżniane w prawie karnym rodzaje zamiaru, a więc bezpośredni i ewentualny, i już przewidywanie możliwości przekroczenia normy połączone z akceptacją tej możliwości pozwala mówić o zachowaniu umyślnym (tak np. P. Machnikowski [w:] „System prawa prywatnego. Prawo zobowiązań – część ogólna. Tom 6” pod red. A. Olejniczaka, Warszawa 2009, s. 412). W rezultacie powyższych rozważań Sąd odwoławczy jest zdania, że przy rozstrzygnięciu sprawy niniejszą Sąd I instancji prawidłowo zastosował art. 815 § 3 k.c. i trafnie przyjmując winę umyślną ubezpieczonego przy wypełnianiu obowiązku informacyjnego z art. 815 § 1 k.c. w związku z art. 815 § 2<sup>1</sup> k.c. oraz odnotowując istnienie wątpliwości co do związku przyczynowego pomiędzy nieujawnionymi danymi i zdarzeniem ubezpieczeniowym, słusznie uznał na gruncie tego przepisu, że pozwany ubezpieczyciel może skutecznie uchylić się od obowiązku wypłaty świadczenia. Podkreślić trzeba, że istotą normy prawnej zawartej w art. 815 § 3 zd. II k.c. jest w istocie – o ile istnieją wątpliwości co do opisanego wyżej związku przyczynowego – przerzucenie na ubezpieczonego ciężaru wykazania jego braku w realiach rozpoznawanej sprawy. W postępowaniu niniejszym powódka miała wciąż otwartą drogę do zgłoszenia stosownych wniosków dowodowych mogących skutecznie przyczynić się do uwzględnienia jej powództwa, w szczególności domagać się dopuszczenia dowodu z opinii biegłego lekarza stosownej specjalności potrafiącego przy wykorzystaniu posiadanych wiadomości specjalnych ewentualnie wykluczyć przyczynienie się w jakimkolwiek zakresie cukrzycy i nadciśnienia tętniczego, na które cierpiał jej mąż, do jego śmierci, jednak skarżąca z tej drogi nie zdecydowała się skorzystać. Wobec niewykazania okoliczności, z której B. D. mogłaby wywieść korzystne dla siebie skutki prawne, Sąd nie miał żadnych podstaw,

by uznać, że śmierć ubezpieczonego nie była skutkiem jego nieujawnionych przed ubezpieczycielem schorzeń i w konsekwencji przyjąć, że nie zaszła przesłanka pozwalająca pozwanemu uchylić się od odpowiedzialności umownej.

Dodać trzeba, że Sąd odwoławczy ostatecznie – wobec bezzasadności powyższych zarzutów – podziela w całości ustalenia faktyczne Sądu niższej instancji i przyjmuje je za własne, jak również jest zdania, że Sąd ten prawidłowo zastosował w sprawie przepisy prawa materialnego. Uzasadnia to oddalenie apelacji na podstawie art. 385 k.p.c. O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono w oparciu art. 98 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, ustalając, że na koszty te składa się wynagrodzenie reprezentującego stronę pozwaną pełnomocnika określone w myśl § 10 ust. 1 pkt. 1 w związku z § 2 pkt. 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 265) na kwotę 2.700,00 zł.