Sygn. akt XIV C 1313/18

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 grudnia 2020 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy XIV Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Sądu Rejonowego Aleksandra Smólska-Kreft
Protokolant:	stażysta Agata Bakaj

po rozpoznaniu w dniu 7 grudnia 2020 r. w Bydgoszczy

sprawy z powództwa J. W.

przeciwko Towarzystwu (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 35.000,00 zł (trzydzieści pięć tysięcy złotych 00/100) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 30 czerwca 2016r. do dnia zapłaty;

2. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.367,00 zł (pięć tysięcy trzysta sześćdziesiąt siedem złotych 00/100) tytułem zwrotu kosztów procesu.

SSR Aleksandra Smólska-Kreft

Sygn. akt: XIV C 1313/18

UZASADNIENIE

Powód J. W. pozwem z dnia 6 czerwca 2018 roku domagał się od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. w W. zapłaty kwoty 35.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 30 czerwca 2016 roku do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, iż w dniu 30 maja 2014 roku E. W. – jego matka przystąpiła do grupowego ubezpieczenia pracowniczego. Umowę zawarł ubezpieczyciel z pracodawcą. W dniu 26 maja 2016 r. ubezpieczona zmarła. Powód zgłosił Towarzystwu (...) S.A wypadek ubezpieczeniowy objęty polisą. Ubezpieczyciel odmówił wypłaty świadczenia na tej podstawie, że zmarła podała niezgodne z prawdą dane o swoim stanie zdrowia. Powód złożył reklamację powołując się na ciągłość ubezpieczenia. Reklamacja została rozstrzygnięta negatywnie, a nadto po upływie 30 dniowego terminu wynikającego z ustawy na jej rozpatrzenie.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu. W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany wskazał, iż odnośnie spóźnionej odpowiedzi na reklamację to fakt jej wystąpienia nie wyklucza możliwości kwestionowania przez pozwanego zasadności roszczenia. Sytuacja taka zmienia jedynie rozkład ciężaru dowodu. Zmarła była ubezpieczona u pozwanego w dwóch okresach. Najpierw przystąpiła do ubezpieczenia 30 maja 2014 r. nr polisy (...) i zakończyła ubezpieczenie wraz z zakończeniem pracy 30 listopada 2015 r. , a następnie przystąpiła do ubezpieczenia 31 stycznia 2016 r., nr polisy (...). Świadczenie z tytułu zgonu

w obu przypadkach wynosiło 35.000 zł. Do obu umów miały zastosowanie te same OWU zatwierdzone uchwałą Zarządu pozwanego nr (...). Mimo przerwy w ubezpieczeniu zmarła zachowała ciągłość stażu w umowie, a kolejne ubezpieczenie stanowiło ciągłość z poprzednim. Wobec tego oświadczenie o stanie zdrowia z 2016 r. było irrelewantne dla sprawy. Istotne znaczenie miała deklaracja przystąpienia z 30 maja 2014 r., w której ubezpieczona podała, że nie choruje na chorobę przewlekłą, nie była na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 4 tygodnie, nie ma wskazań do okresowej kontroli medycznej i przesłanek wskazujących na możliwość pogorszenia się jej stanu zdrowia. Gdyby E. W. podała informacje zgodne z prawdą ubezpieczyciel mógłby odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia na jej rzecz. Ubezpieczona bowiem od 2012 r. leczyła się na raka trzustki, którego w tym czasie u niej zdiagnozowano. Na tej podstawie odmówił wypłaty odszkodowania powodowi.

W toku postępowania stanowiska stron nie uległy zmianie.

S ąd ustalił, co następuje:

W dniu 1 marca 2014 r. E. W. zawarła z (...) sp. z o.o. w B. umowę o dzieło na okres 12 miesięcy. Jednocześnie, na podstawie deklaracji złożonej w dniu 30 maja 2014 r. w dniu 1 czerwca 2014 r. przystąpiła do grupowego (...) nr polisy (...) . Koniec ochrony obliczeniowej przypadał na dzień 30 listopada 2015 r. Umowa ubezpieczenia przewidywała m. in. wypłatę świadczenia za śmierć ubezpieczonego w wysokości 35.000 zł.

O. ści bezsporne, a nadto deklaracja przyst ąpienia – k. 58-59, indywidualny certyfikat uczestnictwa – k. 60, aneks do umowy ubezpieczenia - k. 61, deklaracja przystąpienia – k. 62-62v umowa o dzieło k. 322,

We wniosku ubezpieczeniowym E. W. oświadczyła, że nie została u niej rozpoznana choroba przewlekła. W ciągu ostatniego roku nie była na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 4 tygodnie. Nie ma wskazań do okresowej kontroli medycznej po leczeniu poważnego zachorowania, ani do leczenia operacyjnego. Nic jej nie wiadomo przesłankach medycznych wskazujących na możliwość pogorszenia się jej stanu zdrowia.

W deklaracji nie zaznaczono, że konieczność podania takiego oświadczenia istnieje tylko w przypadku, gdy pracodawca zatrudnia do 20 pracowników.

O. ści bezsporne , a nadto deklaracja przyst ąpienia – k. 58.

Powyższa umowa ubezpieczenia została zawarta pomiędzy pozwanym ubezpieczycielem a (...) Sp. z o.o. od 31 stycznia 2008 r. W tamtym czasie spółka zatrudniała ok. 100 osób.

Okoliczności bezsporne, a nadto dowód: aneks do umowy ubezpieczenia – k. 61-61v, zeznania świadka Z. G. (1) – k. 383-385, zeznania świadka M. W. – k. 438-439.

Na podstawie deklaracji złożonej w dniu 31 stycznia 2016 r. od dnia 1 lutego 2016 r. E. W. ponownie przystąpiła do grupowego (...) nr polisy (...) oświadczając, że wcześniej była ubezpieczona w ramach umowy (...). Umowa ubezpieczenia przewidywała m. in. wypłatę świadczenia za śmierć ubezpieczonego w wysokości 35.000 zł.

W deklaracji zaznaczono, że konieczność podania takiego oświadczenia istnieje tylko w przypadku, gdy pracodawca zatrudnia do 20 pracowników.

O. ści bezsporne, a nadto dowód :deklaracja przyst ąpienia – k. 62-62v, indywidualny certyfikat uczestnictwa – k. 63

Powyższa umowa ubezpieczenia została zawarta pomiędzy pozwanym ubezpieczycielem a (...) Sp. z o.o. od 31 stycznia 2016 r. W tamtym czasie spółka zatrudniała ok. 7 osób.

O. ści bezsporne, a nadto dowód: polisa nr (...) – k. 64, zeznania świadka Z. G. (1) – k. 383-385, zeznania świadka M. W. – k. 438-439

Pracownicy przystępując do niniejszej umowy nie mieli obowiązku składnia kwestionariusza medycznego, a ubezpieczyciel nie miał możliwości skierowania ich na badania przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

O. ści bezsporne, a nadto dowód: aneks nr (...) do umowy potwierdzonej polis ą nr (...) – k. 65

Ogólne Warunki Ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy z 1 lutego 2016 r. stanowiły, że Ubezpieczony, który wystąpi z umowy grupowego na życie zawartej z A. Życie (...), a następnie przystąpi do umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej z A. Życie na podstawie niniejszych o.w.u. i przerwa pomiędzy datą wystąpienia i przystąpienia do umowy nie jest dłuższa niż 3 miesiące zachowuje ciągłość stażu w umowie. Ciągłość dotyczy wyłącznie zakresu podstawowego i tych klauzul dodatkowych, które objęte są ochroną zarówno w umowie (...) , z której ubezpieczony występuje, jak i w umowie ubezpieczenia, do której Ubezpieczony przystępuje (§68 ust. 1 i 2) .

O. ści bezsporne, a nadto dowód og ólne warunki ubezpieczenia grupowego n Życie A. Rodzina – k. 66-90v.

W ogólnych warunkach (OWU) nie zawarto zapisu, że konieczność złożenia oświadczenia o stanie zdrowia w deklaracji przystąpienia takiego oświadczenia istnieje tylko w przypadku, gdy pracodawca zatrudnia do 20 pracowników. Warunek taki wynikał jednak z treści druku deklaracji przystąpienia z 2016 r. i obowiązywał już co najmniej od 2008 r. , kiedy M. sp z o.o. zawarła z pozwanym pierwszą umowę ubezpieczenia.

O. ści bezsporne, a nadto dowód: og ólne warunki ubezpieczenia grupowego n Życie A. Rodzina – k. 66-90, korespondencja mailowa k. 361, zeznanie świadka Z. G. (1) – k. 383-385.

Przy zawieraniu umowy z 1 lutego 2016 r. pozwanego reprezentowała Z. G. (1). Zapewniła ona ubezpieczającego, że na podstawie umowy z 2008 r. funkcjonowała zasada braku obowiązku składania deklaracji o stanie zdrowia w przypadku podmiotu zatrudniającego powyżej 20 osób przy zwieraniu umowy ubezpieczenia, zaś nowa umowa będzie kontynuacją poprzedniej w pełnym zakresie. Informację taką agentka otrzymała ze swojej centrali.

O. ść bezsporna, a nadto dowód: korespondencja mailowa – k. 361, 365, 369, 371- 374, , zeznanie świadka Z. G. (1) – k. 383-385

W dniu 26 maja 2016 r . E. W. zmarła.

O. ść bezsporna.

Powód jest uprawnionym z umowy ubezpieczenia.

O. ść bezsporna.

Powód pismem z dnia 31 maja 2016 roku zgłosił powstanie szkody wywołanej zdarzeniem z dnia 26 maja 2016 roku do Towarzystwa (...) S.A. w W.. W odpowiedzi decyzją z dnia 6 czerwca 2016 roku pozwany odmówił wypłaty świadczenia z uwagi na fakt, ze ubezpieczona przy zawieraniu ubezpieczenia nie podała informacji medycznych istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przez złożenie deklaracji niezgodnej ze stanem faktycznym .

D. ód: zg łoszenie zdarzenia – k. 12-13, decyzja o odmowie przyznania odszkodowania z dnia 6 czerwca 2016 roku – k. 14.

Pismem z dnia 15 czerwca 2016 roku powód zgłosił reklamację. Pismem dopiero z dnia 18 lipca 2016 r. roku pozwany ustosunkował się do stanowiska powoda ponownie uzasadniając decyzję o odmowie wypłaty świadczenia wskazując na niezgodna z prawdą deklarację ubezpieczonej z 2014 r. .

D. ód: pismo powoda z dnia 19 maja 2014 roku – k. 25 – 26, pismo pozwanego z dnia 22 lipca 2014 roku – k. 27.

Z. G. (1) usiłowała pozyskać pozytywną opinię dla wniosku powoda o wypłatę. W toku kontaktów z pracownikami pozwanego zajmującymi się likwidacją szkód otrzymywała sprzeczne informacje, w tym , kiedy zmarła powinna złożyć

deklarację odnośnie jej stanu zdrowia, jakie znaczenie dla wypłaty świadczenia ma deklaracja z 2016 r. i na czym polega kontynuacja umowy i czy dotyczy ubezpieczającego.

Do***wód:*** korespondencja mailowa – k. 369-, zeznanie świadka Z. G. (1) – k.369 i 372

Przed wniesieniem pozwu ubezpieczyciel został ponownie trzykrotnie wezwany do zapłaty .

O. ść bezsporna, a nadto dowód: wezwania do zap łaty z dni 30 grudnia 2016 r., 23 lutego 2017 r. i 14 maja 2017 r. – k. 21-28v.

E. W. od października 2012 roku leczyła się na nowotwór złośliwy trzustki co najmniej do śmierci przebywała pod kontrolą lekarza. Z dokumentacji medycznej wynika, że bezpośrednią przyczyną jej zgonu w dniu 26 maja 2016 r. było zatrzymanie krążenia, przyczyną wtórną ostre uszkodzenie nerek, a pierwotną nowotwór złośliwy trzustki.

D. ód: karta zgonu – k. 10-11, dokumentacja medyczna E. W. – k. 100, 113-319v

S ąd zważył, co następuje:

Powyżej wskazany stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o bezsporne twierdzenia stron, zgromadzone w sprawie dokumenty i pisma zawierające korespondencję mailową oraz dowód z zeznań świadków Z. G. (1) i M. W..

Dokumenty zgromadzone w sprawie Sąd uznał za wiarygodne, ponieważ ich autentyczność nie była kwestionowana przez strony, a także nie budziła wątpliwości Sądu. Podobnie Sąd nie znalazł podstaw, aby nie przyjąć za prawdziwe faktów wynikających z korespondencji świadka G. z pracownikami likwidującymi szkodę oraz z przesłuchania świadków.

Sąd pominął dowód z opinii biegłego, bowiem odpowiedź na pytania zawarte w tezie pozwanego nie wniosły by istotnych informacji dla rozstrzygnięcia sprawy, zwłaszcza wobec treści złożonej dokumentacji medycznej. Również powód nie miał wiedzy istotnej dla sprawy, która nie wynikałaby z innych przeprowadzonych dowodów. Informacje, o które wnioskował pozwana\y od ZUS, Sąd ostatecznie również uznał za nieistotne dla rozstrzygnięcia , dlatego o nie nie monitował.

W przedmiotowej sprawie bezspornym było, że matka powoda – E. W. była objęta umową grupowego ubezpieczenia pracowniczego (art. 805 k.c.), na mocy której pozwany zobligowany był do wypłacenia powodowi świadczenia w wysokości 35.000 zł w przypadku śmierci ubezpieczonej.

Kwestią sporną było istnienie po stronie ubezpieczyciela obowiązku wypłacenia odszkodowania w związku ze zgonem ubezpieczonej z powodu złożenia przez ubezpieczoną deklaracji o stanie zdrowia niezgodnej z rzeczywistym stanem rzeczy.

Rozważania należy rozpocząć od wskazania, że umowa grupowego ubezpieczenia pracowniczego jest szczególną umową na rzecz osoby trzeciej, o której mowa w art. 808 k.c., to jest umową ubezpieczenia na cudzy rachunek. W konsekwencji, kto inny jest ubezpieczającym, a kto inny ubezpieczonym – osobą, w interesie której zawiera się umowę ubezpieczenia. W takiej sytuacji ubezpieczony nie jest podmiotem samej umowy ubezpieczenia, lecz stosunku prawnego ubezpieczenia.

Następnie należy rozważyć konsekwencje nie złożenia przez ubezpieczyciela w terminie odpowiedzi na reklamację powoda. Mimo, że ostatecznie odpowiedź była negatywna, Sąd uznał, że w niniejszej sprawie doszło do przerzucenia ciężaru dowodu z powoda na pozwanego, że roszczenie powoda jest nieuzasadnione. „W postępowaniu wszczętym przez klienta przeciwko podmiotowi rynku finansowego o zapłatę kwoty roszczenia zgłoszonej w reklamacji klienta, art. 8 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 2270) nie wyłącza możliwości kwestionowania przez podmiot rynku finansowego zasadności dochodzonego roszczenia; na podmiocie tym spoczywa ciężar dowodu, że powodowi

nie przysługuje roszczenie lub przysługuje w niższej wysokości". (Uchwała SN z dnia 13 czerwca 2018 r. (III CZP 113/17). Przez niezłożenie odpowiedzi na reklamację nie dochodzi do automatycznego uznania roszczenia klienta i wyłączenia możliwości kontroli Sądu w ewentualnym procesie, w zakresie zasadności żądań składającego reklamację pod względem faktycznym i prawnym. Nie sposób uznać, że nie złożenie odpowiedzi na reklamację przez ubezpieczyciela powoduje, że dochodzi do takiej modyfikacji stosunku prawnego pomiędzy jego stronami, że bez względu na treść tego stosunku i przepisy prawa materialnego ma on bezwzględny obowiązek zaspokojenia wszelkich żądań zgłoszonych w reklamacji. Jednak klient dochodzący realizacji roszczenia objętego nierozpoznaną w terminie reklamacją będzie zobowiązany tylko do wykazania, że złożył reklamację w rozumieniu ustawy, która nie została rozpatrzona w ustawowym terminie przez podmiot rynku finansowego. Ciężar dowodu nieistnienia podstaw do uwzględnienia żądania klienta będzie zaś spoczywał na pozwanym.

W niniejszym procesie powód twierdził, że jego matka przystępując do ubezpieczenia po raz pierwszy, tj. w 2014 r. nie musiała składać deklaracji o stanie zdrowa, ponieważ ubezpieczający w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia zatrudniał ponad 20 pracowników. Dokładna treść takiej zasady nie wynikała z żadnych dokumentów przedłożonych przez strony, w tym z ogólnych warunków ubezpieczenia. Jednak po pierwsze pozwany, na którym spoczywał ciężar dowodu nie zaprzeczył takiej zasadzie, a po wtóre nie złożył OWU z 2008 r., w oparciu o które została zawarta pierwsza umowa ubezpieczenia. Późniejsze zmiany umowy powodujące, że zastosowanie do niej zaczęły mieć OWU z 2013 r. (k. 61v) nie miały już w sprawie znaczenia, a jeśli miały, to pozwany tego nie wykazał. Przedstawiciel pozwanego, reprezentujący go w kontaktach z ubezpieczającym, zarówno w przesłuchaniu jak i w korespondencji mailowej potwierdził istnienie zasady, że w przypadku ubezpieczającego zatrudniającego ponad 20 pracowników przystępujący do ubezpieczenia nie muszą składać deklaracji o stanie zdrowia. Także w tej korespondencji nikt z adresatów nie zaprzeczył zasadzie. Jedynie brak było zgodności co do tego, czy w 2016 r. E. W. powinna złożyć nową deklarację o stanie zdrowia, w tym ze względu na to, że zawierając kolejną umowę ubezpieczenia jej pracodawca zatrudniał ok. 7 osób. Co również istotne, na druku deklaracji przystąpienia, który wypełniła E. W. w 2016 r. istniała adnotacja, że oświadczenie o stanie zdrowia należy wypełnić tylko w przypadku, gdy Ubezpieczający pracodawca zatrudnia do 20 pracowników (k. 62). Zatem Sąd przyjął, że warunek taki obowiązał u pozwanego mimo, że nie był zawarty w OWU. Reasumując: z postępowania dowodowego wynika, że w przystępujący do ubezpieczenia grupowego u pozwanego niektórzy ubezpieczeni nie muszą składać deklaracji o stanie zdrowia. W szczególności ci, których pracodawca zatrudnia 20 i więcej pracowników. Tak było w przypadku M. Sp z o.o. w 2008 r. , kiedy spółka ta zawarła umowę ubezpieczenia z pozwanym. Zmarła przystąpiła pierwszy raz do tej właśnie umowy. Ponownie przystąpiła do kolejnej zawartej w 2016 r. i w tej sytuacji nie musiała składać deklaracji o stanie zdrowia, ponieważ wyłączył to aneks do umowy stron (k. 65). Jeśli zatem w którymkolwiek z przypadków złożyła ona deklarację o stanie zdrowia to okoliczność ta była irrelewantna dla objęcia jej ubezpieczeniem. Zatem to czy napisała w niej prawdę czy nie również nie miało znaczenia dla objęcia zmarłej ubezpieczeniem, ani w konsekwencji dla obowiązku wypłaty świadczenia po stronie ubezpieczyciela.

Takie wniosku Sądy wysnuł po pierwsze na podstawie zapisów w polisach i OWU, a po drugie z zeznań świadka Z. G. (2). Świadek reprezentowała pozwanego ubezpieczyciela wobec klientów, w tym pracodawcy zmarłej. To ona negocjowała warunki ubezpieczenia. Jeśli taka osoba zapewniła ubezpieczającego, że w 2016 r. kontynuację znajduje zasada zatrudnienia 20 pracowników, to znaczy, po pierwsze, że zasada ta obowiązywała w poprzedniej umowie, a nadto, nadal ma zastosowania mimo mniejszej ilości pracowników. Jeśli takie warunki przedstawia osoba reprezentująca ubezpieczyciela to takiej treści umowa zostaje zawarta bez względu na to co twierdzi ubezpieczyciel w toku likwidacji szkody. W ocenie Sądu nie może być tak, że do ubezpieczenia przedstawia się stronie jedne warunki, a w toku likwidacji szkody inne. Konsument ma prawo oczekiwać, że pozwany jako ubezpieczyciel ustali rzetelnie na jakich warunkach możliwie jest jego ubezpieczenie w ramach ubezpieczenia grupowego, a następnie tak samo rzetelnie ustali wartość należnego świadczenia. Tymczasem u pozwanego jest, a przynajmniej w toku tej szkody było odwrotnie. Co więcej, także pracownicy działu likwidacji szkód prezentowali różne stanowiska (por. k. 361, 365366, , 369, 374). Ubezpieczyciel chcąc ubezpieczać różnego rodzaju podmioty powinien jasno określać warunki umów, a następnie zgodnie z tymi warunkami je realizować. Wszelkie wątpliwości i niejasności w tym zakresie, w ocenie Sądu należy traktować na korzyść ubezpieczonego.

W tej sytuacji nie miały znaczenia okoliczności, których chciał dowodzić pozwany w drodze opinii biegłego, a mianowicie stanu zdrowia zmarłej w zakresie, w jakim zapytania o ten stan znajdowało się w deklaracji przystąpienia.

Mając powyższe na uwadze, Sąd orzekł jak w punkcie 1 wyroku.

O kosztach procesu orzeczono w punkcie 2 sentencji wyroku na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Koszty poniesione przez powoda, który proces wygrał to wynagrodzenie pełnomocnika będącego radcą prawnym w kwocie 3600 zł zgodnie z § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. (Dz. U z 2015 r. poz. 1804 ze zm.), opłata sądowa od pozwu w kwocie 1750 zł oraz opłata skarbowa od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Łącznie 5.367,00 zł.

Sędzia Aleksandra Smólska – Kreft