

UZASADNIENIE

Powód (...) Bank (...) spółka akcyjna w W. wniósł

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W. o zasądzenie kwoty 5 479,49 zł tytułem świadczenia na podstawie umowy ubezpieczenia na życie.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 1 marca 2007 r. pomiędzy (...) spółką akcyjną w W. a (...) S.A. zawarta została umowa o współpracy, której przedmiotem było objęcie kredytobiorców pakietem ubezpieczenia w formie grupowego ubezpieczenia na życie i ubezpieczenia niezdolności do pracy zarobkowej, na zasadach określonych w Szczególnych Warunkach (...) na Miarę, stanowiące załącznik do umowy (umowa – k. 32- 34, załącznik nr 2 – k. 26 – 31). Pozwany wystawił polisę (polisa – k. 34- 35). Na podstawie wniosku z dnia 8 czerwca 2007 r. pomiędzy kredytobiorcą H. S. a (...) spółką akcyjną zawarta została umowa o kredyt na miarę. We wniosku kredytobiorca oświadczył, że wyraża wolę przystąpienia do Umowy (...) do Pracy Zarobkowej zawartej z (...) U. S.A. w W.. Jako uposażonego wskazano bank kredytodawcy (wniosek – k. 67, umowa – k. 68). H. S. w dniu 10 czerwca 2011 r. zmarła (odpis skrócony akt zgonu – k. 69). Na dzień śmierci kredytobiorcy do spłaty pozostała kwota 5 479,49 zł kapitału kredytu (harmonogram spłat – k. 72). Szkoda została zgłoszona pozwanemu, który w dniu 16 października 2012 r. wydała decyzję odmowną (k. 70). Następcą prawną (...) spółki akcyjnej był (...) spółka akcyjna, zaś jego następcą prawnym jest powód (...) Bank (...) spółka akcyjna w W. (wyciąg z decyzji Komisji Nadzoru Finansowego – k. 64, postanowienie – k. 66, odpis z KRS – k.9 – 21).

W karcie Medycznych Czynności Ratunkowych z dnia 10 czerwca 2011 r. dotyczącej ubezpieczonej w części dot. „wywiadu” lekarz odnotował: (...). W wywiadzie – ch. Nowotworowa płuc, źrenice sztywne, niereaktywne, asystolia, brak tętna na dużych tt, brak oddechu. Znalaziona przez syna w domu, leżąca na podłodze. W części dotyczącej „opisu” lekarz odnotował: w wywiadzie – stan po pneumonectomii P. S. P. zawale serca (...), rozpoznanie: Brak oznak życia. Zgon (pismo z dnia 12 września 2016 r. Wojewódzkiego Pogotowia (...) ZOZ w L. (k. 133).

Powołany wyżej stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o wskazane dokumenty, które nie budziły wątpliwości co do wiarygodności.

Sąd oddalił wnioski z zeznań świadków zgłoszonych przez pozwanego. Dowody te zgłoszone zostały na okoliczności przeprowadzenia przez pozwanego postępowania w zakresie likwidacji, bezzasadności i przedwczesności powództwa strony powodowej. Ta druga teza nie jest tezą z domeny faktów mających znaczenie dla rozstrzygnięcia, ale domeną orzeczniczą. To zaś, że przeprowadzone zostało postępowanie w zakresie likwidacji (w pewnym zakresie) wynika zaś z decyzji pozwanego – k. 70. Trudno zatem uznać jakie znaczenie dla sprawy miałyby zeznania owych świadków.

Sąd zważy, co następuje:

Powództwo było w całości uzasadnione, tj. w zakresie kwoty 5479,49 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 17 września 2015 r. do dnia zapłaty.

Roszczenie powoda należy zakwalifikować z art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. Zgodne z jego treścią 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.

W pierwszej kolejności odnosząc się do zarzutu przedawnienia, wskazać należy, iż zarzut ten okazał się bezzasadny. Zgodnie bowiem z art. 819 § 1 k.c. roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech. Zgodnie z § 4 wskazanego przepisu bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń przerywa się także przez zgłoszenie zakładowi ubezpieczeń tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie zakładu ubezpieczeń o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

Powód jako uprawniony do otrzymania świadczenia mógł je zgłosić dopiero z chwilą zdarzenia, czyli śmierci ubezpieczonej, a więc po 10 czerwca 2011 r. Skoro pozwany wydał decyzję odmowną – w dniu 16 października 2012 r., oczywistym jest, iż musiało nastąpić zgłoszenie szkody i to przed upływem terminu przedawnienia. Licząc na nowo termin przedawnienia od 18 października 2012 r. (data doręczenia decyzji), po jego przerwaniu, wniesienie pozwu w dniu 17 września 2015 r. nastąpiło przed upływem terminu przedawnienia.

Nie może budzić wątpliwości zawarcie umowy ubezpieczenia. Pozwany wystawił polisę, która potwierdzała zawarcie umowy ubezpieczenia, gdzie jako ubezpieczonych wskazano Kredytobiorców Banku, którzy zaciągnęli Kredyt na Miarę i których życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Ponadto oświadczenie kredytobiorcy H. S. realizuje postanowienie § 4 ust. 3 Szczególnych Warunków (...) (...) – k. 22 V, w myśl którego kredytobiorca przystępuje do Umowy (...) na podstawie złożonego i podpisanego Oświadczenia W. o przystąpienie do ubezpieczenia, stanowiącego integralną część wniosku o przyznanie kredytu. W umowie kredytu w § 13 powołano się na umowę ubezpieczenia, zaś w § 4 określono składkę ubezpieczeniową. Umowa była w sensie prawnym umową na cudzy rachunek, jednakże przepis art. 829 § 2 k.c. nie będzie miał zastosowania, albowiem wszedł on w życie po zawarciu umowy ubezpieczenia.

Zgodnie z § 9 ust. 1 Szczególnych Warunków (...) w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej (w niniejszym przypadku w czasie spłaty kredytu – § 5 ust. 2 umowy), (...) zobowiązane jest do wypłaty Uposażonemu świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia. Zgodnie zaś z § 8 ust. 1 suma ubezpieczenia jest równa saldu zadłużenia z tytułu umowy kredytu w dniu zajścia zdarzenia, obliczonemu zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu, z wyłączeniem odsetek od zadłużenia przeterminowanego.

Przesłanki te zaistniały, a co za tym idzie pozwany był zobligowany do wypłaty świadczenia.

Pozwany powołuje się na regulację § 9 ust. 4 pkt 3 Szczególnych Warunków, w których mowa jest, iż osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę zobowiązana jest w przypadku śmierci złożyć – zaświadczenie określające przyczynę śmierci wystawione przez lekarza lub odnośne władze. Postanowienie to związane jest z ograniczeniem i wyłączeniem odpowiedzialności zgodnie z § 10, innego celu tego dokumentu trudno dociec. W szczególności zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 (...) jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach, samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa Ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty przystąpienia do Umowy (...), niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego.

Powstaje więc pytanie, czy obowiązek przedstawienia przez ubezpieczającego dokumentu – zaświadczenia o przyczynie śmierci jest zgodny z zasadą swobody umów. Sąd uznał, iż takowy obowiązek jest sprzeczny z art. 3531 k.c. i 58 § 1 k.c. i zastrzeżenie w tym zakresie należy uznać za nieważne. Zgodnie z art. 58 § 1 k.c. czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy. Nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współżycia społecznego (§ 2). Jeżeli nieważnością jest dotknięta tylko część czynności prawnej, czynność pozostaje w mocy co do pozostałych części, chyba że z okoliczności wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością czynność nie zostałaby dokonana (§ 3). Nieważność § 9 ust. 4 pkt 3 Szczególnych Warunków nie powoduje nieważności umowy ubezpieczenia, gdyż jest to tylko jeden z elementów sposobu ustalania przesłanek wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela.

Już samo przerzucenie na ubezpieczającego obowiązku wykazania przyczyny śmierci należy uznać za sprzeczne z zasadami współzycia społecznego i właściwością zobowiązania. Zgodnie z art. 3531 k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współzycia społecznego. Przede wszystkim przedmiotem ubezpieczenia jest określone zdarzenie – śmierć ubezpieczonego, nie zaś śmierć z określonej ściśle przyczyny. Wyłączenia odpowiedzialności, jakkolwiek dopuszczalne na granicach swobody kontraktowania, to jednak jest to element postępowania związanego z ustaleniem przesłanek odpowiedzialności i ustalenia stanu faktycznego, co ciąży na ubezpieczycielu, zgodnie z mającym zastosowaniem przepisem art. 16 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Nie można, zdaniem sądu, przerzucać na ubezpieczającego obowiązek, który de facto ciąży na ubezpieczycielu. Jeśli ubezpieczyciel ma wątpliwości co do przyczyny śmierci, w związku z regulacją określoną w § 10 Szczególnych Warunków, jego obowiązkiem jest przeprowadzenie postępowania w tym zakresie, tym bardziej, iż to on, a nie ubezpieczający ma w tym zakresie instrumenty prawne. Zgodnie bowiem z art. 22 ust. 1 Ustawy z 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Takiego uprawnienia nie posiada ubezpieczający. Także na podstawie przepisów Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ubezpieczający nie miał prawa do wglądu w dokumentację medyczną ubezpieczonego. Przepis art. 26 powołanej Ustawy, który określa podmioty, którym udostępnia się dokumentację medyczną nie wymienia ubezpieczającego jako uprawnionego. Dokument określony w § 9 ust. 4 pkt 3 Szczególnych Warunków to przecież element dokumentacji medycznej. Oczywiście Sąd może wnioskować o taką dokumentację w świetle art. 26 ust 3 pkt 2 powołanej Ustawy i na wniosek pozwanego w niniejszej sprawie sąd zwrócił się w tym zakresie, jednakże warunki umowy ubezpieczenia nie mogą być skonstruowane w taki sposób, aby dopiero zawiśnięcie sprawy przed sądem umożliwiło wykonanie jakiegoś obowiązku, przedstawienie dokumentu. Te czynności muszą być możliwe już na etapie postępowania likwidacyjnego. Tym samym analizowane zastrzeżenie umowne, określające obowiązek ubezpieczającego było niemożliwe do wykonania przez niego z uwagi na regulacje prawne, a co za tym idzie dodatkowo jest ono sprzeczne z prawem, a zatem nieważne.

W tym miejscu warto powołać się na orzeczenie, które wydane zostało wprawdzie na gruncie ubezpieczenia komunikacyjnego, ale może mieć zastosowanie do niniejszej kwestii. Zgodnie z aprobowanym przez sąd orzekający poglądem wyrażonym przez Sąd Apelacyjny w Gdańsku z dnia 6 listopada 1992 r., I ACr 457/92, OSA 1993/3/20 ogólne warunki ubezpieczenia auto-casco nie mogą pogarszać sytuacji ubezpieczającego w sposób sprzeczny z normą art. 826 § 2 k.c. Postanowienia o.w.u. nie mogą stanowić wystarczającej podstawy do odmowy wypłaty odszkodowania ze strony ubezpieczyciela, jeżeli niewykonanie przez ubezpieczającego któregoś z obowiązków określonych w o.w.u. nie stanowi jednocześnie z jego strony rażącego niedbalstwa w wykonaniu tego obowiązku.

Tylko na marginesie należy wskazać, iż z przedstawionego wyciągu z dokumentacji medycznej ubezpieczonej nie wynika, iż zachodziła któraś z podstaw wyłączenia odpowiedzialności pozwanego.

Tym samym do zasądzenia podlegała świadczenie w postaci niespłaconego kapitału z kredytu zaciągniętego przez ubezpieczoną na podstawie art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c.

O odsetkach sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. według wysokości ustawowej. Ich termin początkowy naliczania uzasadniony był na podstawie art. 817 § 1 k.c., tj. po upływie 30 dni od daty zgłoszenia szkody.

Zasądzenie ustawowych odsetek za opóźnienie nie zmienia nic w zakresie kategoryzacji odsetek, zwłaszcza wobec zmiany, która weszła w życie w dniu 1 stycznia 2016 r. w związku z art. 2 Ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych

ustaw (Dz. U. z dnia 9 listopada 2015 r.). Porównanie treści przepisu art. 481 § 1 i 2 k.c. obecnie obowiązującego do tego obowiązującego do 31 grudnia 2015 r. skłania do wniosku, iż również poprzednio obowiązywały ustawowe odsetki za opóźnienie. W art. 481 § 1 k.c. w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2015 r. była mowa, iż jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia. W § 2 wskazane jest, iż jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe.

Zestawienie tych dwóch przepisów każe przyjąć, iż również przed 1 stycznia 2016 r. istniała instytucja ustawowych odsetek za opóźnienie. Zmiana zaś od 1 stycznia 2016 r. dotyczy kwestii sposobu obliczania ich za ten okres. Oczywiście za okres poprzedzający tę datę odsetki za opóźnienie obliczane są w wysokości obowiązującej w konkretnej dacie opóźnienia.

O kosztach procesu sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. Powód wygrał w całości sprawę i na należne mu od pozwanego koszty złożyły się koszty sądowe i koszty zastępstwa procesowego według stawki minimalnej wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa.

ZARZĄDZENIE

-odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi pozwanego.