

## UZASADNIENIE

Powód, P. K., wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 14.245,00 zł. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 10 lipca 2020 r. do dnia zapłaty. Nadto domagał się zasądzenia od pozwanego kosztów procesu, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazał, że B. K. – jego żona, zawarła w dniu 15 kwietnia 2019 r. z pozwanym umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie (...). Uposażonym z umowy ubezpieczenia został powód. B. K. zmarła w dniu 20 maja 2020 r. Powód jako uposażony wystąpił do pozwanego z wnioskiem o wypłatę sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonej. Zgodnie z umową suma ta z tytułu ubezpieczenia na życie i dożycie wynosi 14.245,00 zł. Pismem z dnia 09 lipca 2020 r. pozwany odmówił wypłaty, podając w uzasadnieniu, że ubezpieczona, wypełniając wniosek o zawarcie umowy, nie podała do wiadomości ubezpieczyciela zgodnych z prawdą informacji na temat swojego zdrowia, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Pozwany powołał się na treść karty zgonu, z której wynika, że do śmierci B. K. doszło na skutek miażdżycy uogólnionej i nadciśnienia tętniczego, zaś z dokumentacji medycznej wynika, że ubezpieczona przed zawarciem umowy ubezpieczenia była leczona z powodu nadciśnienia tętniczego, a w styczniu 2019 r. otrzymała skierowanie do poradni specjalistycznej z rozpoznaniem miażdżycy. Pozwany, odmawiając wypłaty sumy ubezpieczenia, powołał się na pkt 13 i 14 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) w zw. z art. 815 k.c. Powołując się na przepis art. 815 k.c., powód wskazał, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia B. K. nie została przez pozwanego rozpytana na temat stanu jej zdrowia, a przede wszystkim nie wypełniła ankiety medycznej do oceny ryzyka w ubezpieczeniach indywidualnych. Świadczy o tym brak jej podpisu pod ww. ankietą i sporządzenie formularza w formie elektronicznej. Pozostałe dokumenty wygenerowane elektronicznie i wydrukowane przez pozwanego zostały przez nią podpisane. Powód podkreślił, że zgodnie z wnioskiem o ubezpieczenie, prawdziwość danych, dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego, wprowadzonych do formularza, powinna zostać poświadczona przez ubezpieczoną i przedstawiciela pozwanego podpisami na formularzu, co nie nastąpiło. W związku z powyższym należy ocenić w oparciu o art. 815 k.c., że stan zdrowia ubezpieczonej przed zawarciem umowy ubezpieczenia był dla pozwanego nieistotny do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i zawarcia umowy ubezpieczenia i nie mógł stanowić podstawy odmowy wypłaty sumy ubezpieczenia.

Pozwany, (...) Zakład (...) na (...) S.A. z siedzibą w W., wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany przyznał, że otrzymał zgłoszenie zdarzenia w postaci śmierci ubezpieczonej B. K., że powód jest w polisie wskazany jako osoba uposażona oraz że suma ubezpieczenia w przypadku śmierci wynosi 14.245,00 zł. Odmówił wypłaty świadczenia, bowiem ustalił, że ubezpieczona przy zawarciu umowy ubezpieczenia nie podała do wiadomości ubezpieczyciela zgodnych z prawdą informacji na temat stanu swojego zdrowia, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Ubezpieczona w dniu 11 kwietnia 2019 r. złożyła wniosek o zawarcie umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie, udzielając przeczącej odpowiedzi na poszczególne pytania, dotyczące stanu jej zdrowia, w szczególności na temat nadciśnienia tętniczego i miażdżycy tętnic obwodowych. Z karty zgonu wynika, że za przyczynę zgonu uznano miażdżycę uogólnioną i nadciśnienie tętnicze. Ubezpieczona od 2015 r. była leczona z powodu nadciśnienia tętniczego, a w styczniu 2019 r. otrzymała skierowanie do poradni specjalistycznej z rozpoznaniem miażdżycy. Powołując się na pkt 12 i 13 ogólnych warunków ubezpieczenia, pozwany wyjaśnił, że wypłacił wyłącznie wartość wykupu. Wskazał również, że umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia oferty zawarcia umowy, składanej w formie wniosku przez podmiot zamierzający zawrzeć umowę i jej przyjęcia przez pozwanego. Do wniosku podmiot zamierzający zawrzeć umowę załącza dokumenty, dotyczące oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Pozwany wyjaśnił też, że ankieta medyczna nie posiada podpisu, gdyż została złożona przez ubezpieczoną elektronicznie. W podpisany przez ubezpieczoną wniosku na stronie pierwszej – część 2 pkt 1 znajduje się oświadczenie ubezpieczonej, że wszystkie dane zawarte w tym wniosku oraz załącznikach, włączając wniosek i ankietę medyczną, wypełniane w systemie i otrzymane drogą elektroniczną, istotne dla oceny ryzyka, są prawdziwe i ubezpieczona jest świadoma, że

pozwany może w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości odmówić wypłaty świadczeń, określonych w umowie na warunkach, określonych w owu.

**Sąd ustalił, co następuje:**

Żona powoda P. B. K. zwróciła się w dniu 11 kwietnia 2019 r. do pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. z wnioskiem o zawarcie umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie (...). We wniosku tym znajdowało się m.in. oświadczenie, zgodnie z którym wszystkie dane zawarte w tym wniosku oraz załącznikach, włączając wniosek i ankietę medyczną, wypełniane w systemie i otrzymane drogą elektroniczną, istotne dla oceny ryzyka, są prawdziwe i że składająca wniosek jest świadoma, że pozwany może w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości odmówić wypłaty świadczeń, określonych w umowie ubezpieczenia na warunkach, określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia. B. K. oświadczyła również, że przyjmuje do wiadomości, że ocena ryzyka ubezpieczeniowego następować będzie wyłącznie na podstawie danych wprowadzonych do systemu elektronicznego przez przedstawiciela (...) S.A. w jej obecności, a prawdziwość danych zostanie poświadczona przez nią i przedstawiciela (...) S.A. podpisami na formularzu zgody. Ma zatem ona świadomość, że z uwagi na obowiązek wpisania powyższych danych do systemu, informacje dopisane odręcznie do wydrukowanego wniosku o zawarcie umowy indywidualnego ubezpieczenia nie będą brane pod uwagę przy ocenie zasadności i wysokości wypłacanego świadczenia. B. K. oświadczyła ponadto, że wyraża zgodę, aby (...) S.A. podejmowało wobec niej decyzje wyłącznie na podstawie zautomatyzowanego przetwarzania, w tym profilowania, jej danych osobowych, zamieszczonych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w ankiecie medycznej, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego i ustalenia warunków umowy ubezpieczenia. Zgoda była konieczna w celu zawarcia i realizacji umowy. Suma ubezpieczenia w trakcie trwania ochrony na wypadek śmierci, spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, wynosiła 14.245,00 zł. Załącznikiem do wniosku była ankieta medyczna do oceny ryzyka w ubezpieczeniach indywidualnych. W polu (...) wpisano w niej odnośnie wszystkich pytań (...), w tym na pytanie, czy zdiagnozowano u wnioskującej lub jest w trakcie diagnostyki nadciśnienia tętniczego, miażdżycy tętnic obwodowych, zakrzepicy, zatorowości (pkt 11.1). Ankieta medyczna nie została podpisana ani przez B. K., ani przez pracownika (...).

Pozwany (...) Zakład (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. potwierdził, że w dniu 15 kwietnia 2019 r. została zawarta umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie (...), wystawiając polisę nr (...). Początek ochrony ubezpieczeniowej przypadła na dzień 15 kwietnia 2019 r. Jako uposażony, któremu ubezpieczyciel miał wypłacić pieniądze w razie śmierci ubezpieczonego, wskazany został powód – P. K.. Udział w świadczeniu wynosił 100%. Czas trwania umowy określono na 10 lat. Suma ubezpieczenia w przypadku indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie (...) wynosiła 14.245,00 zł. Do umowy miały zastosowanie m.in. ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie (...) o kodzie (...).

(dowód: wniosek o ubezpieczenie k. 9-10, ankieta medyczna k. 25, polisa k.13, zeznania świadka J. P. k. 76v., przesłuchanie powoda k. 62v.-63)

B. K. zmarła w dniu 20 maja 2020 r. w swoim mieszkaniu przy ul. (...) w O.. W karcie zgonu jako bezpośrednią przyczynę śmierci wpisano zgon nagły, przyczyna nieznana. Jako przyczynę zgonu wtórną wpisano nadciśnienie tętnicze, a jako przyczynę wyjściową (pierwotną) – miażdżycę uogólnioną. Przyczynę zgonu stwierdził lekarz medycyny. Sekcja zwłok nie została przeprowadzona.

(dowód: odpis skrócony aktu zgonu k. 22, karta zgonu k. 23)

Powód jako uposażony z umowy ubezpieczenia wystąpił do pozwanego Zakładu z wnioskiem o wypłacenie sumy ubezpieczenia w związku ze śmiercią ubezpieczonej. Pozwany wszczął postępowanie likwidacyjne, w toku którego wystąpił do Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w O. o dokumentację medyczną B. K., którą otrzymał w czerwcu 2020 r. Ostatecznie wypłacił powodowi jako uposażonemu kwotę 405,00 zł. tytułem wartości wykupu. Jednocześnie, powołując się na pkt 12 i pkt 13 ogólnych warunków ubezpieczenia, odmówił wypłacenia sumy ubezpieczenia. W uzasadnieniu podał, że w wyniku analizy dokumentacji medycznej, zgromadzonej na potrzeby rozpatrzenia roszczenia oraz informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ustalono, że

ubezpieczona, spisując wniosek o zawarcie umowy nie podała do wiadomości ubezpieczyciela zgodnych z prawdą informacji na temat stanu swojego zdrowia, istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Z dostarczonej karty zgonu wynika, że do śmierci B. K. doszło na skutek miażdżycy uogólnionej i nadciśnienia tętniczego. Zgromadzona dokumentacja medyczna potwierdza, że podane we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dane odnośnie stanu zdrowia osoby ubezpieczonej były niezgodne ze stanem faktycznym. Jak wynika z pozyskanej dokumentacji medycznej, B. K. od 2016 r. była leczona z powodu nadciśnienia tętniczego. Dokumentacja medyczna potwierdza również, że w styczniu 2019 r. ubezpieczona otrzymała skierowanie do poradni specjalistycznej z rozpoznaniem miażdżycy. Powyższe dane, dotyczące stanu zdrowia, które nie zostały podane we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, to informacje pozostające w bezpośrednim związku z chorobą, będącą przyczyną zgonu osoby ubezpieczonej. Biorąc pod uwagę powyższe pozwany uznał, że nie ma podstaw do wypłaty sumy ubezpieczenia, a jedynie do wypłacenia wartości wykupu. Pomimo wniosku powoda o ponowne rozpoznanie sprawy, pozwany podtrzymał decyzję z dnia 09 lipca 2020 r.

(dowód: pismo pozwanego z dnia 09.07.2020 r. k. 24, wniosek powoda k. 26, pismo pozwanego z dnia 22.10.2020 r. k. 27-28, dokumenty w aktach szkody k. 40)

Zgodnie z ogólnymi warunkami indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie (...) o kodzie (...), przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego. Zakresem ubezpieczenia objęta była śmierć ubezpieczonego w okresie ochrony oraz dożycie przez niego końca okresu ubezpieczenia. W myśl pkt 8, jeśli ubezpieczony umrze w okresie ochrony, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, która jest aktualna w dniu jego śmierci. Zgodnie z pkt 12, (...) wypłaci wartość wykupu w przypadku, gdy śmierć ubezpieczonego nastąpiła po łącznym spełnieniu trzech warunków: 1) ubezpieczony, mimo posiadania wiedzy udzielił nieprawdziwych informacji i oświadczeń, o które go pytano przed zawarciem umowy, a informacje te i oświadczenia są istotne dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, 2) śmierć nastąpiła w okresie trzech lat od zawarcia umowy, 3) przyczyną śmierci były okoliczności, które ubezpieczony zataił przed ubezpieczycielem lub podał jako nieprawdziwe. Stosownie do pkt 13, jeżeli ubezpieczony umyślnie zataił okoliczności lub podał nieprawdziwe informacje, w razie wątpliwości (...) przyjmuje, że śmierć ubezpieczonego i jej następstwa są skutkiem tych zatajonych lub nieprawdziwych informacji. Umowa ubezpieczenia zawierana była na podstawie wniosku o ubezpieczenie, a zawarcie umowy potwierdza się polisą (pkt 14, pkt 22).

(dowód: ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia k. 14-21)

Do zawarcia umowy ubezpieczenia na życie i dożycie niezbędne było wypełnienie ankiety medycznej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W ten sposób pozwany uzyskiwał dane, dotyczące stanu zdrowia, w celu wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego i ustalenia warunków umowy ubezpieczenia. Wypełnienie ankiety medycznej polegało na tym, że pracownik zadawał pytania, a klient na nie odpowiadał. Pytania wynikały z programu komputerowego, w oparciu o który wypełniana była powyższa ankieta. Pracownik pozwanego wypełniał ankietę w systemie elektronicznym, następnie była ona drukowana, klient się z nią zapoznawał i podpisywał. Wymóg podpisania ankiety medycznej wynikał z obowiązujących procedur. Ankieta była drukowana i była również w wersji papierowej. Ankieta po jej wypełnieniu pozostawała w (...), była przechowywana łącznie z polisą, a następnie archiwizowana. Poza tym dane były również w formie elektronicznej. Ankieta medyczna po jej wydrukowaniu i podpisaniu była skanowana i dołączana do dokumentacji. Była ona skanowana z podpisem klienta. Ankieta medyczna po wypełnieniu przesyłana była do Centrali pozwanego w W. w formie elektronicznej. Umowa ubezpieczenia była zawierana dwuetapowo. Do Centrali wysyłany był wniosek i ankieta medyczna i stamtąd otrzymywano polisę. Klient przychodził jeszcze raz, tym razem po odbiór polisy.

(dowód: zeznania świadka J. P. k. 76v.)

U B. K. w sierpniu 2016 r. rozpoznano samoistne nadciśnienie tętnicze. W dniu 30 stycznia 2019 r. lekarz stwierdził u niej niewielkie obrzęki podudzi, brak tętna na grzbiecie lewej stopy i lewej piszczelowej tylnej. W związku z tym

otrzymała skierowanie do poradni specjalistycznej chirurgii naczyniowej w celu konsultacji w kierunku miażdżycy tętnic kończyny dolnej lewej.

(dowód: dokumentacja medyczna w aktach szkody k. 40)

**Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Sąd ustalił stan faktyczny na podstawie dowodów z dokumentów, w tym znajdujących się w aktach szkody na płycie CD. Sąd uznał ich wiarygodność, mając na uwadze, że nie były one kwestionowane co do pochodzenia i treści. Podstawę ustaleń Sądu stanowiły również zeznania świadka J. P. i dowód z przesłuchania powoda. Sąd co do zasady dał wiarę zeznaniom ww. świadka. Dawają one ogólny obraz obowiązujących u pozwanego procedur, związanych z zawieraniem umów ubezpieczenia na życie i dożycie. Świadek natomiast nie pamiętała okoliczności zawarcia umowy z B. K., w szczególności związanych z wypełnieniem ankiety medycznej.

Sąd uznał za godne wiary również zeznania powoda. Pomimo oczywistego jego zainteresowania wynikiem postępowania, Sąd ocenił, że jego zeznania są wiarygodne i polegają na prawdzie. Stanowią one bowiem z dowodami z dokumentów całość, wzajemnie się uzupełniając i potwierdzając.

Podstawą odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela jest przepis art. 805 § 1 k.c. w powiązaniu z regulacją umowną, zawartą w umowie ubezpieczenia, zawartej z pozwanym (...) Zakładem (...) na (...) S.A. z siedzibą w W., potwierdzonej polisą o numerze (...), i ogólnymi warunkami indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie (...) o kodzie (...), stanowiącymi załącznik do umowy. Sąd jest obowiązany do uwzględnienia zapisów umownych, wiążących strony, zgodnie z art. 353<sup>1</sup> k.c.

Stosownie do art. 805 § 1 i 2 k.c., przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie:

- 1) przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku;
- 2) przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Przepis art. 829 § 1 k.c. stanowi zaś, że ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć – przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku.

Bezsporne w sprawie było, że pozwanego i żonę powoda łączyła umowa ubezpieczenia, zawarta w dniu 15 kwietnia 2019 r., potwierdzona polisą nr (...). Nie było również sporu co do wysokości dochodzonego roszczenia, tj. świadczenia, które przysługiwało w razie śmierci ubezpieczonego, oraz co do tego, że powód jest uposażony z tytułu ww. umowy.

Pozwany, odmawiając wypłaty świadczenia, powołał się na treść pkt 12 i 13 ogólnych warunków ubezpieczenia w powiązaniu z art. 815 k.c.

Zasadnicze znaczenie dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy ma treść § 1 art. 815 k.c., zgodnie z którym ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku w uzasadnieniu wyroku z dnia 15 marca 2019 r., sygn. akt I ACa 696/18, wskazał, iż cytowany przepis określa obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego w zakresie podawania informacji niezbędnych do określenia ryzyka ubezpieczeniowego. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczający zapytuje w formularzu oferty lub innych pismach przed zawarciem umowy. Ubezpieczający nie jest obowiązany do informowania ubezpieczyciela o wszystkich znanych sobie okolicznościach, a jedynie o tych, o które ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Wynika z tego, że obowiązek ubezpieczającego ogranicza się do udzielenia prawdziwych odpowiedzi na zapytania ubezpieczyciela (por. Z. Gawlik, Komentarz do art. 815 k.c., LEX). Jeśli przed zawarciem umowy strona pozwana nie zadała pytań o schorzenia, nie może powoływać się na zatajenie istotnych okoliczności i domagać się zastosowania art. 815 § 3 k.c., zgodnie z którym ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Zgodzić się należy ze stanowiskiem judykatury, że aby skorzystać z ustawowej sankcji zwolnienia się od świadczenia lub możliwości jego obniżenia, ubezpieczyciel winien podjąć czynność zapytania, o której mowa w art. 815 § 1 zdanie pierwsze k.c. Niewystarczające jest posiadanie przez ubezpieczyciela informacji o okolicznościach istotnych z punktu widzenia ryzyka ubezpieczeniowego na przykład z własnych ustaleń, prowadzonych dochodzeń, czy nawet informacji znanych powszechnie lub szerokiej grupie społecznej, a w końcu i takich, które zostały udzielone przez ubezpieczającego przy okazji innej umowy ubezpieczeniowej lub w związku z podjętymi między stronami negocjacjami. Zapytanie, o którym mowa w cytowanym przepisie, ma bowiem charakter kierunkowy i celowy, zmierzający do uzyskania określonej informacji, w dalszej kolejności warunkujący sankcję uwolnienia ubezpieczyciela od świadczenia, określonego w umowie ubezpieczenia (vide też: wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 07 marca 2017 r., I ACa 278/16, Lex nr 2630497).

Z art. 815 § 1 k.c. wynika zatem, iż na ubezpieczycielu ciąży obowiązek szacowania ryzyka i temu służy jego obowiązek ustalania okoliczności, mających istotne znaczenie dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Zakład ubezpieczeń winien, poprzez zadanie pytań ubezpieczającemu, dążyć do uzyskania informacji, mających znaczenie dla oceny tego ryzyka. Z cyt. przepisu wynika domniemanie prawne, że okoliczności podniesione w pytaniach, na które ubezpieczyciel nie uzyskał odpowiedzi, są nieistotne dla jego odpowiedzialności. Tym samym nieistotne dla jego odpowiedzialności są także i te okoliczności, o które ubezpieczyciel nie zapytał. O ile zatem ubezpieczyciel nie dokonuje weryfikacji stanu zdrowia poprzez zadawanie pytań, o których mowa w art. 815 § 1 k.c., do uznać należy, że okoliczności te nie są istotne i nie mogą prowadzić do wyłączenia jego odpowiedzialności. Rezygnując z zadania pytań o stan zdrowia ubezpieczonego, ubezpieczyciel przyjmuje na siebie ryzyko odpowiedzialności za zajście wypadku ubezpieczeniowego niezależnie od przyczyn natury medycznej. (vide: Sąd Apelacyjny w Krakowie w uzasadnieniu wyroku w sprawie ACA 1177/18). Co więcej, brak tego zapytania automatycznie eliminuje potrzebę badania, czy wypadek ubezpieczeniowy jest następstwem okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości zakładu ubezpieczeń (tak Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 15 marca 2019 r., sygn. akt I ACa 696/18).

Niewątpliwie w przypadku umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie pozwany stosował procedurę, która przewidywała uzyskanie danych, dotyczących stanu zdrowia osoby, wnioskującej o zawarcie takiej umowy, w celu wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego i ustalenia warunków umowy ubezpieczenia. Procedura ta obejmowała wypełnienie ankiety medycznej, zawierającej szereg pytań, które były zadawane ubiegającemu się o zawarcie umowy ubezpieczenia. W 2019 r. ankieta ta była w formie elektronicznej, ale po jej wypełnieniu była drukowana i z jej wersją papierową klient zapoznawał się, a następnie ją podpisywał. We wniosku o ubezpieczenie zawarte były oświadczenia klienta, w tym oświadczenie, zgodnie z którym wszystkie dane zawarte w tym wniosku oraz załącznikach, włączając wniosek i ankietę medyczną, wypełniane w systemie i otrzymane drogą elektroniczną, istotne dla oceny ryzyka, są prawdziwe i że składająca wniosek jest świadoma, że pozwany może w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości odmówić wypłaty świadczeń, określonych w umowie ubezpieczenia na warunkach, określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia. B. K. oświadczyła również, że przyjmuje do wiadomości, że ocena ryzyka ubezpieczeniowego następować będzie wyłącznie na podstawie danych wprowadzonych do systemu elektronicznego przez przedstawiciela (...) S.A. w jej obecności, a prawdziwość danych zostanie poświadczona przez nią i przedstawiciela (...) S.A. podpisami na formularzu zgody. Nie jest więc tak, jak to podnosił pozwany, że ankieta medyczna nie posiada podpisu, gdyż została złożona przez ubezpieczoną elektronicznie. Przeczy temu nie tylko

przytoczony zapis z wniosku o ubezpieczenie, ale również zeznania świadka J. P. – pracownika pozwanego, która przyjmowała wniosek B. K. i obowiązana była do zadania pytań o jej stan zdrowia, zgodnie z treścią ankiety medycznej, wypełnienia jej w zgodzie z udzielonymi odpowiedziami, wydrukowania jej z systemu elektronicznego, zapoznania z jej papierową wersją żony powoda i uzyskania jej podpisu pod wypełnioną w ten sposób ankietą.

Skoro ankieta medyczna nie została przez żonę powoda podpisana, uznać należało, że pozwany, zawierając umowę ubezpieczenia, nie badał przed objęciem ochroną jej stanu zdrowia. Zatem, zdaniem Sądu, obecne wyłączenie odpowiedzialności lub jej ograniczenie jest w żaden sposób nieuprawnione i godzi w sens umowy ubezpieczenia. Skoro bowiem nie ustalono stanu zdrowia ubezpieczonego przed objęciem go umową ubezpieczeniową, zawarto umowę i pobierano składkę ubezpieczeniową to nieuprawnione jest na etapie likwidacji szkody badanie tych okoliczności przez zwracanie się do placówki medycznej o dokumentację medyczną ubezpieczonej i powoływanie się na wynikające z niej informacje o jej stanie zdrowia.

Reasumując, Sąd nie podziela stanowiska pozwanego, jakoby ubezpieczona B. K. wprowadziła go w błąd co do stanu jej zdrowia, mającego znaczenie dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, podając niezgodne z prawdą informacje, skoro ankieta medyczna nie została opatrzona jej podpisem.

Mając powyższe okoliczności i powołane przepisy na uwadze, Sąd uznał, że powód udowodnił roszczenie zarówno co do zasady, jak i wysokości, w związku z czym zasądził na jego rzecz dochodzoną kwotę, jak w punkcie 1 wyroku. O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c., zgodnie z żądaniem pozwu.

O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął na mocy art. 98 k.p.c., tj. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu. Powód wygrał proces w całości, zatem zasądzeniu na jego rzecz podlega całość poniesionych przez niego kosztów w wysokości 4.367,00 zł. Na koszty te składały się opłata od pozwu w wysokości 750,00 zł., wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 3.600,00 zł. i opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17,00 zł.

Sędzia Agnieszka Brzoskowska