

Sygn. akt I ACa 1234/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 grudnia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący – Sędzia: Małgorzata Dzieciołowska (spr.)

Sędziowie: Dorota Ochalska - Gola

Jarosław Pawlak

Protokolant: st. sekr. sąd. Żaneta Maciąg

po rozpoznaniu w dniu 5 grudnia 2019 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa A. K.

**przeciwko Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej
z siedzibą we W.**

o odszkodowanie

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Płocku

z dnia 8 maja 2018 r. sygn. akt I C 2535/16

1. oddala apelację;

**2. zasądza od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej
z siedzibą we W. na rzecz A. K. kwotę 4.050 (cztery tysiące pięćdziesiąt) zł tytułem zwrotu kosztów
zastępstwa procesowego
w postępowaniu apelacyjnym.**

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 8 maja 2018 r. Sąd Okręgowy w Płocku zasądził od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą we W. na rzecz powódki kwotę 84.469,46 złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie, liczonymi od dnia 14 lutego 2016 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 5.417 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu, oddalił powództwo w zakresie roszczenia o odsetki w pozostałej części i nakazał pobrać od pozwanego Towarzystwa (...) Spółka Akcyjna z siedzibą we W. na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Płocku kwotę 5.040,57 złotych z tytułu kosztów sądowych (k 216).

Sąd pierwszej instancji stwierdził, że w sprawie powódka domagała się od pozwanego zapłaty kwoty 84.469,46 złotych wraz z odsetkami tytułem wypłaty świadczenia na podstawie umowy ubezpieczenia. W okresie odpowiedzialności pozwanego doszło do zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zgonu ojca powódki - ubezpieczonego. Ojciec powódki objęty był ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Pożyczkobiorców (...) Bank (...) SA z dnia 26 marca 2014 roku. Zgon ubezpieczonego nastąpił w dniu 18 grudnia 2015 r., tj. w okresie odpowiedzialności ubezpieczeniowej strony pozwanej.

Zdaniem sądu okręgowego powództwo było zasadne. Z opinii biegłego, znajdującej oparcie w karcie zgonu, bezpośrednią przyczyną zgonu było zatrzymanie krążenia w sposób nagły. Przedmiotem sporu i rozważań biegłego były także przyczyny pośrednie. Jednakże biegły wskazał jedynie w wysokim prawdopodobieństwie, a nie z pewnością, że to wcześniej istniejące schorzenia skutkowały zatrzymaniem krążenia. Podał także, że zatrzymanie krążenia może nie mieć związku z wcześniejszymi przewlekłymi chorobami. Może zdarzyć się także u osoby w pełni zdrowej, czyli także bez organicznej choroby serca. Przyczyna pośrednia zgonu ubezpieczonego nie została zatem wyjaśniona. Bezsporna jest natomiast przyczyna bezpośrednia zgonu ubezpieczonego K. K., tj. zatrzymanie krążenia, które było zdarzeniem nagłym i które wystąpiło w okresie odpowiedzialności pozwanego. Pozwany nie miał zatem podstaw do odmowy wypłaty odszkodowania. Wskazywane przez pozwanego w uzasadnieniu decyzji odmownej choroby rozpoznane przed zawarciem umowy ubezpieczenia u ubezpieczonego, takie jak nadciśnienie tętnicze, przewlekła choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, cukrzyca, mogły być jedynie (nie na pewno były), jak wynika i z opinii biegłego, przyczynami wtórnymi.

W ocenie sądu pierwszej instancji nie można ubezpieczonemu postawić zarzutu, że jego deklaracja ubezpieczeniowa wypełniona została niezgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiadała ona informacjom i pouczeniom uzyskanym przez ojca powódki występującego w charakterze konsumenta przy zawieraniu umowy ubezpieczenia. To na ubezpieczycielu ciążył obowiązek uzyskania informacji dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego. Jeśli ubezpieczyciel nie podejmuje żadnych czynności zmierzających do ustalenia ryzyka ubezpieczeniowego, nie rozpytuje o stan zdrowia ubezpieczonego przed zawarciem umowy, ani w dacie jej zawarcia, to należy uznać, że okoliczności dotyczące ubezpieczonego istniejące w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia nie mają wpływu na zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ubezpieczający nie ma obowiązku podania informacji i okoliczności, o które ubezpieczyciel nie pyta. Ryzyko nieprawidłowo sformułowanego zapytania, a nawet jego braku powinno obciążać ubezpieczyciela. To on jest profesjonalistą i w związku z tym należy od niego oczekiwać, że prawidłowo ustali, na podstawie odpowiedzi ubezpieczającego, te dane, które są potrzebne do ustalenia ochrony ubezpieczeniowej.

W ocenie sądu okręgowego w realiach sprawy pozwany nie miał prawa odmówić wypłaty świadczenia powódce, co skutkowało uwzględnieniem powództwa w zakresie zasądzenia kwoty 84 469,46 złotych, która stanowi sumę należności wynikających z umowy kredytu, aktualną na dzień śmierci zmarłego kredytobiorcy - ojca powódki. Z uwagi na taką ocenę uznał, że nie ma potrzeby omówienia i umowy ubezpieczenia pod kątem zawierania klauzul niedozwolonych.

O odsetkach od zasądzonej kwoty Sąd orzekł w oparciu o art. 481 §1 kc w zw. z art. 817 § 1 i 2 kc. Przepis art. 817 § 1 i 2 kc stanowi, że ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku a w sytuacji, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Sąd okręgowy zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia 14 lutego 2016 r. do dnia zapłaty. Zgłoszenie szkody nastąpiło 31 grudnia 2015 r. W toku postępowania likwidacyjnego pismem z dnia 28 stycznia 2016 r. poinformowano uprawnioną i (...)Bank o konieczności wydłużenia okresu rozpatrywania zgłoszonego roszczenia z uwagi na konieczność pozyskania niezbędnych informacji, w szczególności w zakresie dokumentacji medycznej, co przedłużało 30 - dniowy termin rozpoznania zgłoszenia o kolejne 14 dni. Wydłużony termin (45 dni) upłynął w dniu 13 lutego 2016 r. i wobec tego odsetki należały się od dnia 14 lutego 2016 r. (k 221 do 227).

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego w Płocku złożyło Towarzystwa (...) Spółka Akcyjna z siedzibą we W.. Spółka zaskarżyła wyrok w części w zakresie pkt 1, 3 i 4 sentencji w oparciu o zarzuty naruszenia:

1. art. 6 kc w związku z art. 232 kpc poprzez ich błędne zastosowanie i przyjęcie, że pozwany nie udowodnił, iż zdarzenie w postaci śmierci K. K. nastąpiło w warunkach wyłączających odpowiedzialność pozwanego, pomimo, że powyższe wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, a w szczególności opinii biegłego dr n. med.

J. Z., a ponadto pozwany zaoferował wszelkie możliwe dowody w okolicznościach niniejszej sprawy, natomiast fakt braku dowodu z sekcji zwłok zmarłego obciąża powoda i to na powodzie spoczywa ciężar dowodu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,

2. prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 kpc w zw. z art. 231 kpc poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów oraz dowolną, niezgodną z doświadczeniem życiowym oceną dowodów, jak również brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego oraz brak ustalenia przez sąd faktów istotnych dla sprawy z innych ustalonych faktów, w szczególności:

a. błędną interpretację wniosków dowodu z opinii biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii poprzez przyjęcie, że biegły wskazał, iż zatrzymanie krążenia może nie mieć związku z wcześniejszymi przewlekłymi chorobami oraz może zdarzyć się także u osoby w pełni zdrowej, czyli także bez organicznej choroby serca podczas gdy biegły wskazał, że zarówno wiek jak i otyłość są czynnikami ryzyka, ich zwiększanie się zwiększa prawdopodobieństwo powikłań krążeniowych, a ponadto zgodnie z opinią biegłego śmierć K. K. nastąpiła z bardzo wysokim prawdopodobieństwem wskutek istniejącej choroby wieńcowej, a współistniejące choroby towarzyszyły chorobie wieńcowej i nasilały ryzyko zgonu,

b. brak wzięcia pod uwagę, że biegły sądowy swoją opinie w niniejszej sprawie wydał w oparciu o wieloletnie doświadczenie, zgromadzoną dokumentację oraz wiedzę medyczną i ocenił, że w skali prawdopodobieństwa w najwyższym stopniu zgon K. K. nastąpił w następstwie choroby wieńcowej oraz chorób współistniejących nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, hiperlipidemi oraz otyłości co wyłącza odpowiedzialność pozwanego,

c. brak oceny, że w przypadku zgonu człowieka nawet po przeprowadzeniu sekcji zwłok nie jest możliwe wykluczenie wszystkich potencjalnych przyczyn śmierci a jedynie jest możliwe ustalenie najbardziej prawdopodobnej przyczyny śmierci, co wynika z opinii uzupełniającej biegłego dr n. med. J. Z., wobec czego pozwany wykazał przyczyną śmierci K. K. była choroba wieńcowa a sąd niewłaściwie oceniając wnioski opinii biegłego przyjął założenie, że pozwany nie wykazał jakoby przyczyna śmierci leżąca w uprzednio zdiagnozowanej chorobie wieńcowej,

3. prawa materialnego tj.

- art. 805 § 1 kc oraz § 2 pkt 2 k.c. w zw. z § 3 ust 3 w zw. z § 2 pkt 25 (...) Bank (...) SA, podczas gdy z okoliczności sprawy, w szczególności dowodu z opinii biegłego wynika, iż przyczyną śmierci K. K. była następstwem uprzednio zdiagnozowanej choroby wieńcowej a powyższe okoliczność wyłącza odpowiedzialność pozwanego za zdarzenie ubezpieczeniowe,
- art. 805 § 1 kc oraz 805 § 2 kc poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i uznanie, że pozwany (ubezpieczyciel) nie może wraz z drugą stroną umowy ubezpieczenia (ubezpieczającym) zdefiniować zakresu ochrony ubezpieczeniowej poprzez objęcie ochroną ubezpieczeniową wyłącznie rodzajów zdarzeń ubezpieczeniowych, który nie miały miejsca przed objęciem ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, a jedynie winien minimalizować ryzyko ubezpieczeniowe poprzez dostosowanie wysokości składki, podczas gdy brak było wskazań do skierowania ubezpieczonego na badania celem ustalenia prawdopodobieństwa zaktualizowania się ryzyka ubezpieczeniowego będącego następstwem chorób istniejącej, albowiem strony wyłączyły odpowiedzialność pozwanego z tytułu zdarzeń będących następstwem chorób istniejących w chwili przystąpienia przez K. K. do umowy a także to umowa określa zakres ochrony ubezpieczeniowej a zakład ubezpieczeń nie ma obowiązku w przypadku każdej umowy świadczyć ochrony pełnej albowiem nie zawiera umów ubezpieczenia społecznego,
- art. 815 kc poprzez jego zastosowanie i błędne uznanie, że przepis ten nakłada na ubezpieczyciela obowiązek uzyskania dodatkowych informacji w nim wskazanych od ubezpieczonych przed objęciem ich ochroną w zakresie zdarzeń wyłączonych z zakresu ochrony ubezpieczeniowej podczas, gdy przedmiotowy przepis odnosi się wyłącznie do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, nie zaś wyłączonych z ochrony ubezpieczeniowej

poprzez określenie w umowie zakresu ubezpieczenia i informacji, których ubezpieczyciel może żądać w związku z tymi informacjami,

- art. 353¹ kc poprzez jego niezastosowanie, a tym samym podważenie przez sąd pierwszej instancji zasady swobody umów i możliwości swobodnego kształtowania przez strony umowy ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek i jej warunków poprzez uznanie, że niezależnie od treści zakresu ochrony ubezpieczeniowej jasno zdefiniowanej w warunkach umowy, pozwany powinien dodatkowo wystosować do Ubezpieczonego formularz z pytaniem o choroby, które wcześniej przebył, pomimo, iż żaden przepis prawa nie nakazuje takiego zachowania po stronie ubezpieczyciela i przede wszystkim nie zabrania takiego sformułowania zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

W konkluzji apelacji skarżąca spółka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na rzecz powoda kosztów postępowania za obie instancje, w tym kosztów postępowania apelacyjnego według norm przypisanych wraz z kosztami zastępstwa procesowego, ewentualnie uchylenie wyroku w zaskarżonej treści i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji wraz z pozostawieniem temu sądowi rozstrzygnięcia co do kosztów postępowania apelacyjnego (k 230 do 237).

W odpowiedzi na apelację powódka wniosła o jej oddalenie i zasądzenie na swoją rzecz od strony pozwanej kosztów postępowania odwoławczego, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych (k 245 do 253).

Sąd apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu.

Zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów wyrażoną w art. 233 § 1 kpc sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału.

Postępowanie dowodowe zostało w sprawie przeprowadzone prawidłowo, zgodnie z wnioskami obu stron postępowania. Analiza materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie prowadzi do wniosków zbieżnych z wyprowadzonymi przez sąd pierwszej instancji. Ustalenia faktyczne dokonane na podstawie tego materiału w uzasadnieniu zakwestionowanego orzeczenia sąd odwoławczy uznał w tym stanie procesowym sprawę za własne.

Przepis art. 6 kc zawiera ogólną zasadę rozkładu ciężaru dowodu i określa reguły dowodzenia. Nie stanowi jednak samodzielnej podstawy rozstrzygnięcia, ani nie określa jak przedstawia się ciężar dowodu w określonym stosunku prawnym. Rozkład ciężaru dowodu wynika z przepisów regulujących konkretny stosunek prawny. Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia art. 6 kc wymaga wskazania na przepis prawa materialnego regulującego stosunek prawny stron i konkretyzującego rozkład ciężaru dowodu w tym stosunku (por. wyrok SN z dnia 17 lipca 2009 r., IV CSK 83/09, LEX nr 607278 i orzecznictwo powołane w jego uzasadnieniu). Sąd nie ma obowiązku dążenia do wszechstronnego zbadania wszystkich okoliczności sprawy oraz nie jest zobowiązany do zarządzania dochodzenia w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie. Nie ma też obowiązku przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 232 kpc). Obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach postępowania – a nie tylko na powodzie (art. 3 kpc), a ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie (art. 227 kpc) spoczywa na tej stronie, która z tych faktów wywodzi skutki prawne.

Niezrozumiałym jest powołanie się przez skarżącego w zarzutach apelacji na konieczność wykazania zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Powódka obowiązkowi wykazania tego zdarzenia sprostała.

Umowa ubezpieczenia została zamieszczona w § 1 ust. 2 pkt 2 i § 4 umowy pożyczki w kwocie 88.767,04 złote z dnia 6 lutego 2015 r. Czas trwania umowy pożyczki i ubezpieczenia pokrywały się. Był to okres od dnia 6 lutego 2015 r. do 10 lutego 2025 r. Koszt ubezpieczenia wyniósł 15.978,06 złotych (k 12 do 17). Ubezpieczony podpisał deklarację ubezpieczeniową (k 16).

Pojęcie zdarzenia ubezpieczeniowego zostało zawarte w integralnej części umowy - (...) Bank (...) SA (k 67 do 73).

Był nim zgon ubezpieczonego w czasie trwania ubezpieczenia (§ 3 ust. 1 w zw. z § 1 Warunków). Umowa zawarta pomiędzy pozwaną spółką a zmarłym w § 2 w/w Warunków określiła definicja pojęć w niej zawartych. Dla przyjęcia dnia zgonu ubezpieczonego przyjmowało się dzień wskazany w akcie zgonu, tj. w sprawie dzień 18 grudnia 2015 r. (k 19 do 20 karta zgonu, k 21 akt zgonu).

Przyczyną zgonu stanowiło zatrzymanie krążenia o oznaczeniu 146.9, co wskazuje na nagłość jego zaistnienia (k 197 opinia biegłego dr n. med. J. Z.).

Powódka w sprawie miała obowiązek wykazania okoliczności stanowiących o odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, natomiast zakład ubezpieczeń okoliczności zwalniających go od odpowiedzialności. Oba fakty przesądzające o zaistnieniu wypadku ubezpieczeniowego powódka udowodniła.

„Wypadek ubezpieczeniowy” to ogólne podjęcie nie mające definicji ustawowej. Sprecyzowanie tego pojęcia zależy od umowy stron. Dla właściwego określenia, jakie zdarzenie zostało objęte ubezpieczeniem i czy jest ono tożsame z wypadkiem ubezpieczeniowym, konieczne jest dokonanie wykładni zawartej umowy, której integralną część stanowią ogólne warunki ubezpieczenia, przy uwzględnieniu reguł określonych w art. 65 § 2 kc (zob. cyt. w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lipca 2008 r., V CSK 65/08, LEX nr 602339 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 stycznia 2019 r., IV CSK 516/17, LEX nr 2607888 i orzecznictwo w jego uzasadnieniu powołane).

Twierdzenia apelującego, że powódkę obciążał obowiązek wykazania przyczyny zgonu pozostaje w sprzeczności z opracowanymi przez zakład ubezpieczeń warunkami. Przyczyna zgonu ubezpieczonego wynika z karty zgonu. Biegły, co strona pozwana sama przywołuje w uzasadnieniu apelacji wskazał na różne warianty i możliwości zaistnienia przyczyny wskazanej w karcie zgonu (k 176 – 178, k 196 – 198 opinia główna i uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii dr n. med. J. Z.). Biegły podniósł, że w czasie sekcji nie zawsze jest możliwe ustalenie konkretnej przyczyny zgonu. Zarzucanie przez skarżącego powódce nieprzeprowadzenia sekcji zwłok pozostaje poza granicami związku z zawartą umową i jej zakresem. Nagłość przyczyny zgonu u zmarłego wynika z opisu zamieszczonego w karcie zgonu (k 197). Wskazanie przez biegłego na schorzenia, na które cierpiał zmarły stanowi jedynie rozważanie o możliwościach i ich prawdopodobieństwie a nie o zdarzeniu, którego stwierdzenie wymagają (...) Bank (...) SA. Związek pomiędzy tymi schorzeniami wtórnymi jest możliwy, lecz nie można stwierdzić innej przyczyny zgonu niż wpisana w kartę zgonu. Jej określenie jest wprawdzie wymuszone przez schemat karty zgonu, jak to podał biegły, ale to zamieszczone w karcie stwierdzenie nagłej przyczyny powinno być dla odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń decydujące.

Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z § 3 ust. 3 i § 6 ust. 3 w związku z deklaracją podpisaną przez zmarłego (k 12 – pkt 3) i zeznaniami świadka W. K. (k 170 odwr.), z których wynika, że przedstawiciel nie wskazywał i wyjaśniał ich zmarłemu i jego żonie nie mogą stanowić wystarczającej podstawy dla przyjęcia, że schorzenia jakie występowały u zmarłego (k 38 do 104, 156, 159 do 165 dokumentacja medyczna K. K.) wymagały poza profilaktyką zdrowotną regularnego nadzoru i leczenia. Istnienie tych chorób (niektórych przewlekłych) jest jedynie czynnikiem ryzyka powikłań naczyniowo - krążeniowych i zgonu (k 178). Uregulowanie ujęte w § 6 ust. 3 Warunków jest tak szerokie i ogólne, że w dacie zawierania umowy może być nieweryfikowalne. Ubezpieczający znając przebyte choroby musiałby je wskazać przedstawicielowi i sam wraz z nim oceniać czy będą mogły stanowić ewentualną przyczynę wypadku ubezpieczeniowego. Stwarzałoby to potrzebę zbadania osoby, która chce się ubezpieczyć i dokonania oceny jej stanu zdrowia, skoro przy jej dobrym samopoczuciu jej stan zdrowia wymagałby rozważenia chorób, które miałyby związek z przewidzianym w umowie zdarzeniem ubezpieczeniowym.

Rolą sądu jest taka interpretacja przepisów, aby ochrona wynikająca z umowy ubezpieczenia była najpełniejsza. Wynika to z ogólnego założenia, że przyczyną ubezpieczenia się jest zapewnienie zabezpieczenia, najczęściej majątkowego na wypadek zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie. W przypadku umowy będącej przedmiotem niniejszego postępowania celem umowy było zabezpieczenie kredytobiorcy na wypadek zajścia niekorzystnych

dla niego zdarzeń - zgonu. Przewidywane przez ubezpieczającego się konsekwencją zajścia tego zdarzenia byłyby dla niego i jego rodziny niekorzystne. Wchodziła w grę konieczność zwrotu udzielonego kredytu. To założenie przygotowanego w porozumieniu z bankami ubezpieczenia jednocześnie chroniło bank przed tymi ewentualnymi zdarzeniami. Zakłady ubezpieczeń tworząc tego rodzaju „grupowe ubezpieczenia” muszą zdawać sobie sprawę z ryzyka, jakie wiąże się z zawartą umową. Słusznie zatem sąd pierwszej instancji upatrywał w celu zawartej umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego podstawowej zasady wykładni interpretacyjnej zapisów w niej zawartych. Dla zakładu ubezpieczeń zawarcie umowy wiąże się z mniejszym ryzykiem niż dla ubezpieczającego. Rodzaj umowy ubezpieczenia (ubezpieczenie kredytu) oraz jej grupowy charakter (ilość umów tego rodzaju) na to wskazuje. Potwierdza to czasokres umowy. Zakład ubezpieczeń otrzymuje wysoką składkę za jej zawarcie, stąd ukształtowanie umowy w zakresie zabezpieczenia jego interesów (wyłączenia) muszą nakładać na tę stronę umowy właściwe sformułowanie warunków zawarcia umowy oraz powinny zakładać sprawdzenie czy w czasie zawarcia umowy okoliczności wskazujące na wyłączenie odpowiedzialności nie występują. Inaczej - w sytuacji gdy nie dojdzie do dokonania czynności sprawdzających - należy upatrywać w zaniechaniach zakładu ubezpieczeń objęcia ryzykiem również okoliczności, które powinny być zakładowi ubezpieczeń w momencie zawierania umowy znane. Zasada swobody zawierania umów (art. 353¹ kc) nie oznacza nieograniczonej dowolności w kształtowaniu stosunku prawnego. Nakazuje dochowanie zgodności treści i celu z jego naturą, ustawą i zasadami współżycia społecznego. Obejmuje również obowiązek ukształtowania treści postanowień umowy w sposób jednoznaczny i zrozumiały. Umowa, w której jedna ze stron może dowolnie wpływać na zakres własnego zobowiązania, nie mieści się w granicach swobody umów, gdyż zaprzecza istocie (naturze) stosunku obligacyjnego, w rozumieniu art. 353¹ kc.

Skorzystanie z ustawowej sankcji zwolnienia się od świadczenia, przez ubezpieczyciela musi poprzedzać czynność zapytania, o której mowa w art. 815 § 1 zdanie pierwsze kc. Nie jest wystarczające posiadanie przez ubezpieczyciela informacji o okolicznościach istotnych z punktu widzenia ryzyka ubezpieczeniowego z własnych ustaleń, prowadzonych dochodzeń, czy nawet informacji znanych powszechnie lub szerokiej grupie społecznej. (...), o którym mowa w w/w przepisie ma charakter kierunkowy i celowy, zmierzający do uzyskania określonej informacji, w dalszej kolejności warunkujące sankcję uwolnienia ubezpieczyciela od świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia. Spełnia istotną funkcję, a mianowicie, jego brak powoduje, że może dochodzić do swoistej fikcji w zakresie faktów, dotyczących przyczyn szkody, uwzględnionej w ramach przyjętego ryzyka ubezpieczeniowego.

Wykładnia przepisów prawa materialnego dokonana przez sąd okręgowy i przedstawiona w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, zwłaszcza art. 805 kc, art. 815 kc i art. 353¹ kc odpowiada reprezentowanej w doktrynie i orzecznictwie. Zarzut apelacji naruszenia tych przepisów był więc pozbawiony zasadnych podstaw.

Mając powyższe okoliczności na względzie, na podstawie art. 385 kpc, Sąd Apelacyjny w Łodzi orzekł jak w punkcie 1 sentencji wyroku.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 2 kpc w zw. z art. 108 § 1 kpc i art. 391 § 1 kpc.