

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 czerwca 2022 r.

Sąd Rejonowy w Gdyni I Wydział Cywilny

w składzie następującym: Przewodniczący: Sędzia Sławomir Splitt

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 27 czerwca 2022 r. w G.

sprawy z powództwa **G. S.**

przeciwko **(...) S.A. z siedzibą w W.**

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego **(...) S.A. z siedzibą w W.** na rzecz powódki **G. S.** kwotę **20.934,80 złotych** (dwadzieścia tysięcy dziewięćset trzydzieści cztery złote osiemdziesiąt groszy) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwot:

- 2.000,00 złotych od dnia 11 sierpnia 2017 r. do dnia zapłaty,

- 934,80 złotych od dnia 23 stycznia 2018 roku do dnia zapłaty,

- 8.000,00 złotych od dnia 19 września 2018 r. do dnia zapłaty,

- 10.000,00 złotych od dnia 7 marca 2022 r. do dnia zapłaty;

II. umarza postępowanie w zakresie żądania odsetek ustawowych za opóźnienie od kwoty 8.000 złotych za okres od dnia 25 lutego 2018 r. do dnia 18 września 2018 r.,

III. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

IV. zasądza od pozwanego **(...) S.A. z siedzibą w W.** na rzecz powódki **G. S.** kwotę **2.064,00 złote** (dwa tysiące sześćdziesiąt cztery złote) tytułem zwrotu kosztów procesu;

V. nakazuje ściągnąć od pozwanego **(...) S.A. z siedzibą w W.** na rzecz **Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Gdyni** kwotę **2.334,92 złotych** (dwa tysiące trzysta trzydzieści cztery złote dziewięćdziesiąt dwa grosze) tytułem wyłożonych tymczasowo kosztów opinii biegłych oraz opłaty sądowej od rozszerzonego powództwa.

Sygn. akt IC 1210/17

UZASADNIENIE

G. S. wniosła pozew przeciwko (...) S.A. w W. o zapłatę kwoty 2.934,80 złotych z ustawowymi odsetkami od kwoty:

- 2.000,00 złotych od dnia 25 lutego 2016 roku do dnia zapłaty,

- 934,80 złotych od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu powódka wskazała, iż w dniu 25 stycznia 2016 roku zmarł w Portugalii B. S. (1).

W związku z tym, iż był on ubezpieczony na wypadek śmierci pozwany wypłacił powódce kwotę 55.000,00 złotych.

Powódka zgłosiła reklamację, gdyż stosownie do zapisów polisy oraz zakresu ochrony ubezpieczeniowej była uposażona w 100% i przysługiwało jej 75.000,00 złotych z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek zawału serca.

Pozwany nie uznał, aby śmierć małżonka nastąpiła w wyniku zawału serca.

W ocenie powódki do śmierci małżonka doszło w wyniku zawału serca, co wynikało bezpośrednio z wniosków z protokołu z sekcji zwłok.

Powódka stwierdziła, iż dochodzi w części kwoty tytułem zadośćuczynienia (2.000,00 złotych) oraz kosztów poniesionych na tłumaczenie poświadczonych z języka portugalskiego protokołu z sekcji zwłok zmarłego (934,80 złotych).

(vide: pozew, k. 2-3)

W odpowiedzi na pozew pozwana wniosła o oddalenie powództwa.

Powołała się na opinie konsultanta medycznego ubezpieczyciela, z której wynikało, iż protokół nie wskazywał na ewidentne cechy sekcyjne zawału mięśnia serca.

Ponadto pozwana powołała się na to, iż B. S. (1) w kwestionariuszu medycznym z dnia 5 września 2007 roku udzielił negatywnej odpowiedzi na wszystkie (za wyjątkiem jednego) pytania, w tym także na pytanie dotyczące układu krążenia.

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

(odpowiedź na pozew, k. 27-29)

W piśmie z dnia 29 sierpnia 2018 roku powódka rozszerzyła żądanie pozwu w ten sposób, iż wniosła o:

- kwotę 10.000,00 złotych tytułem odszkodowania, wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 25 lutego 2016 roku do dnia zapłaty,

- kwotę 934,80 złotych, tytułem kosztów poniesionych na tłumaczenie poświadczonych z języka portugalskiego protokołu z sekcji zwłok zmarłego w Portugalii B. S. (1), wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty,

(vide, pismo pełnomocnika powoda, k. 99)

W piśmie z dnia 7 czerwca 2019 roku powódka wskazała, iż formułowanie ogólnych warunków umów w taki sposób, iż tworzy ona definicję zawału w sposób wybiórczy, niekompletny i zbyt ogólny, pomijając występujące powszechnie typy zawałów, w tym zawał typu III.

(vide: pismo pełnomocnika powoda, k. 170)

Pismem złożonym w dniu 10 grudnia 2021 roku (data nadania 9 grudnia 2021 roku) powódka rozszerzyła pozew o dalszą kwotę 10.000,00 złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia doręczenia odpisu pozwu do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu powódka wskazała, iż jak wynika z załączonego do pozwu potwierdzenia ubezpieczenia na skutek śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego należne jest odszkodowanie w wysokości 75.000,00 złotych.

Pełnomocnik powódki oświadczył, iż definicja pozwanego w związku z zawałem mięśnia sercowego jest bezpodstawnie ograniczona i nie uwzględnia wszystkich przypadków mogących stanowić zawał serca. Takie ukształtowanie

postanowień umowy, która zawężyła zakres zawału serca w stosunku do pojęcia powszechnie stosowanego w kardiologii, bez dania temu wyrazu w treści umowy stanowi niedozwolone postanowienie umowne.

(vide; pismo procesowe powódki, k. 301- 302)

W piśmie procesowym z dnia 20 maja 2022 roku pełnomocnika powódki zobowiązany do sprecyzowania początkowego terminu odsetek od kwoty 8.000,00 złotych wskazywanej rozbieżnie w treści pism procesowych stwierdził, iż żąda zapłaty odsetek od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pisma z dnia 29 sierpnia 2018 roku zawierającego rozszerzenie powództwa o te kwotę.

(pismo pełnomocnika powoda z dnia 20 maja 2022 roku, k. 336)

Ostatecznie zatem powódka wniosła o zapłatę kwoty 20.934,80 złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie:

- od kwoty 2.000,00 złotych od dnia 25 lutego 2016 roku do dnia zapłaty,
- od kwoty 8.000,00 złotych od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pisma rozszerzającego powództwo o powyższą kwotę z dnia 29 sierpnia 2018 roku,
- od kwoty 10.000,00 złotych od dnia doręczenia odpisu pisma rozszerzającego powództwo o te kwotę do dnia zapłaty.

Kwoty 20.000 złotych powódka dochodziła jako dopłaty odszkodowania z ubezpieczenia, zaś kwoty 934,80 złotych jako zwrotu kosztu poniesionych w związku z tłumaczeniem dokumentów.

Stan faktyczny:

B. S. (1) przystąpił do ubezpieczenia na życie w (...) S.A. w W. na podstawie złożonej w dniu 5 września 2007 roku deklaracji przystąpienia.

Wskazany zakres ubezpieczenia obejmował min. ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego – w kwocie 50.000,00 złotych oraz śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego – w kwocie 65.000,00 złotych – łącznie z kwota wypłaconą na wypadek śmierci ubezpieczonego.

Jako uposażona została wskazana małżonka ubezpieczającego się – G. S..

(vide: deklaracja przystąpienia, k. 43- 44)

W złożonym kwestionariuszu medycznym ubezpieczający na pytanie czy kiedykolwiek miał rozpoznane choroby lub jakiegokolwiek problemy związane z: układem krążenia (jak nadciśnienie tętnicze, zawał serca, chorobę wieńcową, zmiany w EKG, bóle w klatce piersiowej, szmery w sercu, choroby naczyń krwionośnych) zakreślił pozycję „nie”.

(vide: kwestionariusz medyczny, k. 42)

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie w par. 2 punkcie 29 definiowały zawał mięśnia sercowego – jako martwicę części lub fragmentu mięśnia sercowego w następstwie zamknięcia tętnicy wieńcowej; rozpoznanie musi być potwierdzone stwierdzeniem w wywiadzie typowego bóle w klatce piersiowej, ujawnieniem świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym i zwiększeniem aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśniowej serca powyżej standardowych wartości prawidłowych.

(vide; ogólne warunki, k. 45- 47)

W dniu 25 stycznia 2016 roku B. S. (1) zmarł na terenie Portugalii. W protokole sporządzonym przez zakład medycyny Sądowej w Portugalii stwierdzono, iż łącząc wyniki sekcji zwłok z informacjami klinicznymi i osobowymi dostarczonymi i wyniku badań patomorfologicznych można założyć, iż zgon B. S. (1) mógł zostać spowodowany potwierdzonymi histologicznie zmianami sercowo- naczyniowymi, uszkodzeniami spowodowanymi miażdżycą tętnic

wieńcowych z istotnym zwężeniem ich światła (80%) oraz kardiomiopatią przerostową ze zwłóknieniem, które mogły wywołać arytmie serca prowadząca do zgonu.

W chwili śmierci B. S. (1) skumulowana wysokość świadczenia z tytułu ubezpieczenia na życie z tytułu śmierci ubezpieczonego wynosiła 55.000,00 złotych, zaś z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru – 75.000,00 złotych, z zaznaczeniem, iż obejmuje ona świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego.

(vide; protokół z sekcji zwłok, k. 10-17, potwierdzenie ubezpieczenia, k. 22)

Ubezpieczyciel dokonał wypłaty świadczenia G. S. w wysokości 55.000,00 złotych.

W piśmie z dnia 6 lipca 2017 roku G. S. wezwała ubezpieczyciela do zapłaty kwoty 45.000,00 złotych z tytułu świadczenia zaniżonego.

Wezwanie wpłynęło w dniu 12 lipca 2017 roku do ubezpieczyciela.

(vide; przesądowe wezwanie do zapłaty, k. 19, potwierdzenie odbioru, k. 21)

W dniu 23 sierpnia 2017 roku został wystawiona faktura na kwotę 934,80 złotych przez firmę (...) na rzecz (...) A. Ł. na kwotę 934,80 złotych z ustalonym terminem zapłaty – do dnia 6 września 2017 roku za tłumaczenie z języka portugalskiego na język polski.

(vide: faktura, k. 18)

W opinii biegłego kardiologa M. W. z dnia 16 lipca 2018 roku wskazał ona, iż w przypadku B. S. (1) doszło do zawału mięśnia sercowego spełniającego typ 3 definicji zawału – to jest nagły, niespodziewany zgon sercowy w mechanizmie zatrzymania krążenia, często poprzedzony objawami sugerującymi niedokrwienie mięśnia sercowego i przypuszczalnie z nowym uniesieniem odcinka ST, nowym (...) i udokumentowana podczas koronografii lub w badaniu pośmiertnym obecnością świeżego zakrzepu w tętnicy wieńcowej, o ile śmierć nie nastąpiła przed pobraniem próbek krwi do badań zanim doszło do wzrostu stężenia biomarkerów we krwi.

Jednocześnie biegły stwierdził, iż pomimo braku zwiększonej aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśniowej wymaganych w definicji OWU do rozpoznania zawału serca biegły stwierdza z 100% pewnością, iż ostry zespół wieńcowy był przyczyną zgonu B. S. w dniu 25 stycznia 2016 roku.

(vide; opinia, k. 86-89)

W opinii uzupełniającej biegła stwierdziła, iż dokumentacja zmarłego nie spełnia definicji zawału w kontekście OWU. Jednocześnie stwierdziła, iż wobec braku zmian mikroskopowych w badaniu pośmiertnym brak jest jednoznacznych dowodów na zawał mięśnia sercowego jako przyczynę zgonu B. S..

(vide: opinia, k. 115-117)

W opinii medycznej kardiologa M. K. z dnia 24 kwietnia 2019 roku rażące jest nieuwzględnienie w definicji zawału serca wariantów zawału serca uznawanych powszechnie przez europejskie towarzystwa kardiologiczne

Sytuacja kliniczna, która miała miejsce w przypadku B. S. (1) była przykładem typowego III typu zawału serca według (...) Towarzystwa kardiologicznego i obowiązującego w Polsce.

Wystąpił typowy objaw ostrego niedokrwienia oraz nagłe zatrzymanie krążenia przed możliwością wykonania badania elektrokardiograficznego i pobrania krwi na oznaczenie markerów martwicy.

(vide: opinia medyczna, k. 152- 157)

W opinii uzupełniającej biegły stwierdził, iż zdarzenie nie spełnia kryteriów zawału stworzonych na potrzeby własne przez ubezpieczyciela. Jednocześnie potwierdził to, iż definicja ta odbiega w sposób istotny od uniwersalnej definicji zawału – istniejącej od 2007 roku.

(vide; opinia medyczna, k. 215-217)

Powódka G. S. złożyła formularz zgłoszenia roszczenia z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie w dniu 7 września 2016 roku.

(formularz zgłoszenia, akta szkody)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów, a także dowodu z opinii biegłych sądowych z zakresu kardiologii.

W niniejszej sprawie powódka swoje roszczenia wywodziła z umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z (...) S.A. w W., do której jako ubezpieczający w dniu 5 września 2007 roku przystąpił jej mąż B. S. (1). Powódka została wskazana przez ubezpieczającego jako uposażona.

Podstawą prawną powództwa były przepisy art. 805 kc i 808 kc. kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i czy rażąco naruszają jego interesy.

Stosownie do art. 385² kc oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny.

Jak wskazano powyżej przewidziane w OWU kryteria uznania zdarzenia ubezpieczeniowego za zawał serca są błędne i niezgodne z obowiązującą wiedzą medyczną.

Jak bowiem wynika z opinii biegłego M. K. wskazane w tej definicji przesłanki do stwierdzenia zawału serca nie zawsze występują w wypadku zawału serca w rozumieniu uniwersalnej trzeciej definicji zawału serca.

Wedle biegłego ból w klatce piersiowej nie jest jedynym objawem zawału, albowiem przy ostrym niedokrwieniu ściany dolnej – wynikającym z krytycznego niedokrwienia gałęzi okalającej lewej tętnicy wieńcowej i/lub prawej tętnicy wieńcowej – będzie się manifestował typowo maską brzuszna (ból brzucha, nudności, wymioty).

U chorych z wieloletnią cukrzycą – jak B. S. (1) – mogą w ogóle nie wystąpić objawy o charakterze bólu, natomiast mogą się pojawić inne objawy, które stanowią tzw. ekwiwalenty niedokrwienia (np. omdlenie, pełna utrata przytomności).

Zatem, definicja stosowana przez pozwanego nie uwzględnia równoważnych objawów, które podobnie jak niedokrwienie stanowią o przebytych zawale serca.

Ponadto, jak wskazała w swojej opinii biegła M. W. w pewnych sytuacjach pomimo klinicznych i typowych elektrokardiograficznych cech zawału serca nie odnotowuje się wzrostu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśniowej serca powyżej standardowych wartości prawidłowych, co również stanowi przesłankę do stwierdzenia zawału mięśnia sercowego w świetle definicji stosowanej przez pozwanego zakład ubezpieczeń.

Do wzrostu enzymów nie dochodzi, gdy w krótkim czasie od wystąpienia bólu dławicowego następuje nagle zatrzymanie krążenia. Czasem, do wzrostu poziomu enzymów dochodzi dopiero po upływie pewnego czasu (2-4 godziny) i możliwe jest do stwierdzenia dopiero w kolejnym badaniu.

Uwzględnienie zatem, przy konstruowaniu definicji, objawów, które nie zawsze występują w przypadku zawału serca, znacznie ogranicza odpowiedzialność ubezpieczyciela, o czym przy zawarciu umowy konsument nie jest informowany.

W ocenie Sądu przeciętny konsument przystępując do umowy grupowego ubezpieczenia na życie pozostaje w przekonaniu, że zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest wystąpienie zawału serca.

Osoba nie dysponująca specjalistyczną wiedzą medyczną nie wie, że zawał serca charakteryzować się może różnymi objawami, bądź, że istnieją różne jego typy. Dlatego wszelkie postanowienia dotyczące określenia definicji zawału serca, a tym samym określenia zakresu ubezpieczenia należy formułować w sposób jednoznaczny i zrozumiały dla konsumenta, a także należy zwrócić uwagę konsumenta na istotne ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Tymczasem, postanowienia OWU pozwanego w zakresie definicji zawału serca uznać należy za mylące i obiektywnie niezrozumiałe dla przeciętnego adresata, a użycie przez stronę pozwaną w OWU takich sformułowań skutkowało objęciem ochroną ubezpieczeniową tylko niektórych zawałów.

Zdaniem Sądu, jest wysoce nieetyczne ze strony towarzystwa ubezpieczeniowego wybiórcze, niekompletne i zbyt ogólne ustalenie definicji zawału serca w ogólnych warunkach ubezpieczenia, całkowicie oderwane od obowiązującej uniwersalnej definicji zawału serca.

Niewątpliwie, konsument zwraca uwagę na zakres ubezpieczenia, ale nawet jeśli zapozna się z powołaną wyżej definicją, nie może mieć wiedzy o tym, że definicja zawału narzucona przez stronę pozwaną w ogólnych warunkach ubezpieczenia jest nieadekwatna do współczesnej wiedzy medycznej i że w istocie prowadzi do objęcia ochroną ubezpieczeniową jedynie szczególnych, rzadziej występujących przypadków.

Mając na uwadze, że przeciętny konsument działa w zaufaniu do zakładu ubezpieczeń, to może pozostawać w przeświadczeniu, że stosowana przez ubezpieczyciela definicja jest zgodna z aktualnym stanem wiedzy medycznej, a tym samym może on sądzić, że zawierając umowę ubezpieczenia jest ubezpieczony na wypadek wystąpienia każdego typu zawału serca w rozumieniu aktualnie obowiązujących uniwersalnych definicji stosowanych powszechnie przez specjalistów z zakresu medycyny.

W ocenie Sądu stosowanie przez pozwanego zakład ubezpieczeń niekompletnej i wybiórczej definicji zawału nie skorelowanej z powszechnie obowiązującą definicją zawału serca przez środowisko medyczne, bez uprzedniego zwrócenia na powyższe ograniczenie uwagi przez wyraźnie sformułowane wyłączenie (nie zaś przez powołanie się na sformułowaną językiem medycznym definicję) kształtuje prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami.

Przeciętny konsument zawierając umowę pozostaje bowiem w przeświadczeniu, że ubezpieczył się od ryzyka wystąpienia zawału serca, nie mając świadomości, że odpowiedzialność ubezpieczyciela jest znacznie ograniczona. Pozwany w sposób nieuprawniony w OWU określił definicję zawału mięśnia sercowego, ograniczając tym samym możliwość wypłaty świadczenia w sposób nieuzasadniony w sytuacji, kiedy nie wystąpiły łącznie określone w OWU objawy zawału mięśnia sercowego, a mimo to w świetle aktualnej wiedzy medycznej doszło do takiego zawału u ubezpieczonego.

Jeśli pozwany zamierzał ograniczyć swoją odpowiedzialność jedynie do konkretnych przypadków zawału serca, np. do konkretnych typów, winien to jednoznacznie ubezpieczonemu zakomunikować, np. w odrębnym oświadczeniu. Postanowienie OWU rażąco narusza interes konsumenta, bowiem poważnie i znacząco odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia. Zgodnie z ugruntowanym poglądem doktryny istotą dobrych obyczajów jest szeroko rozumiany szacunek do drugiego człowieka, wskutek czego sprzeczne z nimi są działania wykorzystujące m.in. niewiedzę, brak doświadczenia drugiej strony, naruszanie zasady równorzędności stron.

Zdaniem Sądu w niniejszym przypadku pozwany ubezpieczyciel wykorzystał niewiedzę konsumenta, a celem takiego ukształtowania zapisu § 2 pkt 29 OWU było tylko i wyłącznie zabezpieczenie interesów ubezpieczyciela i ograniczenie odpowiedzialności, gdyby faktycznie doszło do śmierci wskutek zawału serca. W konsekwencji uznać należało, że postanowienie umowne zawarte w § 2 pkt 29 OWU stanowi klauzulę abuzywną. W konsekwencji uznania przedmiotowego postanowienia za abuzywne należało uznać, że nie wiążą one konsumenta.

Mając na względzie, że zakres ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego, a definicja określona w OWU nie wiązała konsumenta, to należało przyjąć uniwersalną, trzecią definicję zawału serca opracowaną przez (...) Towarzystwo (...) ((...)), aktualną w dacie zawarcia umowy.

Treść tej definicji przytoczyła w swojej opinii biegła M. W.. Zgodnie z podaną przez biegłą definicją typ 3 zawału serca to nagły, niespodziewany zgon sercowy w mechanizmie zatrzymania krążenia, często poprzedzony objawami sugerującymi niedokrwienie mięśnia sercowego i przypuszczalnie z nowym uniesieniem odcinka ST, nowym (...) i udokumentowaną podczas koronografii lub w badaniu pośmiertnym obecnością świeżego zakrzepu w tętnicy wieńcowej, o ile śmierć nie nastąpiła przed pobraniem próbek krwi do badań zanim doszło do wzrostu stężenia biomarkerów we krwi.

W niniejszej sprawie oboje biegli zgodnie wskazali, że u B. S. (1) wystąpił typowy zawał serca typu 3, zgodnie z przytoczoną powyżej definicją.

Zdaniem biegłego M. K. o wystąpieniu takiego zawału świadczy przede wszystkim objaw ostrego niedokrwienia oraz nagle zatrzymanie krążenia przed możliwością wykonania badania EKG i pobrania krwi na oznaczenie markerów martwicy.

Jak wyjaśnił biegły u ubezpieczonego wystąpiło ostre niedokrwienie ściany dolnej wynikało z krytycznego niedokrwienia gałęzi okalającej lewej tętnicy wieńcowej i/lub prawej tętnicy wieńcowej manifestowane typowo maską brzuszną (silny ból nadbrzusza z następowym nagłym zatrzymaniem krążenia u pacjenta z otyłością, cukrzycą typu II i nadciśnieniem tętniczym).

Zdaniem biegłego opisane w protokole autopsyjnym zmiany histopatologiczne spełniają warunek przebytego zawału serca, gdyż obrzęk jest zawsze odpowiedzią na uszkodzenie (martwicę). Wedle biegłego opisane w raporcie patomorfologicznym zmiany odpowiadają (90 % zwężenie miażdżycowe w (...) oraz GO) odpowiadają ciężkim krytycznym zwężeniom w tętnicach wieńcowych. Krytyczne zwężenie z dwóch tętnic unaczyniających zdecydowaną większość masy lewej komory są zmianami odpowiedzialnymi za zawał serca.

W przekroju przegrody międzykomorowej (obszar unaczyniony przez (...)) rozpoznano obrzęk, który jest wczesną odpowiedzią na obecność zawału, czyli martwicy.

Zważyć należy, iż opinia biegłego K. koreluje z treścią opinii biegłej M. W., która wskazała, że u poszkodowanego doszło do ostrego niedokrwienia mięśnia sercowego z maską brzuszną i potwierdzonymi w badaniu autopsyjnym zmianami martwiczymi w przegrodzie międzykomorowej serca, z krytycznymi zmianami zawężającymi dwie główne tętnice wieńcowe. Wskutek ostrego niedokrwienia doszło do wyzwolenia złośliwej ektopii komorowej z przejściem w migotanie komór z następową asystolią i śmiercią mózgową.

Zdaniem biegłej okoliczności i nagłość zdarzenia przemawiają za mechanizmem niedokrwinnym zgonu. Biegła zwróciła uwagę na występujący u poszkodowanego rozsiany zaawansowany proces miażdżycowy układu sercowo – naczyniowego, a także okoliczności sprzyjające wystąpieniu zawału serca jak: nadciśnienie tętnicze, hyperlipidemia, cukrzyca, otyłość i nałóg palenia. Zdaniem biegłej w rozpatrywanym przypadku doszło do niedokrwienia myokardium z obrazem świeżej martwicy w badaniu autopsyjnym w mechanizmie ostrego deficytu krążenia wieńcowego.

Z definicji uniwersalnej zawału serca typu 3 wynika, że kwestia udokumentowania podczas koronografii lub w badaniu pośmiertnym obecności świeżego zakrzepu w tętnicy wieńcowej ma znaczenie o tyle, o ile śmierć nie nastąpiła

przed pobraniem próbek krwi do badań zanim doszło do wzrostu stężenia biomarkerów we krwi. Zważywszy na nagłe okoliczności śmierci B. S. (1) nie pobrano od niego próbek krwi przed śmiercią. Nadto, jak wyjaśnił biegły K., aby możliwe było stwierdzenie zawału serca w obrazie histopatologicznym nie musi być obecny świeży zakrzep, bo to nie jest jedyny mechanizm niestabilności wieńcowej, gdyż mogło dojść do trombolizy wskutek działania układu fibrynolitycznego osocza, obkurczania tętnicy lub tętnic wieńcowych na krytycznych zmianach miażdżycowych ocenianych w badaniu post mortem na 80-90 %. Brak skrzeplin na krytycznych zwichnięciach biegły wytłumaczył najpewniej działającym okołozyciowo układzie fibrynolitycznym w osoczu.

W związku z powyższym należało uznać, że przyczyną śmierci B. S. (1) był zawał serca typu 3 wedle uniwersalnej, trzeciej definicji zawału serca opracowanej przez (...) Towarzystwo (...) ((...)).

Zważyć należy, iż ubezpieczyciel powołał się również na to, iż B. S. (1) w kwestionariuszu medycznym z dnia 5 września 2007 roku udzielił negatywnej odpowiedzi na wszystkie (za wyjątkiem jednego) pytania, w tym także na pytanie dotyczące schorzeń układu krążenia. Tym samym pozwany wywodził, że nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

W ocenie Sądu zarzut ten nie zasługiwał na uwzględnienie. Zgodnie z art. 815 § 1 kc 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. Wedle natomiast art. 815 § 3 kc ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia paragrafów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. Jednak zgodnie z art. 834 kc jeżeli do wypadku doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej. Umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić powyższy termin. W niniejszym przypadku do śmierci ubezpieczonego doszło w dniu 25 stycznia 2016 roku, natomiast do umowy grupowego (...) przystąpił w dniu 5 września 2007 roku. W związku z powyższym z uwagi na upływ okresu o jakim mowa w art. 834 kc podniesienie zarzutu dotyczącego zatajenia przed ubezpieczycielem informacji o stanie zdrowia należało uznać za nieskuteczne.

W tym stanie rzeczy należało uznać, że powództwo w zakresie żądania zapłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego. Jak wskazano w polisie ubezpieczeniowej z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca mięśnia sercowego uposażonemu przysługuje świadczenie w kwocie 75.000 zł. Powódka była osobą uposażoną w 100 %. Bezsporne pozostawało, że dotychczas powódka otrzymała od pozwanego kwotę 55.000 zł, a zatem pozostaje do wypłaty kwota 20.000 zł stanowiąca różnicę pomiędzy kwotą świadczenia wskazanego w polisie a kwotą dotychczas wypłaconą.

Ponadto Sąd uznał za zasadne roszczenie powódki z zapłatę kwoty 934,80 złotych, która wynikała z kosztu poniesionego w związku z tłumaczeniem z języka portugalskiego sekcji zwłok ubezpieczonego małżonka. W ocenie Sądu powyższy dokument stanowił podstawę prowadzenia ustaleń w powyższej sprawie, zaś jego tłumaczenie dokonane przez biegłego tłumacza z języka obcego stanowił warunek konieczny do przeprowadzenia ustaleń przez biegłych. Skoro zatem przyjmuje się to, iż koszt opinii rzeczoznawcy w sprawach ubezpieczeń samochodowych, z którego wynika ustalenie możliwej przed sądem do dochodzenia kwoty roszczenia stanowi uzasadniony wydatek podlegający uwzględnieniu w sprawie o zapłatę odszkodowania to podobnie w ocenie Sądu należy rozumieć koszt przetłumaczenia dokumentu będącego kluczowym dowodem obrazującym przyczynę śmierci ubezpieczonego, co prowadziło do uwzględnienia powództwa.

Mając na względzie dokonane przez powoda sprecyzowanie roszczenia w zakresie dochodzonych odsetek od kwoty 8.000,00 złotych w piśmie z dnia 20 maja 2022 roku, które Sąd uznał za cofnięcie pozwu w zakresie objętym wcześniejszym najdalej idącym żądaniem w tym zakresie sąd umorzył postępowanie w zakresie obejmującym żądanie odsetek od tej kwoty za okres od dnia 25 lutego 2018 roku do dnia 18 września 2018 roku.

Jednocześnie określając moment początkowy liczenia odsetek Sąd przyjął:

- od kwoty 2.000,00 złotych - od dnia 11 sierpnia 2017 roku, albowiem powódka nie przedstawiła dowodu wskazującego na to, aby domagała się od pozwanego roszczenia w okresie wcześniejszym, aniżeli to wynika z pisma – wezwania do zapłaty z lipca 2017 roku, doręzonego pozwanemu w dniu 11 lipca 2017 roku. Przyjmując zatem 30 dniowy termin wynikający z przepisów na rozpoznanie wniosku o wypłatę ubezpieczenia, jak również przyjmując to, iż żądanie 10.000 złotych obejmuje również 8.000 złotych co do której to kwoty powódka sprecyzowała w sposób odmienny żądanie odsetkowe Sąd przyjął jako datę początkową liczenia odsetek - od dnia 11 sierpnia 2017 roku.

- od kwoty 8.000,00 złotych – od daty doręczenia pozwanemu odpisu pisma z dnia 29 sierpnia 2018 roku – zgodnie z treścią pisma powódki z dnia 20 maja 2022 roku, to jest od dnia 19 września 2018 roku.

- od kwoty 10.000,00 złotych – od daty doręczenia pozwanej odpisu pisma zawierającego rozszerzenie pozwu o tę kwotę – to jest od dnia 7 marca 2022 roku,

Przy czym Sąd przyjął jako datę początkową datę doręczenia, albowiem powyższe roszczenia mieściły się w pierwotnym zgłoszeniu wypadku ubezpieczeniowego, co nakładało na ubezpieczyciela wypłatę odszkodowania we właściwej wysokości.

- od kwoty 934,80 złotych – od dnia następnego po upływie tygodnia od dnia doręczenia odpisu pozwu – to jest od dnia 23 stycznia 2018 roku, albowiem powódka roszczenie to podniosła dopiero w chwili złożenia pozwu.

W pozostałym zakresie Sąd oddalił powództwo o odsetki.

O kosztach Sąd orzekł na podstawie przepisu art. 98 i 108 k.p.c.

Powódka wygrała proces w całości (pomijając odsetki). Koszty należne stronie powodowej obejmowały opłata sądowa od pozwu 147 złotych, opłatę od rozszerzenia 400 złotych, wynagrodzenie pełnomocnika (liczone od pierwotnej w.p.s.) 900 złotych, opłatę skarbową od pełnomocnictwa 17 złotych, zaliczkę na poczet wynagrodzenia biegłego 600 złotych, to jest razem 2.064,00 złote.

W punkcie V Sad obciążył pozwanego kosztami sądowymi poniesionymi tymczasowo przez Skarb Państwa w postaci wydatków poniesionych na biegłych nie rozliczonych zaliczkami w kwocie 1.434,92 złotych oraz kwoty 900 złotych – jako należnej opłaty z tytułu drugiego rozszerzenia pozwu.