



Sygn. akt II CSKP 963/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 listopada 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

Prezes SN Joanna Misztal-Konecka (przewodniczący)
SSN Marcin Łochowski (sprawozdawca)
SSN Krzysztof Wesołowski

w sprawie z powództwa A. K.
przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń spółce akcyjnej w W.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym
w Izbie Cywilnej w dniu 23 listopada 2022 r.,
skargi kasacyjnej pozwanego
od wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi
z dnia 11 sierpnia 2020 r., sygn. akt I ACa 395/19,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Apelacyjnemu w Łodzi do ponownego rozpoznania
i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Wyrokiem z 11 sierpnia 2020 r. Sąd Apelacyjny w Łodzi na skutek apelacji powódki zmienił zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego w Płocku z 28 grudnia 2018 r. w ten sposób, że zasądził od Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. w W. na rzecz

A. K. kwotę 171 658,30 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 30 stycznia 2016 r. oraz obciążył pozwanego kosztami procesu za obie instancje.

Sąd Apelacyjny oparł swoje rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

W dniu 3 listopada 2014 r. K. K. zawarł z Bank S.A. umowę kredytu gotówkowego w kwocie 200 000 zł. Zawierając umowę podpisał dokument zatytułowany „Oświadczenie Banku i Kredytobiorcy dotyczące objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową jako zabezpieczenie spłaty kredytu gotówkowego”. Podpisał także oświadczenie, że „za wyjątkiem profilaktyki lekarskiej jego stan zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lub leczenia”.

K. K. objęty został umową ubezpieczenia grupowego kredytobiorców ([...]), zawartą między Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. oraz Bank S.A., przy czym ubezpieczającym był bank, zaś K. K.– ubezpieczonym. Rozdział 11 ust. 1 pkt 4 ogólnych warunków umowy (dalej: „OWU”) przewidywał, że w razie zgonu ubezpieczonego odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z następstwami i konsekwencjami wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela.

K. K. leczył się od 2011 r. z powodu cukrzycy, zaś co najmniej od lutego 2012 r. – z powodu nadciśnienia tętniczego, dny moczanowej i kamicy. Schorzenia, na które cierpiał, należały do chorób przewlekłych o stałej progresji, wymagały regularnego leczenia i nadzoru. Korzystał z regularnych wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, diabetologa i urologa, przyjmował liczne leki. W dniach od 30 marca 2014 r. do 14 kwietnia 2014 r. K. K. był hospitalizowany z powodu niestabilnej dławicy piersiowej. Cierpiał na spoczynkowe bóle w klatce piersiowej od tygodnia przed przyjęciem do szpitala. W wykonanej koronarografii stwierdzono przewlekle zamkniętą gałąź przednią zstępującą i graniczne zwężenia w gałęzi okalającej. Ponadto stwierdzono powiększone jamy serca, przerost mięśnia lewej komory, uogólnioną hipokinezę lewej komory. Ustalono leczenie farmakologiczne, które polegać miało na przyjmowaniu przez K. K. 13 różnych leków. Zalecono mu

wykonanie po miesiącu badania Holtera EKG, kontrolę echokardiograficzną za 3 miesiące i rozważenie wszczęcia kardiowertera-defibrylatora.

W dniu 17 grudnia 2015 r. o godzinie 23:34 do K. K. wezwane zostało pogotowie ratunkowe. Przybyły zespół ratowniczy stwierdził brak oznak życia, asystolię, zapach alkoholu z ust. Podjęto czynności resuscytacyjne, nie uzyskano jednak powrotu czynności serca. Zgon stwierdzono [...] 2015 r. o godz. 0:10. W karcie zgonu jako przyczynę śmierci wskazano zatrzymanie krążenia, zaś jako przyczyny zgonu wtórne – niewydolność krążenia, chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę typu 2. Nie przeprowadzono sekcji zwłok.

Pismem z 2 lutego 2016 r. pozwany poinformował o odmowie wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia. Wskazał, że wbrew złożonej deklaracji, K. K. wymagał i poddawał się regularnemu leczeniu. Pismem z 10 października 2015 r. J. K. złożyła odwołanie od decyzji pozwanego. W odpowiedzi pozwany podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko.

W dniu 6 października 2016 roku Bank1 S.A. w W. (będący następcą prawnym Bank S.A.) zawarł ze spadkobiercami K. K. umowę przelewu wierzytelności, na mocy której przelał przysługującą mu od pozwanego wierzytelność z tytułu umowy ubezpieczenia, celem umożliwienia spadkobiercom dochodzenia na drodze sądowej roszczeń z tytułu zgonu kredytobiorcy.

Sąd drugiej instancji przyjął, że w świetle opinii biegłych nie można przesądzić, z całkowitą pewnością, że wcześniejsze choroby skutkowały zatrzymaniem krążenia i w efekcie zgonem K. K.. W tej sytuacji, zdaniem Sądu Apelacyjnego, pozwany nie miał podstaw do odmowy wypłaty odszkodowania. Takie schorzenia jak nadciśnienie tętnicze, przewlekła choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca i cukrzyca były bowiem przyczynami wtórnymi zgonu. Przyczyna zgonu ubezpieczonego wynikała z karty zgonu. Biegły kardiolog wskazał na różne warianty i możliwości zaistnienia tej przyczyny. Podanie w karcie zgonu schorzeń stwierdzonych wcześniej u K. K. wskazywało jedynie na pewne prawdopodobieństwo ich związku ze zgonem, ale nie przesądzało, że schorzenia te były przyczynami śmierci.

Sąd Apelacyjny odniósł się również do treści oświadczenia dotyczącego stanu zdrowia K. K. z 3 listopada 2014 r. w świetle wymogów wynikających z art. 815 k.c., nakładających obowiązek podania do wiadomości ubezpieczyciela wszystkich okoliczności, o które ten zapytywał w formularzu oferty, albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Podzielił stanowisko Sądu pierwszej instancji, że w okolicznościach sprawy umowa ubezpieczenia między bankiem a zakładem ubezpieczeń miała charakter umowy zawartej na cudzy rachunek, co oznaczało, że obowiązek informacyjny spoczywał zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym. Sąd Apelacyjny wskazał, że to rzeczą ubezpieczyciela jest uzyskanie właściwych informacji dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego i w wypadku, gdy ubezpieczyciel nie podejmuje stosownych czynności zmierzających do dokonania ustaleń w tym zakresie (nie wypytuje o stan zdrowia ubezpieczonego przed zawarciem umowy lub w dacie jej zawarcia), to okoliczności odnoszące się do ubezpieczonego istniejące w dacie podpisania umowy nie mają wpływu na zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela. Powyższe obowiązki ciążące na ubezpieczycielu powinny być spełnione również w odniesieniu do ubezpieczeń grupowych. Nie można bowiem zakładać, że umowy tego rodzaju oznaczają nadmierne złagodzenie rygorów dotyczących ustalania ryzyka ubezpieczeniowego. W ocenie Sądu Apelacyjnego złożona deklaracja, wbrew odmiennemu pogładowi Sądu pierwszej instancji, nie spełniała powyższych wymogów. Jej interpretacja przy zastosowaniu wykładni językowej, zakładającej rozumienie przez przeciętnego konsumenta, nie pozwalała bowiem na uznanie, że została wypełniona przez K. K. w sposób świadomie nieprawdziwy. Mógł on bowiem przypuszczać, że stosowane wobec niego leczenie mieści się w ramach profilaktyki.

Pozwany zaskarżył wyrok Sądu Apelacyjnego w całości, wnosząc o jego uchylenie w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania, ewentualnie o orzeczenie co do istoty przez uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie powództwa oraz w oparciu o art. 415 k.p.c. zasądzenie od powódki A. K. na rzecz pozwanego kwoty w wysokości 235 292,12 zł, tytułem zwrotu spełnionego świadczenia zasądzonego zaskarżonym wyrokiem.

Pozwany w ramach pierwszej podstawy skargi kasacyjnej zarzucił zaskarżonemu orzeczeniu naruszenie prawa materialnego, tj.:

1) art. 805 § 1 i 2 pkt 2 k.c. *a contrario* w zw. z postanowieniem umownym Rozdziału 11 ust. 1 pkt 4 OWU przez niewłaściwe zastosowanie polegające na niepodciągnięciu ustalonego w sprawie stanu faktycznego pod zakres zastosowania normy art. 805 § 1 i 2 pkt 2 k.c. *a contrario*, pomimo że w sprawie wystąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe podlegające wyłączeniu spod odpowiedzialności pozwanego stosownie do Rozdziału 11 ust. 1 pkt 4 OWU umowy ubezpieczenia na życie zawartej z poprzednikiem prawnym powódki i tym samym pozwany mógł uchylić się od obowiązku zapłaty określonej w umowie ubezpieczenia kwoty świadczenia na rzecz powódki;

2) art. 815 § 1 i art. 815 § 3 k.c. przez błędną wykładnię wyrażającą się w przyjęciu, że naruszenie obowiązku informacyjnego określonego w art. 815 § 1 k.c., skutkujące uruchomieniem sankcji z art. 815 § 3 k.c. może nastąpić wyłącznie umyślnie, natomiast nieumyślne podanie nieprawdziwych informacji przez ubezpieczonego wyłącza możliwość uchylenia się przez ubezpieczyciela od odpowiedzialności na zasadzie art. 815 § 3 k.c.;

3) art. 815 § 1 i art. 815 § 3 k.c. przez niewłaściwe zastosowanie polegające na niepodciągnięciu ustalonego w sprawie stanu faktycznego pod zakres zastosowania tej normy, pomimo że ustalony w sprawie stan faktyczny wskazuje na to, iż ubezpieczony (poprzednik prawny powódki) został skutecznie zapytany przez pozwanego o istotne okoliczności mające wpływ na stosunek ubezpieczenia na podstawie art. 815 § 1 k.c. i podał nieprawdziwą informację w oświadczeniu zdrowotnym zawartym w umowie ubezpieczenia, a w związku z tym pozwany był uprawniony do uchylenia się od obowiązku spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w świetle art. 815 § 3 k.c., niezależnie od świadomości ubezpieczonego co do fałszu podanych informacji.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną powódka wносиła o odmowę przyjęcia skargi kasacyjnej do rozpoznania, względnie o jej oddalenie oraz zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

1. Zgodnie z art. 805 § 1 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. Podstawą odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jest więc stwierdzenie zajścia określonego w umowie wypadku ubezpieczeniowego.

Pojęcie wypadku ubezpieczeniowego nie zostało ustawowo zdefiniowane. Z tego względu stwierdzenie, czy konkretne zdarzenie stanowi taki wypadek, z reguły wymaga dokonania wykładni umowy ubezpieczenia oraz – stanowiących jej integralną część – ogólnych warunków ubezpieczenia, przy uwzględnieniu reguł określonych w art. 65 § 2 k.c. Wykładnia ta nie może pomijać celu umowy ubezpieczenia, którym jest ochrona ubezpieczonego, realizowana przez uwzględnienie – jako zasady – odpowiedzialności ubezpieczyciela, przy jednoczesnym ograniczonym rozumieniu przesłanek wyłączających tę odpowiedzialność; nie może zatem prowadzić do zaostrzenia wymagań stawianych ubezpieczającemu i ograniczenia obowiązków ubezpieczyciela; powinna przy tym respektować założenia racjonalności niezbędne do uzyskania rozsądnego rezultatu (wyrok Sądu Najwyższego z 17 stycznia 2019 r., IV CSK 516/17).

2. Należy przy tym uwzględnić, że według art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r. poz. 1206 ze zm., dalej, jako: „u.d.u.”) – obowiązującej zarówno w chwili zawarcia umowy, jak i zgonu ubezpieczonego K. K. – postanowienia umowy ubezpieczenia, ogólnych warunków ubezpieczenia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Zatem w sytuacji, w której tekst umowy ubezpieczenia lub ogólnych warunków umów ze względu na zastosowane w nim słownictwo, składnię lub układ treści może być rozumiany w różny sposób, art. 12 ust. 4 u.d.u. nakazuje przyjąć ten wariant rozumienia, który jest korzystny dla ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia i odrzucić te warianty, które byłyby dla tych podmiotów niekorzystne. Dyrektywa ta nie może być jednak rozumiana w taki sposób, że każda rozbieżność co do sensu umowy ubezpieczenia musi być rozstrzygana na korzyść kontrahenta zakładu ubezpieczeń. Nie jest też tak, że

posłużenie się wieloznacznym (nieostrym, niedookreślonym) wyrazem lub zwrotem językowym w każdym przypadku skutkować musi stwierdzeniem niejednoznaczności postanowienia umowy w rozumieniu art. 12 ust. 4 u.d.u. ze skutkiem niekorzystnym dla zakładu ubezpieczeń. Nakaz, o którym mowa w tym przepisie, nie wyklucza podjęcia zabiegów interpretacyjnych zmierzających do usunięcia niejednoznaczności przy pomocy odwołania się do kontekstu językowego i innych typowych metod interpretacji wypowiedzi językowych (wyroki Sądu Najwyższego: z 12 kwietnia 2019 r., I CSK 321/18, OSNC 2020, nr 2, poz. 21; z 30 marca 2021 r., II CSKP 19/21).

3. Skarżący zarzuca, że zgon ubezpieczonego nastąpił na skutek okoliczności, o których mowa w Rozdziale 11 ust. 1 pkt 4 OWU, co w świetle art. 805 § 1 k.c. wyłącza odpowiedzialność pozwanego zakładu ubezpieczeń. Rozdział 11 ust. 1 pkt 4 OWU stanowi, że w razie zgonu ubezpieczonego odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z następstwami i konsekwencjami wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Tak sformułowany zarzut nie może być skuteczny, mimo że Sąd Apelacyjny w rozważaniach prawnych w ogóle pominął art. 805 § 1 k.c.

Przyjmując korzystny dla ubezpieczonego wariant interpretacji zakresu wyłączenia określonego w Rozdziale 11 ust. 1 pkt 4 OWU, należy uznać, że odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń nie powstaje, jeżeli śmierć ubezpieczonego była skutkiem chorób, o których mowa w tym postanowieniu. Zatem między taką chorobą (przyczyną) a zgonem ubezpieczonego (skutkiem) musi istnieć adekwatny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. Nie chodzi więc o jakikolwiek związek między chorobą i zgonem, jak zdaje się przyjmować skarżący. Na tej płaszczyźnie istotne jest więc ustalenie jaka była przyczyna zgonu ubezpieczonego K.K.

4. Sąd Apelacyjny, oceniając zebrany w sprawie materiał, przyjął, że „nie można było przesądzić, z całkowitą pewnością, że wcześniejsze choroby skutkowały zatrzymaniem krążenia i w efekcie zgon[em] K. K.” (k. 16 uzasadnienia

zaskarżonego wyroku). Sąd drugiej instancji uznał więc, że przeprowadzone w sprawie dowody nie dają podstaw do jednoznacznego ustalenia przyczyny zgonu K. K. (*non liquet*), a zatem nie jest możliwe rozstrzygnięcie, czy przyczyną zgonu była jedna z chorób, na które ubezpieczony cierpiał już w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Podważenie tak sformułowanego stanowiska Sądu Apelacyjnego wymagałoby zakwestionowania dokonanej przez ten Sąd oceny dowodów lub poczynionych w związku z tą oceną ustaleń faktycznych, co nie jest możliwe w postępowaniu kasacyjnym. Zgodnie bowiem z art. 398³ § 3 k.p.c. podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów. Stąd też Sąd Najwyższy jest związany ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia (art. 398¹³ § 2 k.p.c.).

Skarżący mógłby ewentualnie zarzucać, że Sąd drugiej instancji błędnie nie przyjął istnienia związku przyczynowego między chorobami ubezpieczonego K. K. a jego zgonem. Jednak w skardze kasacyjnej nie został sformułowany zarzut naruszenia art. 361 § 1 k.c., a Sąd Najwyższy rozpoznaje skargę kasacyjną w granicach zaskarżenia oraz w granicach jej podstaw (art. 398¹³ § 1 k.p.c.).

W konsekwencji, wbrew stanowisku skarżącego, nie jest trafny wniosek, że Sąd Apelacyjny – uwzględniając przyjęty przez ten Sąd rozkład ciężaru dowodu – popełnił błąd w subsumpcji, tj. wadliwie zastosował art. 805 § 1 k.c. do prawidłowo ustalonego stanu faktycznego. Sąd drugiej instancji uznał przecieź, że nie ma podstaw do ustalenia, iż choroby stwierdzone lub leczone u K. K. w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela pozostawały w związku przyczynowym z jego zgonem (zgon był ich następstwem). W tak ustalonym stanie faktycznym przypisanie ubezpieczycielowi odpowiedzialności w świetle art. 805 § 1 k.c. w zw. z treścią Rozdziału 11 ust. 1 pkt 4 OWU było prawidłowe.

5. Uzasadniony jest natomiast zarzut naruszenia art. 815 § 3 k.c. Zgodnie z tym przepisem ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem art. 815 § 1-2¹ k.c. nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia 815 § 1-2¹ k.c. doszło z winy umyślnej, w razie

wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w art. 815 § 3 zd. 1 k.c.

Drugie zdanie art. 815 § 3 k.c. kreuje wzruszalne domniemanie prawne (art. 234 k.p.c.), zakładające, że „w razie wątpliwości” istnieje związek przyczynowy między okolicznościami zatajonymi przez ubezpieczonego (ubezpieczającego) a wypadkiem ubezpieczeniowym. Domniemanie to skutkuje odmiennym rozkładem ciężaru dowodu w razie, gdy ubezpieczający z winy umyślnej nie poda okoliczności, które były przyczyną wypadku ubezpieczeniowego. W takiej sytuacji ciężar dowodu co do przyczyn tego wypadku, a ściśle co do tego, że zatajone (niepodane do wiadomości ubezpieczyciela) okoliczności nie stanowiły jego przyczyny, spoczywa na ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia.

6. K. K. w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową podpisał oświadczenie, że „za wyjątkiem profilaktyki lekarskiej jego stan zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lub leczenia”. Nie powinno budzić wątpliwości, że w kontekście jego stanu zdrowia było to oświadczenie niezgodne z prawdą. Inaczej rzecz ujmując, K. K. zataił wobec ubezpieczyciela, że jego stan zdrowia „wymaga regularnego nadzoru lub leczenia” (zob. art. 815 § 1 k.c.).

Z ustalonego stanu faktycznego wynika, że K. K. leczył się m.in. z powodu nadciśnienia tętniczego, dny moczanowej i kamicy. Korzystał z regularnych wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, diabetologa i urologa, przyjmował liczne leki. Ponadto od 30 marca 2014 r. do 14 kwietnia 2014 r. był hospitalizowany z powodu niestabilnej dławicy piersiowej. Wykonano u niego liczne badania specjalistyczne. W koronarografii stwierdzono przewlekle zamkniętą gałąź przednią zstępującą i graniczne zwężenia w gałęzi okalającej. Ponadto stwierdzono powiększone jamy serca, przerost mięśnia lewej komory, uogólnioną hipokinezę lewej komory. Zalecono mu m.in. rozważenie wszczepienia kardiowertera-defibrylatora. Nie sposób uznać, jak przyjął to Sąd Apelacyjny, że taki stan zdrowia ubezpieczonego „nie wymagał regularnego nadzoru i leczenia”. Jest wprost przeciwnie.

7. Nie można też zgodzić się z Sądem drugiej instancji, że określenie „profilaktyka lekarska” jest na tyle niejednoznaczne, iż K. K. mógł działać

w przekonaniu, że składa oświadczenie zgodne z prawdą. Zatem podał ubezpieczycielowi nieprawdziwe informacje jedynie nieumyślnie.

Pojęcie „profilaktyka” ma języku polskim utrwalone i jasne znaczenie. W ujęciu słownikowym jest to „działanie i środki stosowane w celu zapobiegania chorobom” (*Słownik języka polskiego* pod red. M. Szymczaka, Warszawa 1979, tom II, s. 931). W takim znaczeniu termin ten jest też używany w aktach normatywnym. Przykładowo na tle art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561) profilaktyczne badania lekarskie mają na celu wczesne wykrywanie i rozpoznanie chorób. Nie powinno więc ulegać wątpliwości, że „profilaktyka lekarska” służy zapobieganiu i wczesnemu wykrywaniu chorób, aby możliwe było ich skuteczne wyleczenie na wczesnym etapie rozwoju. Nie chodzi tu więc o działania podejmowane w odniesieniu do już wykrytych i zdiagnozowanych chorób, które nie wymagają przecież „profilaktyki”, ale leczenia.

Poza tym pojęcie „profilaktyka lekarska” – pomijając już to, że ma ono jasne znaczenie – w kontekście oświadczenia złożonego przez ubezpieczonego K. K. musi być interpretowane w opozycji do „regularnego nadzoru lub leczenia”, o jakim mowa w dalszej części tego oświadczenia. Oczywiście jest więc, że K. K. był poddany regularnemu nadzorowi i leczeniu ze względu na zdiagnozowane liczne schorzenia, a nie korzystał tylko z profilaktyki, która służy wczesnemu wykrywaniu chorób.

8. Jeżeli K. K. złożył umyślnie niezgodne z prawdą oświadczenie o stanie swojego zdrowia, to – w razie wątpliwości, czy zatajony w ten sposób stan zdrowia był przyczyną jego zgonu – ciężar dowodu zgodnie z art. 815 § 3 zd. 2 k.c. spoczywa na podmiocie kierującym roszczeniem wobec zakładu ubezpieczeń. Zatem to powódka powinna wykazać, że zdiagnozowane u K. K. schorzenia, o których wiedział w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, nie były przyczyną jego zgonu. W razie gdy pozwany udowodni, że było inaczej albo nie uda się ustalić, jaka była przyczyna zgonu ubezpieczonego (*non liquet*), ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności (art. 815 § 3 zd. 1 k.c.).

9. Co więcej, rację ma skarżący, że naruszenie obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 815 § 3 k.c. może nastąpić także z winy nieumyślnej. Zgodnie bowiem z art. 815 § 3 zd. 1 k.c. ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem art. 815 § 1-2¹ k.c. nie zostały podane do jego wiadomości. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela jest więc aktualne zarówno wówczas, gdy ubezpieczony (ubezpieczający) nie podał do wiadomości ubezpieczyciela tych okoliczności umyślnie, jak i nieumyślnie.

Jeżeli naruszenie obowiązku informacyjnego nastąpiło z winy umyślnej – ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki niepodanych do jego wiadomości okoliczności, a dodatkowo przyjmuje się domniemanie prawne, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności (art. 815 § 3 zd. 2 k.c.). Oznacza to, że ciężar dowodu wykazania, że wypadek ubezpieczeniowy nie jest następstwem zatajonych okoliczności spoczywa na osobie dochodzącej roszczeń od ubezpieczyciela. Natomiast w razie, gdy naruszenie obowiązku informacyjnego było nieumyślne, domniemanie to nie ma zastosowania a ciężar dowodu kształtuje ogólna zasada wyrażona w art. 6 k.c. Zatem w takiej sytuacji to ubezpieczyciel powinien dowieść, że wypadek ubezpieczeniowy był następstwem okoliczności niepodanych nieumyślnie do jego wiadomości. Jeżeli przeprowadzi skutecznie taki dowód będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie art. 815 § 3 zd. 1 k.c.

Jak się jednak wydaje Sąd Apelacyjny nie przyjął, że obowiązek informacyjny z art. 815 k.c. może być naruszony jedynie umyślnie, ale, iż K. K. naruszył ten obowiązek co najwyżej nieumyślnie. Dlatego też Sąd drugiej instancji nie analizował następstw umyślnego naruszenia obowiązku informacyjnego.

10. Uwzględniając zatem istniejący w okolicznościach sprawy – wobec umyślnego złożenia przez K. K. nieprawdziwego oświadczenia co do stanu zdrowia (art. 815 § 3 zd. 2 k.c.) – rozkład ciężaru dowodu, konieczne jest ponowne rozważenie, w kontekście zebranego materiału dowodowego, przyczyn zgonu ubezpieczonego.

Przy czym określenie w karcie zgonu przyczyny zgonu K. K. (zob. załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie karty zgonu, tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 1085) jako wyjściowej (pierwotnej), wtórnej lub bezpośrednio nie może w wiążący sposób rozstrzygać o tym, która z tych przyczyn pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym ze zgonem w rozumieniu art. 361 § 1 k.c.

11. Z tych względów Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego (art. 108 § 2 k.p.c.).

[as]