

Sygn. akt II Ca 668/23

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 lipca 2023 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu II Wydział Cywilny Odwoławczy

w następującym składzie:

Przewodnicząca: sędzia Alina Szymanowska

Sędziowie: Tomasz Józkowiak

Małgorzata Radomska – Stęplewska

po rozpoznaniu w dniu 27 lipca 2023 r. w Poznaniu

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa M. W.

przeciwko (...) Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji wniesionej przez powódkę

od wyroku Sądu Rejonowego w Obornikach

z dnia 28 grudnia 2022 r.

sygn. akt I C 258/22

oddala apelację;

zasądza od powódki na rzecz pozwanego tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej kwotę 2700 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się niniejszego postanowienia o kosztach procesu do dnia zapłaty.

Tomasz Józkowiak Alina Szymanowska Małgorzata Radomska - Stęplewska

UZASADNIENIE

M. W., reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, złożyła do Sądu Rejonowego w Obornikach pozew o zapłatę, wnosząc o zasądzenie od (...) Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 51.620,55 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Nadto powódka wniosła o zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz kwoty 17 zł tytułem uiszczonej opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Pismem z dnia 23 września 2022 roku strona pozwana, reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, złożyła odpowiedź na pozew, wnosząc o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od M. W. kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego z uwzględnieniem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł według norm przepisanych.

Wyrokiem z dnia 28 grudnia 2022 roku Sąd Rejonowy w Obornikach:

- w pkt 1. oddalił powództwo,

- w pkt 2. kosztami postępowania obciążył w całości powódkę pozostawiając ich szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu.

Podstawę rozstrzygnięcia stanowiły ustalenia faktyczne i rozważania prawne przytoczone w uzasadnieniu orzeczenia (158- 162v).

Apelację od powyższego wyroku złożyła powódka, zaskarżyła wyrok w całości.

Apelująca zarzuciła:

naruszenie prawa procesowego art. 233 § 1 k.p.c.:

- poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny dowodu z zeznań świadka D. K. (1), poprzez nieuzasadnione danie wiary jego zeznaniom, w zakresie w jakim świadek zeznał, że nie wiedział o poważnej chorobie Z. W. (1) i fakcie jego hospitalizacji w momencie zawierania umowy ubezpieczenia w imieniu pozwanego, a także o fakcie posiadania polisy i okoliczności wypłacenia z tytułu ciężkiego zachorowania odszkodowania od poprzedniego ubezpieczyciela (P. (...) S.A.), pomimo tego, że z całości zgromadzonego materiału dowodowego wynika, że wiedzę taką musiał posiadać. Powyższe doprowadziło Sąd I Instancji do nieprawidłowego wniosku, jakoby to z winy i inicjatywy powódki, ubezpieczającej i Z. W. (1) doszło do wypowiedzenia polisy w P. (...) S.A. i zawarcia dla Z. W. (1) polisy ubezpieczenia na życie u pozwanego, a także że pozwany nie wiedział o stanie zdrowia wyżej wymienionego na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, kiedy to do powyższego doszło z winy i inicjatywy D. K. (1), który to zainicjował całą sytuację i zataił informacje dotyczące stanu zdrowia Z. W. (2) przed pozwanym.

- poprzez nieuzasadnioną odmowę dania wiary zeznaniom I. K. i D. W., w zakresie w jakim wyżej wymienione zeznały, że D. K. (1) podczas rozmów w przedmiocie zawarcia umowy ubezpieczenia z D. K. (2) zapewnił, że pomimo, iż Z. W. (1) choruje na nowotwór to zawarcie nowej umowy z A. (...) będzie skutkowało wypłatą świadczenia z tytułu zaistnienia tejże choroby i jej skutków, na takich samych warunkach jak w wypadku obowiązującej umowy ubezpieczenia z P. (...) pomimo tego, że z całości zgromadzonego materiału dowodowego wynika, że wiedzę taką musiał posiadać. Powyższe doprowadziło Sąd I Instancji do nieprawidłowego wniosku, jakoby to z winy i inicjatywy powódki, ubezpieczającej i Z. W. (1) doszło do wypowiedzenia polisy w P. (...) S.A. i zawarcia dla Z. W. (1) polisy ubezpieczenia na życie u pozwanego, a także że pozwany nie wiedział o stanie zdrowia wyżej wymienionego na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, kiedy to do powyższego doszło z winy i inicjatywy D. K. (1), który to zainicjował całą sytuację i zataił informacje dotyczące stanu zdrowia Z. W. (1) przed pozwanym.

W świetle podniesionego zarzutu powódka wskazała, że I. K. i D. W. ***nie szukały nowego ubezpieczenia i nie miały zamiaru zmieniać ubezpieczyciela, i to D. K. (1) osobiście nagabywał wyżej wymienione do zmiany polisy, obiecując lepsze warunki i gwarancie przejścia „z dobrodziejstwem inwentarza” z ubezpieczenia w P. (...) S.A.*** Sprzecznym z zasadami doświadczenia życiowego byłoby uznanie, że I. K. i D. W. same z siebie miałyby wpaść na pomysł wprowadzenia w błąd Pozwanego co do stanu zdrowia Z. W. (1) (który to na dzień zawarcia polisy ciężko chorował), ryzykując bardzo dużo - bowiem możliwością odmowy wypłaty świadczeń z polisy wobec stanu zdrowia Z. W. (1), w szczególności, kiedy zyskać bez ryzyka mógł przede wszystkim agent pozwanego poprzez otrzymanie stosownej prowizji od sprzedaży.

2. naruszenie prawa materialnego art. 18 w zw. z art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

Uzasadniając ten zarzut wskazano, że zgodnie z art. 18 o.d.u., „Działalność agencyjna powinna być wykonywana z zachowaniem staranności określonej w art. 355 § 2 k.c”. Z kolei, jak stanowi art. 20 ust. o.d.u. „Za szkodę

wyrządzoną przez agenta ubezpieczeniowego lub przez agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające w związku z wykonywaniem czynności agencyjnych odpowiada zakład ubezpieczeń, na rzecz którego taki agent działa. Przepisu art. 429 k.c. nie stosuje się”.

W ocenie apelującej nie sposób uznać, aby D. K. (1) (agent pozwanego) wykonywał swoją pracę z zachowaniem staranności określonej w art. 355 § 2 k.c. bowiem:

- D. K. (1) nigdy nie rozmawiał ze Z. W. (1), a ten nie miał możliwości porozmawiania z agentem celem omówienia szczegółów umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem jego stanu zdrowia i potrzeb ubezpieczeniowych.

- D. K. (1) zbagatelizował stan zdrowia Z. W. (1), proponując mu pośrednio produkt ubezpieczeniowy nieadekwatny do potrzeb i jego aktualnego stanu zdrowia (misseling).

- D. K. (1) nie weryfikował deklaracji Z. W. (1), mimo że w świetle wiedzy, którą musiał posiadać na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, Z. W. (1) był hospitalizowany w trakcie ciężkiej choroby i nie mógł podlegać ubezpieczeniu u Pozwanego.

W apelacji wskazano ponadto, że nie jest wiadome z jakich przyczyn i w jakich okolicznościach doszło w oświadczeniu Z. W. (1) z dnia 23.09.2019 r. do zaznaczenia okienka „nie” w deklaracji medycznej. W szczególności nie można w sposób jednoznaczny stwierdzić, czy okienko to zaznaczył Z. W. (1) - brak na tej stronie dokumentu chociażby jego podpisu lub parafki. Podpis taki z całą stanowczością powinien znajdować się pod tak kluczowym oświadczeniem, decydującym de facto czy dana osoba będzie objęta ubezpieczeniem. Tymczasem, udostępniony wzór deklaracji nie przewidywał miejsca na podpis pod tym oświadczeniem. Co więcej, zaznaczenie okienka „tak” wykluczałoby Z. W. (1) z możliwości objęcia go ubezpieczeniem - co pozostawało w sprzeczności z tym, co oświadczał D. K. (1), tj. że nowy ubezpieczyciel przejmie wszystkich ubezpieczonych „z dobrodziejstwem inwentarza”. Na marginesie wskazano, że z wielu przyczyn szpital nie powinien być miejscem do zawierania tak istotnej dla Z. W. (1) umowy ubezpieczenia.

W ocenie apelującej niezwykle istotne jest to, że tuż po zawarciu ubezpieczenia Z. W. (1) zwrócił się o zapłatę świadczeń z tytułu poważnego zachorowania **wskazując początek leczenia choroby na 15 maja 2019 roku, przedkładając jednocześnie w dobrej wierze dokumenty z których wynika, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia jego stan zdrowia nie pozwalałby (zgodnie z deklaracją ubezpieczeniową) na zawarcie umowy ubezpieczenia (vide pismo pozwanego z dnia 17.12.2019 r wraz z dokumentacją medyczną Z. W. (3) - w aktach szkody, płyta CD, plik o nazwie „dok med.”.**

Zdaniem apelującej winę za obecny stan rzeczy - brak wypłaty jakichkolwiek środków z tytułu śmierci Z. W. (1) - ponosi z całą pewnością agent pozwanego D. K. (1), który wykonywał swoje obowiązki (w najlepszym wypadku) niesumiennie, bez zachowania należytej staranności. W przeciwnym razie, nigdy nie doprowadziły do sytuacji, która skutkowałą wypowiedzeniem polisy ubezpieczającej bardzo chorego człowieka i zawarcia polisy u pozwanego, z przejściem okresu karencji z polisy P. (...)S.A.

W ocenie apelującej doszło do wyrządzenia przez agenta szkody, za którą ponosi odpowiedzialność pozwany, polegającej na wypowiedzeniu obejmującej śmierć Z. W. (1) polisy na życie w P. (...) S.A. i zawarcia bezskutecznej polisy dla Z. W. (1) u pozwanego i tym samym uniemożliwieniu otrzymania, jakichkolwiek środków z żadnej z tych polis w chwili śmierci/zachorowania.

Naruszenie prawa materialnego art. 60 k.c. w zw. z art. 805 § 1 k.c.

Uzasadniając ten zarzut apelująca wskazała, że w grudniu 2019 roku, tj. tuż po zawarciu umowy ubezpieczenia obejmującej życie i zdrowie Z. W. (1), pozwany powziął informację o stanie zdrowia wyżej wymienionego, odmawiając jednocześnie wypłaty środków z polisy z tytułu pobytu w szpitalu i ciężkiego zachorowania. Mimo powyższej wiedzy, pozwany **nie złożył oświadczenia o uchyleniu się od skutków czynności prawnej zawartej pod wpływem błędu. Co więcej, aż do śmierci Z. W. (1) pobierał składki z tytułu jego ubezpieczenia.**

Zdaniem Powódki, takie zachowanie Pozwanego należy uznać, **per facia concludentia** za sankcjonujące umowę ubezpieczenia Z. W. (1) i powinno prowadzić do wypłaty świadczeń z tytułu jego śmierci.

Wskazując na powyższe naruszenia apelująca wniosła o:

zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości i zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kwot zgodnie z żądaniem pozwu;

- ewentualnie - o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania,

zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powódki kosztów postępowania przed sądem I i II instancji, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Pozwany złożył odpowiedź na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania wywołanego wniesieniem apelacji w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja okazała się bezzasadna.

Sąd Okręgowy podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd I instancji i na podstawie art. 382 k.p.c. przyjmuje je za własne. Na aprobatę zasługują również rozważania prawne przytoczone przez Sąd Rejonowy.

Odnosząc się do wskazanego w apelacji zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. trzeba stwierdzić, że Sąd I instancji, rozstrzygając sprawę w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy, nie przekroczył granic swobodnej oceny dowodów. Dokonaną przez Sąd Rejonowy ocenę dowodów cechuje dostateczna wszechstronność i staranność. Poczynione przez Sąd ustalenia faktyczne znajdują oparcie w zgromadzonym materiale dowodowym.

Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, dokonując wyboru określonych środków dowodowych. Jeżeli z danego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona tylko wtedy gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo – skutkowych (wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 10 maja 2023 roku w sprawie o sygn. akt I ACa 1070/21).

Ocena dowodów zgromadzonych w toku niniejszego postępowania w tym dowodów dokumentów, z zeznań świadków, z zeznań powódki jest należyta i odpowiada regułom wynikającym z ustawy kodeks postępowania cywilnego.

Trzeba podkreślić, że w niniejszej sprawie poza sporem pozostaje to, że u Z. W. (1) stwierdzono chorobę nowotworową i nastąpiło to przed zawarciem umowy ubezpieczenia, z której powódka wywodzi swoje roszczenie o zapłatę. Okoliczności tej powódka nie kwestionuje, formułuje natomiast zarzuty dotyczące działania agenta ubezpieczeniowego i wskazuje, że D. K. (1) będący inicjatorem zawarcia przedmiotowej umowy, w chwili jej zawarcia posiadał wiedzę o poważnej chorobie Z. W. (1), którą miał zataić przed ubezpieczycielem. Podstawę roszczenia powódki opartego na treści zawartej umowy ubezpieczenia stanowi również art. 18 w zw. z art. 20 ust 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń. Taka podstawa odpowiedzialności pozwanego została wskazana już w treści pozwu (k. 5 pozwu) jednak nie została rozważona przez Sąd Rejonowy.

Powódka formułując zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. kwestionuje ocenę dowodu z zeznań świadka D. K. (1). Sąd Rejonowy opatrzył zeznania tego świadka przymiotem wiarygodności i dokonana ocena zasługuje na aprobatę. Zeznania D. K. (1) są spójne i logiczne. Apelujący wskazuje, że świadek musiał posiadać wiedzę na temat choroby Z.

W. (3) i ma to wynikać z całości materiału dowodowego, przy czym powódka nie wskazała precyzyjnie dowodów, które miałyby prowadzić do odmiennej oceny zeznań tego świadka w rozważanym zakresie. Trzeba podkreślić, że I. K. i D. W. w swoich zeznaniach wskazywały, że w chwili zawierania umowy nie wiedziały na co choruje Z. W. (1). Nie wiadomo zatem skąd D. K. (1) miałby czerpać wiedzę o stanie zdrowia przystępującego do ubezpieczenia Z. W. (1). Brak również podstaw do stwierdzenia, opierając się na zaoferowanym przez powódkę materiale dowodowym, że D. K. (1) zapewniał D. W. o tym, że zawarcie umowy ubezpieczenia z A. (...) będzie skutkowało wypłatą świadczenia z tytułu choroby nowotworowej i jej następstw na takich samych warunkach jak w przypadku umowy zawartej wcześniej z P. (...). Całkowicie pozbawiona podstaw jest zatem argumentacja, że to świadek będący agentem ubezpieczeniowym zataił przed pozwanym informacje dotyczące stanu zdrowia Z. W. (1).

Trzeba podkreślić, że decydujące znaczenie dla ustalenia zakresu odpowiedzialności pozwanego ma treść deklaracji złożonej przez Z. W.. Świadek D. K. (1) nie był zobowiązany i uprawniony do jej oceny czy weryfikacji. Ze zgromadzonego materiału dowodowego jednoznacznie wynika, iż Z. W. (1) w dniu 23 września 2019 roku, wypełniając „deklarację uczestnictwa lub zmian w grupowym ubezpieczeniu na życie (...)”, złożył niezgodne z prawdą oświadczenie, z którego wynika, że w okresie ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano/nie leczono u niego: nowotworu, choroby wieńcowej, udaru mózgu, cukrzycy czy marskości wątroby. Nie zachodzą podstawy do stwierdzenia, że powyższe oświadczenie nie zostało wypełnione w całości przez Z. W. (1), co zdaje się sugerować apelująca, nie kwestionując jednocześnie, że oświadczenie zostało opatrzone podpisem złożonym przez Z. W. (1). Okoliczności tej apelująca nie wykazała, powódka nie zainicjowała nawet postępowania dowodowego w tym zakresie (art. 6 k.c.). Bez znaczenia pozostaje motywacja, która skłoniła wypełniającego deklarację do złożenia takiego oświadczenia. Było ono istotne dla zawieranej umowy ubezpieczenia, przy czym zawarcie w oświadczeniu informacji o chorobie nie skutkowałoby natychmiastową odmową zawarcia umowy. Uzasadnione mogło być wówczas wypełnienie ankiety medycznej i dokonanie oceny ryzyka przez ubezpieczyciela.

Nadto nie może budzić wątpliwości, że doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia. Umowa nie została wypowiedziana, rozwiązana, ubezpieczający nie zrezygnował z ubezpieczenia i od umowy nie odstąpił (§ 25 – 28 owu). Dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy nie ma znaczenia, że I. K. i D. W. nie szukały nowego ubezpieczenia, nie miały zamiaru zmieniać ubezpieczyciela i uczyniły to na skutek działań świadka D. K. (1), który pracuje jako agent ubezpieczeniowy.

W świetle powyższego należy podzielić argumentację Sądu, że nie zaszła podstawa do wypłaty na rzecz powódki świadczenia z tytułu śmierci Z. W. (1). Pozwany miał prawo odmówić wypłaty świadczenia w związku ze zgonem Z. W. (1). Zgodnie z § 20 ogólnych warunków ubezpieczenia w przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową danego ubezpieczonego, podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba ubezpieczonego, Towarzystwo w okresie pierwszych 3 lat od daty objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, może odmówić wypłaty świadczenia.

Niezasadny jest sformułowany w apelacji zarzut naruszenie prawa materialnego art. 60 k.c. w zw. z art. 805 k.c. § 1 k.c. Podanie nieprawdziwych danych w deklaracji może uzasadniać odmowę wypłaty świadczenia. Zważywszy na brzmienie § 20 ogólnych warunków ubezpieczenia, pobieranie przez pozwanego składki uiszczanej już po odmowie wypłaty świadczenia związanego z pobytem Z. W. (1) w szpitalu, a zatem po powzięciu wiadomości o jego chorobie nie może prowadzić do wniosku, że pozwany ma obowiązek wypłaty świadczenia związane ze śmiercią Z. W. (1).

Niezasadny okazał się również zarzut naruszenia prawa materialnego art. 18 w zw. z 20 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń. Z art. 20 ust. 1. wskazanej ustawy wynika, że za szkodę wyrządzoną przez agenta ubezpieczeniowego lub przez agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające w związku z wykonywaniem czynności agencyjnych odpowiada zakład ubezpieczeń, na rzecz którego taki agent działa. Przepisu art. 429 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny nie stosuje się. Sąd Najwyższy w wyroku z 17.4.2015 r. (I CSK 216/14, L.) wskazał, że do przesłanek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń należą: powstanie szkody, zaistnienie zdarzenia, które doprowadziło do jej powstania i związek przyczynowy pomiędzy szkodą a zdarzeniem. W odniesieniu do ostatniej z przesłanek powołanych w przytoczonym powyżej orzeczeniu Sądu Najwyższego, należy zgodzić się z poglądem

prezentowanym przez doktrynę prawa, w myśl którego między wykonywaniem czynności agencji a poniesioną szkodą powinien istnieć szczególny rodzaj związku przyczynowego polegającego na tym, że ich wykonywanie w normalnych okolicznościach powoduje istotny wzrost prawdopodobieństwa wyrządzenia takiej szkody, jaka zaszła w danym przypadku (M. Krajewski, Przesłanka związku szkody, s. 212 oraz B. Ostrzechowski, Glosa do wyr. SN z 17.4.2015 r., I CSK 216/14, Glosa 2016, Nr 3, s. 66–77). Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ma charakter pierwotny co oznacza, że poszkodowany może od razu dochodzić naprawienia szkody bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń, bez uprzedniego dochodzenia roszczenia od agenta. Uwzględniając ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd I instancji i powyższe rozważania pozbawione podstaw jest stanowisko, że działania agenta D. K. (1) doprowadziły do powstania po stronie powódki szkody, która wynika z odmowy wypłaty przez pozwanego świadczenia z tytułu zgonu Z. W. (1).

Sąd Okręgowy nie dopatrywał się naruszenia prawa procesowego i prawa materialnego, orzeczenie odpowiada prawu. Konsekwencje podania w deklaracji informacji nieprawdziwych, zostały jasno i precyzyjnie określone w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie. To na przystępującym do ubezpieczenia spoczywał obowiązek zapoznania się z treścią w/w dokumentu, który zgodnie z deklaracją został doręczony Z. W. (1) (oświadczenie k. 86 akt sprawy) i czego w toku postępowania nie kwestionowano.

Zważywszy na powyższe apelacja powódki podlegała oddaleniu jako bezzasadna na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania wywołanego apelacją powódki orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych. Zasądzona na rzecz pozwanego kwota obejmuje koszty zastępstwa procesowego udzielonego pozwanemu w postępowaniu apelacyjnym.

Tomasz Józkowiak Alina Szymanowska Małgorzata Radomska – Stęplewska