

UZASADNIENIE

J. A. został oskarżony o to, że w bliżej nieustalonym czasie, jednak nie wcześniej niż dnia 23 lutego 2012 roku i nie później niż dnia 9 marca 2012 roku w W., przy ul. (...), w zamiarze, aby B. R. dokonała czynu zabronionego w postaci doprowadzenia do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 1.340,00 złotych (...) Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. przy ul. (...) poprzez złożenie w dniu 9 marca 2012 roku wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, załączając do niego sfalszowaną kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, tym samym wprowadzając w błąd pracownika wskazanej firmy ubezpieczeniowej, co do rzeczywistego czasu trwania swojej choroby, co miało bezpośredni wpływ na możliwość wypłacenia wskazanego świadczenia, swoim zachowaniem ułatwił jego popełnienie poprzez udzielenie rady oraz informacji o możliwości sfalszowania kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego poprzez zmianę w epikryzie wyrażenia z „4 lat” na wyrażenie „około roku”, przy czym czyn ten stanowił wypadek mniejszej wagi, to jest o czyn z art. 18 § 3 k.k. w zw. z art. 286 § 1 i 3 k.k. w zb. z art. 270 § 1 i 2a k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k.

Na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 15 września 2010 roku J. A. odwiedził B. R. w jej miejscu pracy - zakładzie fryzjerskim w R.. Działając jako przedstawiciel Towarzystwa (...) przedstawił jej ofertę ubezpieczenia. Oskarżony przyszedł do niej w czasie, gdy był to teren wzmożonej aktywności ubezpieczycieli, po tym, jak w okolicy doszło do tragicznego wypadku. Gdy B. R. zgodziła się na zawarcie umowy obejmującej m.in. wypłatę świadczenia za pobyt w szpitalu, oskarżony przystąpił do wypełniania wniosku o kapitałowe ubezpieczenie na życie (...) oraz terminowe ubezpieczenie na życie (...) Zapytał ją przy tym o podstawowe choroby takie jak rak, zawał oraz udar. Usłyszawszy, że B. R. nie cierpi na takie choroby, oskarżony zaniechał wypytywania o inne schorzenia. W ankiecie dotyczącej informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego, dołączonej do wspomnianego wniosku, J. A. zaznaczył krzyżykami odpowiedzi negatywne na pytania dotyczące wszystkich chorób wymienionych w tej ankiecie. We wniosku znalazła się m.in. odpowiedź, że pokrzywdzona nie cierpi problemy z kręgosłupem, mięśniami, bóle stawowe i zwyrodnieniowe, gorączkę reumatyczną i chorobę reumatoidalną oraz, że nie ma trudności w chodzeniu.

dowód: zeznania świadka B. R. k. 336-340, k. 219v-221v, k. 47-48 z akt II K 320/13, częściowo wyjaśnienia oskarżonego k. 302-304, k. 200v-201v, k. 128-129, informacje z (...) wraz z załącznikami k. 388-402.

Od dnia 9 lutego 2012 roku do 23 lutego 2012 roku B. R. przebywała w Zespole (...) w K. – Szpitalu (...) (...) Centrum (...). Jej hospitalizacja spowodowana była reumatoidalnym seropozytywnym zapaleniem stawów – funkcja 2, chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa piersiowego oraz żylakami kończyn dolnych. B. R. leczyła się wcześniej od około 4 lat z powodu seropozytywnego reumatoidalnego zapalenia stawów.

dowód: oryginały dokumentacji medycznej k. 182, zeznania świadka B. R. k. 336-339, k. 219v-221.

W czasie pobytu w szpitalu B. R. zatelefonowała do J. A. i poinformowała go o swojej hospitalizacji. W czasie tej rozmowy oboje umówili się na spotkanie na dzień 24 lutego 2012 roku.

dowód: częściowo wyjaśnienia oskarżonego J. A. k. 302-304, k. 200v-201v, k. 128-129, k. 62-63, zeznania świadka B. R. k. 336-340, k. 219v-221v, k. 47-48 z akt II K 320/13.

W dniu 24 lutego 2012 roku oskarżony przyszedł do domu B. R. w S. w celu odebrania dokumentów potrzebnych do ubiegania się o odszkodowanie z Towarzystwa (...). Po przeczytaniu wypisu B. R. ze szpitala oskarżony stwierdził, że w epikryzie jest napisane, że leczy się ona z powodu seropozytywnego reumatoidalnego zapalenia stawów od około 4 lat. Poinformował ją, że trzeba coś z tym zrobić, ponieważ w przeciwnym wypadku ubezpieczyciel nie wypłaci jej świadczenia. Wtedy J. A. zasugerował B. R., aby dokonać modyfikacji w dokumencie przez zmianę wyrażenia „4 lat” na wyrażenie „około roku”. Oskarżony powiedział przy tym, że najlepiej byłoby, aby zmiany tej dokonał lekarz

prowadzący, a jeżeli lekarz nie będzie chciał, to ona sama może to zrobić. Oskarżony nie wskazywał sposobu, w jaki należy dokonać zmiany, stwierdził natomiast, żeby do niego zadzwoniła jak dokument będzie już zmieniony.

dowód: zeznania świadka B. R. k. 336-340, k. 219v-221v, k. 47-48 z akt II K 320/13, zeznania świadka S. R. k. 371-374, k. 201v-202v, k.69v-70v akt II K 320/13.

Po rozmowie z oskarżonym B. R. dokonała przerobienia kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego poprzez zmianę w epikryzie wyrażenia „4 lat” na wyrażenie „około roku”. Dokonała tego poprzez podłożenie wycinku tekstu i następnie jego skserowanie.

dowód: zeznania świadka B. R.: k. 336-340, k. 219v-221v, k. 47-48 z akt II K 320/13, kopia dokumentacji k. 5- 8 akt II K 320/13, oryginał dokumentacji k. 182.

B. R. umówiła się więc z oskarżonym na kolejne spotkanie w dniu 9 marca 2012 roku, podczas którego przekazała mu przygotowane przez siebie dokumenty oraz dokumentację ze szpitala. J. A. widział efekt przerobienia dokonanego w epikryzie. Na miejscu oskarżony potwierdził za zgodność z oryginałem otrzymaną od B. R. kopię wypisu ze szpitala - składając pod nią swój podpis. Na pytanie B. R., czy nikt nie dopatry się, że epikryza została przerobiona i czy ubezpieczyciel nie będzie żądał oryginału wypisu, oskarżony odpowiedział jej, że „nieraz sprawdzają, ale nie muszą”. Następnie oskarżony na podstawie danych z przerobionej karty informacyjnej leczenia szpitalnego sporządził wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, w którym to wniosku zawarł informacje, że pobyt w szpitalu miał charakter nagły, pierwsze objawy choroby wystąpiły w dniu 03.02.2011 r., badania potwierdzające rozpoznanie wykonane zostały w dniu 15.03.2011 r. i jako dokładną datę rozpoznania choroby wskazał również 15.03.2011 r. Świadkiem tego spotkania był mąż B. R. – S. (...).

dowód: częściowo wyjaśnienia oskarżonego J. A. k. 302-304, k. 200v-201v, k. 128-129, zeznania świadka B. R. k. 336-340, k. 219v-221v, k. 47-48 z akt II K 320/13, zeznania świadka S. R. k. 371-374, k. 201v-202v, k.69v-70v z akt II K 320/13; kopia wniosku o wypłatę świadczenia k. 2-4 akt II K 320/13;

Wniosek B. R. o wypłatę świadczenia złożony został za pośrednictwem J. A.. Po jego otrzymaniu Towarzystwo (...) S.A. uzyskało informację ze szpitala, że B. R. była hospitalizowana w związku ze schorzeniem, na które leczyła się już przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Towarzystwo wydało decyzję odmowną i nie przyznało świadczenia.

dowód: zeznania świadka M. B. k. 368-371, k. 222-223, k. 18-19 z akt II K 320/13, zeznania świadka B. R. k. 336-340, k. 219v-221v, k. 47-48 z akt II K 320/13, wyjaśnienia oskarżonego k. 62-63 z akt II K 320/13, decyzja o odmowie wypłaty odszkodowania k. 20 z akt II K 320/13.

Oskarżony J. A. nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Podczas przesłuchania w postępowaniu przygotowawczym wyjaśnił, iż w marcu 2012 roku B. R. zadzwoniła do niego z informacją, że leży w szpitalu z powodu dolegliwości, na które leczy się już od około 4 - 5 lat. Oskarżony powiedział jej wówczas, że w takim wypadku nie otrzyma odszkodowania. Ponadto wyjaśnił, iż w czasie spotkania po wyjściu ze szpitala otrzymał od B. R. kopię karty informacyjnej ze szpitala, którą porównał z oryginałem. Zaznaczył, że nie wczytywał się w jej treść. Dokumenty złożył w centrali wraz z wnioskiem o odszkodowanie. W lipcu 2012 roku dowiedział się, że centrala nie uwzględniła wniosku. Ponadto wyjaśnił, iż nigdy nie namawiał B. R. do zmiany treści wypisu ze szpitala w takim celu, aby otrzymała odszkodowanie z ubezpieczenia. Zaznaczył, że zna przepisy i wie, że w takich sytuacjach porównuje się kopie z oryginałami. Wyjaśnił przy tym, że gdyby doradził jej, aby zmieniła zapis w kopii karty, to narobiłby sobie kłopotu. (**vide** k. 62-63 z akt II K 320/13)

Składając wyjaśnienia po raz pierwszy w postępowaniu sądowym oskarżony podał, że jako pracownikowi Towarzystwa (...) znane mu są procedury wypłaty świadczeń, które przewidują weryfikację wniosków złożonych przez klientów. Zaznaczył, że podczas zawierania umowy ubezpieczenia B. R. zadeklarowała, że nie leczy się reumatologicznie. Dopiero podczas rozmowy telefonicznej w związku z pobytym w szpitalu poinformowała go, że leczy

się reumatologicznie od 4 do 5 lat. Poinformował ją wtedy, że jeżeli taka informacja spłynie ze szpitala, to ona nie uzyska odszkodowania. Wyjaśnił ponadto, że podczas spotkania z B. R. w dniu 24 lutego 2012 roku poinformował ją o tym, jakie dokumenty będą potrzebne do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z polisy. W dniu 9 marca 2012 roku przyjechał do B. R. ponownie. Przywiózł blankiet wniosku i wypełnił go zgodnie z okazanymi mu dokumentami w postaci kserokopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego. Dokument ten nie wzbudził w nim żadnych wątpliwości. Wyjaśnił przy tym, że pieczętka na kopii i oryginale dokumentu nie różniły się. Dodał, że kiedy otrzymał informację o odmownej decyzji w kwestii przyznania odszkodowania, poinformował B. R. o możliwości odwołania się. Dopiero na Policji dowiedział się o zeznaniach B. R., zgodnie z którymi udzielił jej rady, by cyfrę 4 przepравиła na 1. Wyjaśnił, że nie mógł tak jej powiedzieć, ponieważ przy uwzględnieniu procedur takie coś by „nie przeszło” (*vide* k. 128-129, k. 200v-201).

W toku ponownego rozpoznania sprawy oskarżony również nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Wyjaśnił, że sam czuje się skrzywdzony. Dodał, że nikogo nie wprowadził w błąd, a właściwie to jego wprowadzono w błąd podsuwając mu przerobione dokumenty. Według niego B. R. była doskonale poinformowana o wszelkich procedurach związanych z wypłatą odszkodowania. Podkreślił, że B. R. podczas wypełnienia ankiety rozumiała zadawane jej pytania. W późniejszym czasie nie zgłaszała ona żadnych zastrzeżeń co do treści wypełnionej ankiety. Zdaniem oskarżonego B. R. wprowadziła w błąd ubezpieczyciela i jego samego poprzez nieprzyznanie się w ankiecie do schorzenia, na które się leczyła. Potwierdził swoje poprzednie zeznania, że dopiero podczas rozmowy telefonicznej ze szpitala dowiedział się o schorzeniach B. R.. Ponadto wyjaśnił, że podczas szkoleń informowano go wyraźnie o weryfikacji wniosków przez centralę w W.. Podał także, że podczas spotkania w dniu 24 lutego 2012 roku zawierał polisę z synem B. R. i taki był cel jego przyjazdu (*vide* k. 302-304).

Oskarżony **J. A.** nie był uprzednio karany (karta karna – k. 406).

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

W świetle materiału dowodowego zgromadzonego w niniejszej sprawie zdaniem Sądu wina oskarżonego nie budzi wątpliwości i została w pełni udowodniona. Po pierwsze, nie budzi wątpliwości, że J. A. pracował jako przedstawiciel (...) Towarzystwa (...) i zawarł z B. R., w imieniu tego ubezpieczyciela, umowę ubezpieczenia na życie. Fakty te potwierdzone są zgodnymi z wyjaśnieniami oskarżonego zeznaniami świadków B. R., S. R. i M. B. oraz dokumentami zaliczonymi w poczet materiału dowodowego. Po wtóre, niewątpliwy jest także fakt, że B. R. przerobiła dokument w postaci karty informacyjnej leczenia szpitalnego, co konsekwentnie potwierdzała w czasie całego postępowania.

Sąd nie dał natomiast wiary wyjaśnieniom oskarżonego, w których twierdził on, że w dniu zawierania umowy o ubezpieczenie szczegółowo wypytywał B. R. o poszczególne schorzenia zamieszczone w ankiecie dołączonej do wniosku o kapitałowe oraz terminowe ubezpieczenie na życie. Zważyć należy, że jego wyjaśnienia w tej kwestii stoją w sprzeczności z konsekwentnymi zeznaniami świadków B. R. i S. R.. B. R. zeznała, że była pytana jedynie o podstawowe choroby takie jak rak, zawał czy udar. W zgodzie z jej twierdzeniami stoją zeznania jej męża, który twierdził, że podczas spotkania przy zawieraniu umowy oskarżony pytał jedynie o podstawowe choroby. Nie przypominał sobie natomiast, aby padały pytania o ciążę, problemy ze słuchem, zażywanie narkotyków, nosicielstwo wirusa HIV, palenie papierosów, picie alkoholu czy o służbę wojskową, a przecież takie pytania w przedmiotowej ankiecie się znajdowały. W ocenie Sądu zeznania S. R. zasługują na wiarę. Zważyć należy, że gdyby podczas rozmowy padały wszystkie pytania, jakie przewidywała ankieta, to świadkowi temu z pewnością utkwilyby w głowie chociaż niektóre punkty – na przykład tak charakterystyczne zapytanie jak to o służbę wojskową żony czy o zażywanie narkotyków.

Nie są wiarygodne wyjaśnienia oskarżonego, w których twierdził on, że B. R. była doskonale poinformowana o wszelkich procedurach związanych z wypłatą odszkodowania oraz, że podczas wypełnienia ankiety zostały jej zadane wszystkie konieczne pytania odnoszące się do stanu zdrowia, także z tego powodu, że oskarżony w ankiecie zaznaczył odpowiedź „nie” przy pytaniu o problemy z kręgosłupem, mięśniami oraz o bóle stawowe i zwyrodnieniowe, gorączkę reumatyczną i chorobę reumatoidalną. Doświadczenie życiowe wskazuje, że oskarżona, gdyby została zapytana o te schorzenia i była doskonale poinformowana o procedurach wypłaty świadczenia, w ogóle nie zawarłaby umowy

ubezpieczeniowej tej treści. Leczyła się ona przecież od dawna na schorzenia reumatyczne, więc zawarcie takiej umowy uniemożliwiłoby uzyskanie świadczenia w przypadku, gdyby znalazła się z powodu tej choroby w szpitalu. Należy też zauważyć, że zatajenie tych chorób, było z jej strony całkowicie pozbawione jakiegokolwiek sensu „ekonomicznego”, gdyż wcześniej z tego powodu nie była hospitalizowana, a hospitalizacja, która miała stać się podstawą do wypłaty świadczenia, nastąpiła dopiero w drugim roku trwania ubezpieczenia. Oznaczałoby to, że B., chcąc uzyskać nienależne jej świadczenie z tytułu tej opcji ubezpieczenia, musiałaby przewidywać, że będzie ona leczona w warunkach szpitalnych i godzić się na opłacanie składki przez niecałe dwa lata składki, by próbować uzyskać odszkodowanie, nie mając przy tym pewności, że nie spotka się z odmową ze strony ubezpieczyciela. Zdaniem Sądu, B. R. nie zdecydowałaby się na wykupienie takiego ubezpieczenia, gdyby została w rzetelny sposób poinformowana przez przedstawiciela o konsekwencjach stwierdzenia danego schorzenia przed zawarciem umowy, a do takiego poinformowania musiałoby dojść chociażby na skutek zapytania B. R. o trudności w chodzeniu czy bóle stawowe. Oznaczałoby to bowiem, że godziłaby się na opłacanie składki wiedząc, że nigdy ubezpieczyciel nie wypłaci się jej z tego tytułu żadnego świadczenia. W ocenie Sądu, powyższe świadczy o tym, że oskarżony samodzielnie wypełnił ankietę - zaznaczając negatywne odpowiedzi – pomijając przy tym zdecydowaną większość pytań o stan zdrowia. Z powyższym stanowiskiem korelują także zeznania samej B. R., która w czasie leczenia szpitalnego była przekonana, że przysługuje jej świadczenie z tytułu hospitalizacji, niezależnie od daty stwierdzenia choroby. Zdaniem Sądu, jest to wystarczające do przyjęcia, że ankieta nie była przeprowadzona rzetelnie. To zaś stało się swego rodzaju „praprzyczyną”, która motywowała go do tych zachowań, które nastąpiły po poinformowaniu go przez B. R., że jest hospitalizowana. Oskarżony istotnie cieszył się pozytywną opinią w miejscu pracy, odnośnie jego pracy nie było zastrzeżeń i zdaniem Sądu chciał, aby tak pozostało. Nierzetelne przeprowadzenie ankiety z pewnością kładłoby się cieniem na nieposzlakowanej dotychczas opinii.

Sąd nie dał również wiary wyjaśnieniom oskarżonego, zgodnie z którymi nie udzielił on B. R. informacji o możliwości przerobienia kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego. Wyjaśnienia te stoją w sprzeczności ze spójnymi zeznaniami świadków B. R. i S. R.. Świadkowie ci od początku postępowania konsekwentnie twierdzili, że oskarżony podsunął pomysł, aby dokonać zmiany w dokumentacji poprzez zmianę wyrażenia „od 4 lat” na okres krótszy. Na uwagę zasługuje fakt, że sam oskarżony w formularzu załączonym do wniosku o ubezpieczenie sporządził adnotację, zgodnie z którą B. R. miała mieć małą wiedzę na temat produktów finansowo-ubezpieczeniowych (k.398v). Treść powyższej adnotacji prowadzi do wniosku, że sama B. R. nie wiedziałaby, na jakie elementy zwrócić uwagę i jak przerobić dokumentację, tak aby dopasować ją do treści Ogólnych Warunków Ubezpieczenia i w konsekwencji otrzymać świadczenie. W ocenie Sądu działanie oskarżonej musiało być inspirowane radą profesjonalnego przedstawiciela Towarzystwa (...). Podkreślić należy także fakt, że we wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu oskarżony zaznaczył niezgodnie z prawdą, że pobyt ten był nagły, a pierwsze objawy choroby wystąpiły w dniu 3 lutego 2011 r. W ocenie Sądu zabieg ten miał na celu odwrócenie uwagi od faktycznej przyczyny, dla której B. R. znalazła się w szpitalu, a mianowicie przewlekłej choroby lezonej od kilku lat i „dopasowaniu” tych danych tak do przerobionej dokumentacji medycznej, jak i OWU, aby móc domagać się wypłaty odszkodowania. Należy bowiem zwrócić uwagę na fakt, iż już sam fakt zawarcia we wniosku nieprawdziwej daty ujawnienia się choroby był oskarżonemu znany, skoro w rozmowie telefonicznej jeszcze w czasie pobytu w szpitalu B. R. miała go poinformować, że leczy się na to schorzenie od kilku lat. Z tego również powodu nie można dać wiary wyjaśnieniom oskarżonego, że nie dostrzegł on „przerobienia” daty w epikryzie.

Sąd nie dał wiary wyjaśnieniom oskarżonego w zakresie, w jakim zaprzeczał on, że udzielił B. R. informacji co do procedury weryfikacji wniosków przez centralę. W pierwszej kolejności należy wskazać, że wyjaśnienia oskarżonego stoją w sprzeczności ze spójnymi zeznaniami świadków B. R. oraz S. R.. Zgodnie i konsekwentnie twierdzili oni, że oskarżony poinformował ich, że w ramach weryfikacji centrala nie zawsze sprawdza poprawność dokumentacji. Na podkreślenie zasługuje fakt, że B. R. dokładnie przedstawiła kontekst sytuacyjny słów oskarżonego. Kontekst ten nie pozostawia wątpliwości, że jego słowa ukierunkowane były na udzielenie rady B. R. w zakresie „dopasowania” posiadanej przez nią dokumentacji do OWU. Oskarżony udzielił jej też informacji, że nie każda ewentualna próba modyfikacji dokumentów będzie wykryta. Przeciwnie, w jego słowach była wyraźna sugestia, że kontrola nie jest ścisła i jest prawdopodobne, że przerobienie wypisu nie wyjdzie na jaw. W ocenie Sądu słowa oskarżonego były próbą

zachęcenia do dokonania modyfikacji dokumentu. Przyjąć należy tak zwłaszcza, że oskarżony - o czym będzie jeszcze mowa poniżej - był osobiście zainteresowany w tym, aby oskarżona uzyskała żądane świadectwo i nie kierowała skarg do ubezpieczyciela.

Nie przekonuje przy tym argumentacja oskarżonego, zgodnie z którą zna on dobrze procedury weryfikacji wniosków przez centralę i nie mógł sugerować, że przerobienie dokonane przez B. R. nie zostanie wykryte. W tej kwestii należy podkreślić, że świadek M. B. zeznała, iż procedura weryfikowania wniosków znana jest pracownikom departamentu zajmującego się wypłatami świadczeń. Zaznaczyła, że procedura ta nie jest udostępniana pracownikom innych działów i agencji ubezpieczeniowi nie znają tej procedury. Oskarżony nie znał zatem szczegółowych zasad weryfikacji wniosków i mógł przypuszczać, że drobna modyfikacja treści wypisu ze szpitala nie zostanie dostrzeżona.

Nie zasługują także na wiarę wyjaśnienia oskarżonego, w których twierdzi on, że w czasie drugiego spotkania w dniu 9 marca 2012 roku nie wiedział, iż B. R. przerobiła dokumentację. Wersja ta nie da się obronić w konfrontacji z innymi wyjaśnieniami oskarżonego, w których twierdził, że już we wcześniejszej rozmowie telefonicznej oskarżony dowiedział się, że B. R. od kilku lat leczy się reumatycznie. Zgodnie z tymi wyjaśnieniami, w czasie omawianego spotkania oskarżony był już świadomy, że B. R. nie spełnia wymagań do uzyskania odszkodowania. Zasady prawidłowego rozumowania prowadzą do wniosku, iż w takich okolicznościach oskarżony, jako profesjonalista, z uwagą studiowałby przedstawiane mu do poświadczenia dokumenty. Nie zasługują na wiarę zatem twierdzenia oskarżonego, że kiedy otrzymał od B. R. kopię karty informacyjnej ze szpitala, to nie wczytywał się w jej treść i nie wzbudziła ona w nim żadnych wątpliwości. W ocenie Sądu twierdzenia te stanowią tylko przyjętą przez oskarżonego linię obrony zmierzającą do uniknięcia odpowiedzialności za popełniony czyn. Nie zasługuje przy tym na uznanie argumentacja oskarżonego, zgodnie z którą nie mógł doradzać stosownej zmiany w dokumentacji, ponieważ w ten sposób „narobiłby” sobie kłopotu. W ocenie Sądu oskarżony pomógł B. R. kierując się także własnym interesem. Zdawał sobie sprawę z zaniedbań, których dopuścił się podczas sporządzania ankiety na temat stanu zdrowia ubezpieczonej. W tych okolicznościach nie można twierdzić, że przypisane oskarżonemu działanie było nieracjonalne. Udzielenie B. R. pomocy dawało bowiem oskarżonemu widoki na zatuszowanie jego zaniedbań i uniknięcie negatywnych konsekwencji na polu służbowym. W czasie gdy tej rady udzielał nie miał bowiem pewności, czy B. R. będzie zgłaszała jakiegokolwiek pretensje z tytułu niewłaściwego, niezgodnego z procedurami postępowania przedstawiciela (...) przy zawieraniu tej umowy.

Sąd w całości obdarzył walorem wiarygodności depozycje B. R.. Zeznawała ona konsekwentnie w toku całego postępowania, niezależnie od tego, czy występowała w charakterze oskarżonej, jak w sprawie II K 320/13, czy też jako świadek. Przebieg wydarzeń opisywała ona przy tym szczegółowo i precyzyjnie. Na podkreślenie zasługuje zwłaszcza fakt, że w czasie swoich zeznań nie kwestionowała ona swojej winy ani nie próbowała jej umniejszać. Nie miała przy tym interesu, aby konsekwentnie obciążać J. A. w sytuacji, gdy prowadzone wobec niej postępowanie zostało już warunkowo umorzone. Fakt, iż z uwagi na upływ czasu nie pamiętała niektórych okoliczności, i to o małej doniosłości, nie deprecjonował tych zeznań.

W ocenie Sądu w pełni na wiarę zasługują także zeznania S. R.. Jego zeznania są konsekwentne, spójne i charakteryzują się dużą precyzją. Korelują przy tym w pełni z zeznaniami B. R.. Zdaniem Sądu, nie pozbawia waloru wiarygodności jego zeznań fakt, iż jest on mężem B. R., co mogłoby go skłaniać do składania nieprawdziwych zeznań bądź zatajenia faktów. Należy dodatkowo podkreślić, że jego zeznania nie były labilne w zależności od tego, w jakim charakterze w sprawie występowała jego żona. Niezależnie od jej roli procesowej konsekwentnie podawał on okoliczności dotyczące przerobienia dokumentacji przez B. R. oraz informacji, jakie zostały jej przekazane przez oskarżonego.

Sąd w pełni dał również wiarę zeznaniom M. B.. Świadek ten konsekwentnie i szczegółowo przedstawiła przebieg zdarzeń. Rzeczowo zobrazowała także zasady procedowania obowiązujące w Towarzystwie (...). Na uwagę zasługuje także to, że nie jest ona osobą osobiście zainteresowaną w niniejszej sprawie, co mogłoby negatywnie wpływać na przedstawienie znanych jej faktów.

Sąd uznał za w pełni wiarygodne dowody z dokumentów w postaci: decyzji o odmowie wypłaty odszkodowania (k. 20 z akt sprawy II K 320/13), blankietu wniosku o wypłatę świadczenia (k. 140-141), kopii dokumentacji medycznej (k. 149-169), oryginałów dokumentacji medycznej (k. 182), informacji z (...)dotyczących opinii zawodowej o oskarżonym (k. 183-185, k. 187-188), kopii wniosku o zawarciu umowy ubezpieczenia (k. 191), Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (k. 192-199), pisma z (...) (k. 360), informacji z (...)wraz z załącznikami (k. 388-402), informacji z KRK z dnia 15 maja 2015 r. (k. 406). Ich autentyczność oraz prawdziwość zawartych w nich informacji nie budziły wątpliwości. Zostały one sporządzone rzetelnie przez uprawnione podmioty, prawidłowo pod względem formalnym i w zgodzie z obowiązującymi przepisami. Ponadto, korespondują one z materiałem dowodowym, który Sąd obdarzył wiarygodnością, wzajemnie się uzupełniając i tworząc logiczną całość.

Wobec powyższego Sąd uznał oskarżonego za winnego tego, że w bliżej nieustalonym czasie, jednak nie wcześniej niż dnia 23 lutego 2012 roku i nie później niż dnia 9 marca 2012 roku w W., przy ul. (...), w zamiarze, aby B. R. dokonała czynu zabronionego w postaci doprowadzenia (...) Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. przy ul. (...) do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 1.340,00 złotych, swoim zachowaniem ułatwił jego popełnienie poprzez udzielenie rady oraz informacji o procedurze weryfikacji wniosków i możliwości przerobienia kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego przez zmianę w epikryzie wyrażenia z „4 lat” na wyrażenie „około roku” oraz poprzez złożenie w dniu 9 marca 2012 roku wniosku B. R. o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu zawierającego nieprawdziwe dane co do daty wystąpienia pierwszych objawów choroby i daty ustalenia rozpoznania, załączając do niego kopię przerobioną przez nią kartę informacyjnej leczenia szpitalnego w zakresie czasu leczenia ubezpieczonej przed datą jej hospitalizacji, tym samym wprowadzając w błąd pracownika wskazanej firmy ubezpieczeniowej, co do rzeczywistego czasu trwania choroby B. R., co miało bezpośredni wpływ na możliwość wypłacenia wskazanego świadczenia, przy czym B. R. zamierzonego celu nie osiągnęła z uwagi na negatywne zweryfikowanie wniosku o wypłatę odszkodowania. Sąd zakwalifikował czyn oskarżonego jako wypadek mniejszej wagi wyczerpujący dyspozycję art. 18 § 3 k.k. w zw. z art. 286 § 1 k.k. w zw. z art. 286 § 3 k.k. w zb. z art. 270 § 1 k.k. w zw. z art. 270 § 2a k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k.

Przechodząc do oceny prawnej ustalonego stanu faktycznego wskazać należy, iż zgodnie z art. 18 § 3 k.k. odpowiada za pomocnictwo, kto w zamiarze, aby inna osoba dokonała czynu zabronionego, swoim zachowaniem ułatwia jego popełnienie, w szczególności dostarczając narzędzie, środek przewozu, udzielając rady lub informacji. Pomocnictwo polega zatem na każdej czynności, która faktycznie ułatwia innej osobie popełnienie czynu. Wyliczenie czynności ułatwiających w treści przepisu art. 18 § 3 jest przykładowe, na co wskazuje zwrot "w szczególności".

W realiach niniejszej sprawy oskarżony ułatwił B. R. popełnienie przestępstwa poprzez udzielenie rady oraz informacji. Udzielenie rady i informacji polegało na doradzeniu oskarżonej, że w celu uzyskania świadczenia ubezpieczeniowego należy przerobić wypis ze szpitala i że najlepiej byłoby, aby zmiany takiej dokonał lekarz prowadzący, a jeżeli lekarz nie będzie chciał, to sama B. R. może to zrobić. Ponadto, oskarżony udzielił B. R. istotnej informacji, że w ramach weryfikacji wniosków centrala nie zawsze sprawdza przedłożoną dokumentację. Takie słowa miały na celu wzbudzenie w B. R. zamiaru dokonania podrobienia dokumentacji i złożenia na jej podstawie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu. Oprócz tego, oskarżony ułatwił popełnienie czynu zabronionego poprzez złożenie w dniu 9 marca 2012 roku wniosku B. R. o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu, a który to wniosek zawierał nieprawdziwe dane co do daty wystąpienia pierwszych objawów choroby i daty ustalenia rozpoznania.

Pojęcie zamiaru użyte w art. 18 § 3 k.k. interpretować należy w zgodzie ze znaczeniem nadanym mu w art. 9 § 1 k.k., a więc jako zamiar bezpośredni lub wynikowy. Udzielający pomocy musi obejmować swoim zamiarem prawną charakterystykę czynu zabronionego, którego popełnienie ma zamiar ułatwić oraz mieć świadomość znaczenia swego zachowania, w tym w szczególności tego, że stanowi ono ułatwienie popełnienia czynu zabronionego przez inną osobę (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11 października 2012 roku, II AKa 261/12, LEX 1238284). W ocenie Sądu oskarżony działał w zamiarze bezpośrednim. Z materiału dowodowego wynika jasno, że chciał on, aby B. R. dokonała czynu zabronionego w postaci doprowadzenia Towarzystwa (...) do niekorzystnego rozporządzenia

mieniem. Miał on bowiem osobisty interes w postaci chęci ukrycia zaniedbań, jakich dopuścił się podczas zawierania umowy ubezpieczeniowej. Ponadto oskarżony, jako profesjonalista na rynku ubezpieczeń, miał świadomość znaczenia swego zachowania, a w szczególności tego, że ułatwi ono uzyskanie nienależnego świadczenia przez B. R..

Stosownie do art. 286 § 1 k.k. odpowiada za oszustwo ten, kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia mieniem za pomocą wprowadzenia w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania. Wprowadzenie w błąd oznacza, że sprawca swoimi podstępными zabiegami doprowadza inną osobę do mylnego wyobrażenia o rzeczywistym stanie rzeczy. Niekorzystność rozporządzenia, ogólnie rzecz ujmując, oznacza pogorszenie sytuacji majątkowej rozporządzającego i jest szersza od pojęcia szkody i straty. Przepięstwo oszustwa jest dokonane z momentem rozporządzenia mieniem i powinno być w związku z tym analizowane w kontekście wówczas istniejących okoliczności. Elementy przedmiotowe oszustwa muszą mieścić się te¿ w świadomości sprawcy i muszą być objęte jego wolą. Sprawca nie tylko musi chcieć uzyskać korzyść majątkową, lecz musi także chcieć w tym celu użyć określonego sposobu działania.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, wskazać należy, iż w dniu 9 marca 2012 roku oskarżony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu B. R. w szpitalu. Wiedział przy tym, że wniosek ten zawiera nieprawdziwe dane co do daty wystąpienia pierwszych objawów choroby i daty ustalenia rozpoznania czasu trwania jej choroby. Wiedział także, że gdyby wniosek zawierał informacje zgodne z prawdą, stanowiłoby to przeszkodę do wypłaty odszkodowania. Tym samym oskarżony wprowadził pracownika (...) Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. w błąd co rzeczywistego czasu trwania choroby B. R.. Działanie oskarżonego było ukierunkowane na pomoc B. R. w uzyskaniu świadczenia za pobyt w szpitalu. Oboje wiedzieli przy tym, że B. R. zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia nie spełnia wymagań do uzyskania odszkodowania. Działanie to miało na celu doprowadzenie Towarzystwo (...) do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie 1340 zł. Oskarżony działał więc w zamiarze, aby B. R. uzyskała nienależne jej świadczenie. O zamiarze oskarżonego świadczy chociażby fakt, że we wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu oskarżony zaznaczył niezgodnie z prawdą, że pobyt oskarżonej był nagły. Takie działanie miało na celu odwrócenie uwagi ubezpieczyciela od nieprawidłowości w załączonej do wniosku dokumentacji.

Artykuł 270 § 1 k.k. penalizuje tzw. fałszerstwo materialne dokumentu. Zgodnie z tym przepisem, kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Znamię używania jako autentycznego dokumentu podrobionego lub przerobionego oznacza, że sprawca może używać dokumentu, który sam podrobił lub przerobił, albo który został podrobiony lub przerobiony przez inną osobę. Warunkiem odpowiedzialności jest jednak świadomość, iż używany przedmiot jest dokumentem fałszywym, przy czym wystarczy, że sprawca godzi się z taką możliwością.

W realiach niniejszej sprawy użycie dokumentu przez oskarżonego polegało na złożeniu wniosku o wypłatę świadczenia, do którego załączona była przerobiona kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego. W tym przypadku oskarżony posłużył się dokumentem przerobionym przez inną osobę, to jest B. R.. J. A. sam podsunął B. R. pomysł podrobienia tego dokumentu. Miał zatem świadomość, że dokument, który używał jako autentyczny był dokumentem fałszywym.

Artykuły 286 § 3 k.k. oraz 270 § 2a tworzą typy uprzywilejowane - odpowiednio przestępstwa oszustwa oraz fałszerstwa materialnego dokumentu - w postaci tzw. wypadku mniejszej wagi. W orzecznictwie podkreśla się, że o przyjęciu wypadku mniejszej wagi decydują przedmiotowe i podmiotowe znamiona czynu. Wśród znamion strony przedmiotowej istotne znaczenie mają w szczególności: rodzaj dobra, w które godzi przestępstwo, zachowanie się i sposób działania sprawcy, użyte środki, charakter i rozmiar szkody wyrządzonej lub grożącej dobru chronionemu prawem, czas, miejsce i inne okoliczności popełnienia czynu oraz odczucie szkody przez pokrzywdzonego. Dla elementów strony podmiotowej istotne są: stopień zawinienia oraz motyw i cel działania sprawcy (wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu, z dnia 29 września 2010 roku, LEX nr 621279). W orzecznictwie wyrażono te¿ pogląd, że przy ocenie znamienia wypadku mniejszej wagi decydują przede wszystkim okoliczności związane z przedmiotem

ochrony i stroną przedmiotową czynu, a więc głównie wysokość wyrządzonej w mieniu szkody, a także okoliczności popełnienia czynu (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 1980 roku, V KRN 333/80, OSNPG 1981, nr 5, poz. 50).

W ocenie Sądu czyn oskarżonego należy zakwalifikować jako wypadek mniejszej wagi. Decydujące znaczenie dla takiej kwalifikacji miały okoliczności strony przedmiotowej, a przede wszystkim rozmiar wyrządzonej szkody. W okolicznościach niniejszej sprawy B. R. nie osiągnęła zamierzonego celu w postaci doprowadzenia Towarzystwa (...) do niekorzystnego rozporządzenia mieniem, z uwagi na fakt, że jej wniosek o wypłatę świadczenia został rozpatrzony negatywnie. W istocie zatem Towarzystwo (...) nie poniosło żadnej szkody. Ponadto rozmiar grożącej szkody również nie był znamienny, ponieważ B. R. mogła uzyskać jako świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu jedynie kwotę 1340 zł, a zatem z punktu widzenia już uiszczonych składek nie będącą dotkliwą dla wypłacającego. Za przyjęciem wypadku mniejszej wagi przemawiają także okoliczności popełnienia czynu oraz motywacja sprawcy. Podkreślenia wymaga fakt, iż oskarżony nie ubiegał się o korzyść majątkową dla siebie. Wyłącznym beneficjentem świadczenia miała być bowiem ubezpieczona. Oskarżony nie liczył przy tym na żadną prowizję z tytułu wypłaty świadczenia - co potwierdziła świadek B. R.. Jednakże, faktem jest, iż pomoc ubezpieczonej nie była jedynym celem J. A.. Działał on bowiem, co wykazano powyżej, również w celu zatuszowania własnych zaniechań popełnionych jeszcze na etapie zawierania umowy ubezpieczenia. Nie zmienia to jednak faktu, że jego motywacja nie obejmowała woli osiągnięcia korzyści majątkowej dla siebie. Powyższe argumenty przemawiają za przyjęciem typu uprzywilejowanego w postaci wypadku mniejszej wagi.

Sąd nie przychylił się jednakże do sugestii prokuratora wnioskującego o warunkowe umorzenie postępowania wobec oskarżonego na okres próby wynoszący dwa lata oraz zasądzenie świadczenia pieniężnego na rzecz Funduszu Pomocy Poszkodowanym i Pomocy Postpenitencjarnej w wysokości 300 zł. W ocenie Sądu, w niniejszej sprawie nie zostały spełnione przesłanki do zastosowania warunkowego umorzenia postępowania wymienione w art. 66 § 1 k.k. Stosownie do tego przepisu, sąd może warunkowo umorzyć postępowanie karne, jeżeli wina i społeczna szkodliwość czynu nie są znaczne, okoliczności jego popełnienia nie budzą wątpliwości, a postawa sprawcy niekaranego za przestępstwo umyślne, jego właściwości i warunki osobiste oraz dotychczasowy sposób życia uzasadniają przypuszczenie, że pomimo umorzenia postępowania będzie przestrzegał porządku prawnego, w szczególności nie popełni przestępstwa.

Odnosząc się do kwestii społecznej szkodliwości czynu oskarżonego, zdaniem Sądu nie można uznać, że nie była ona znaczna. Zgodnie z art. 115 § 2 k.k., przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia. Sąd bierze zatem pod uwagę zarówno elementy strony przedmiotowej jak i podmiotowej czynu. O ile więc rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody mogłyby skłaniać do przyjęcia, że stopień społecznej szkodliwości czynu nie jest znaczny, o tyle motywacja oskarżonego i waga naruszonych przez niego obowiązków temu się sprzeciwia. Na podkreślenie zasługuje bowiem fakt, że J. A., inaczej niż w przypadku B. R., jest profesjonalnym przedstawicielem Towarzystwa (...), którego z tym właśnie podmiotem łączy szczególna więź oparta na zaufaniu. Ubezpieczyciel, prowadząc szkolenia swoich przedstawicieli, przygotowuje ich do rzetelnego wykonywania zleconych im czynności, przy tym działa w zaufaniu do nich, w tym również do oskarżonego, że mając tę wiedzę nie będą jej wykorzystywać przeciwko ubezpieczycielowi, że nie będą świadomie wprowadzać w błąd. To ubezpieczyciel, chcąc ułatwić klientom otrzymywanie świadczeń, powierza swoim przedstawicielom kontakt z klientami w miejscu ich zamieszkania, odbierania od nich dokumentów i poświadczania ich za zgodność z oryginałami, licząc na to, że na tym etapie nie będzie dochodziło do sytuacji takich, jaka miała miejsce w tej sprawie. Należy wręcz twierdzić, że ubezpieczyciel wręcz liczy na to, że przedstawiciele będą lojalni wobec niego, że zasygnalizują chociażby już sam fakt podejrzenia nieuczciwości klienta. W tym konkretnym przypadku tak też mogłoby się stać, gdyby oskarżony podjął właściwą decyzję i postąpił zgodnie z prawem.

Nie można także uznać, że wina oskarżonego nie była znaczna, skoro działał on w zamiarze bezpośrednim, aby poprzez wprowadzenie w błąd doprowadzić Towarzystwo (...) do niekorzystnego rozporządzenia mieniem.

Ponadto, w ocenie Sądu, właściwości i warunki osobiste J. A. nie uzasadniają przypuszczenia, że pomimo umorzenia postępowania będzie on przestrzegał porządku prawnego. Postawa oskarżonego zaprezentowana w trakcie postępowania charakteryzuje się absolutnym brakiem krytycyzmu dla swojego czynu. Przedstawiał on siebie wręcz jako ofiarę zachowania B. R., powtarzając, że to on w istocie został potwornie skrzywdzony. Oskarżony do samego końca nie dostrzegał niczego złego w swoim postępowaniu. W ocenie Sądu, taka postawa oskarżonego nie powinna być premiowana zastosowaniem probacyjnych instrumentów przewidzianych w prawie karnym, bo nie gwarantuje to niepopelnienia przez oskarżonego czynu zabronionego w przyszłości.

Sąd zważył przy tym fakt, że postępowanie prowadzone przeciwko B. R. zostało warunkowo umorzone. W ocenie Sądu nie jest to jednak argument wystarczający do tego, aby w postępowaniu przeciwko J. A. zastosować ten sam środek probacyjny. W okolicznościach niniejszej sprawy, biorąc pod uwagę postawę oskarżonego, warunkowe umorzenie postępowania byłoby nieadekwatnym środkiem reakcji karnej.

Wobec powyższego, Sąd na podstawie art. 18 § 3 k.k. w zw. z art. 286 § 1 k.k. w zw. z art. 286 § 3 k.k. w zb. z art. 270 § 1 k.k. w zw. z art. 270 § 2a k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. skazał oskarżonego i na podstawie art. 19 § k.k. w zw. z art. 286 § 3 k.k. w zw. z art. 33 § 1 i 3 k.k. wymierzył mu grzywnę w wysokości 60 stawek dziennych. Wymierzając tę karę Sąd kierował się dyrektywami określonymi w art. 53 k.k., baczyl by jej dolegliwość nie przekraczała stopnia winy, aby uwzględniała stopień społecznej szkodliwości czynu i aby realizowała cele wychowawcze oraz prewencyjne. Mając na uwadze dochody sprawcy, jego sytuację rodzinną i majątkową oraz możliwości zarobkowe, Sąd ustalił wysokość jednej stawki dziennej na 25,00 zł.

Sąd wymierzając karę za ten czyn uwzględnił – jako okoliczność łagodzącą – dotychczasową niekaralność oskarżonego oraz fakt, że pokrzywdzony na skutek czynu oskarżonego nie poniósł żadnej szkody. Natomiast jako okoliczność obciążającą Sąd uwzględnił brak po stronie oskarżonego krytycznego stosunku do popełnionego czynu. Przy wymiarze grzywny Sąd kierował się uzyskiwanymi dochodami oskarżonego, bacząc, aby kara ta nie przekraczała jego możliwości zarobkowych, a przy tym była ona też odpowiednio dolegliwa. Tak orzeczona wobec oskarżonego grzywna spełni, zdaniem Sadu, swe cele wychowawcze wobec oskarżonego, jak również cele prewencji indywidualnej oraz generalnej.

Sąd na podstawie art. 230 § 2 k.p.k. zwrócił ZOZ w K.Szpitalowi (...)oryginał dokumentacji medycznej znajdującej się na karcie 182 akt, albowiem stała się ona zbędna dla dalszego postępowania karnego.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 626 § 1 k.p.k., art. 627 k.p.k. oraz art. 3 ust. 1 Ustawy z dnia 23 czerwca 1973 r. o opłatach w sprawach karnych zasądzając od oskarżonego J. A. na rzecz Skarbu Państwa kwotę 50 zł tytułem zwrotu wydatków oraz kwotę 150 zł tytułem opłaty, albowiem sytuacja majątkowa oskarżonego w pełni pozwala na uregulowanie tychże należności.