

Sygn. akt I ACa 629/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 kwietnia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Katarzyna Jakubowska-Pogorzelska

Sędziowie: SA Joanna Wiśniewska-Sadowska

SO del. Małgorzata Sławińska (spr.)

Protokolant: protokolant sądowy Konrad Stanilewicz

po rozpoznaniu w dniu 25 kwietnia 2019 r. w Warszawie

z powództwa G. I.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 3 sierpnia 2018 r., sygn. akt I C 10/18

I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

- zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz G. I. kwotę 80.000,00 zł (osiemdziesiąt tysięcy złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 22 sierpnia 2016 r. oraz kwotę 5.400,00 zł (pięć tysięcy czterysta złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

- nakazuje pobrać od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 4.000,00 zł (cztery tysiące złotych) tytułem nieuiszczonej opłaty od pozwu;

II. oddala apelację w pozostałej części;

III. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz G. I. kwotę 4.050,00 zł (cztery tysiące pięćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym;

IV. nakazuje pobrać od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 4.000,00 zł (cztery tysiące złotych) tytułem nieuiszczonej opłaty od apelacji.

Małgorzata Sławińska Katarzyna Jakubowska – Pogorzelska Joanna Wiśniewska - Sadowska

Sygn. akt I ACa 629/18

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 29 grudnia 2017 r. G. I. wniósł przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. o zasądzenie kwoty 80 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie za okres od 9 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania.

W odpowiedzi na pozew (...) wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 22 maja 2019 r. w sprawie o sygn. I C 10/18 Sąd Okręgowy w Warszawie oddalił powództwo (pkt I.) i postanowił nie obciążać powoda kosztami postępowania w sprawie (pkt II.).

Sąd Okręgowy ustalił, że G. I. zatrudniony był w (...) Sp. z o.o. w W. na stanowisku kierowcy autobusu od dnia 1 listopada 1999 r. Stosunek pracy ustał w dniu 25 stycznia 2016 r. w wyniku rozwiązania umowy o pracę na mocy porozumienia stron.

W dniu 31 maja 2010 r. pomiędzy (...), a związkami zawodowymi pracowników (...) sektora transportu publicznego zawarta została umowa „Program Ubezpieczeniowy dla (...) Sp. z o.o. oraz Ich Małżonków i Pełnoletnich Dzieci”.

Ogólna definicja niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji znajdowała się w § 2 ust. 1 pkt 4 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji. Wykaz dokumentów składanych do ubezpieczyciela w związku ze zdarzeniem ubezpieczeniowym zawarty był w § 20 ust. 1 ogólnych warunków. Stosownie do ust. 2 § 20 OWU (...) S.A. decydowało o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1, opinii lub orzeczenia wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz ewentualnych wyników zleconych przez siebie badań medycznych.

W § 6 umowy „Program Ubezpieczeniowy” jej strony dokonały modyfikacji ogólnych warunków. Zgodnie z § 6 ust. 1 w umowie ubezpieczenia w miejsce zapisu § 2 ust. 3 ogólnych warunków stosuje się zapis: niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji – utratę zdolności psychofizycznych do wykonywania zawodu kierowcy lub motorniczego będącego rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Zgodnie z § 6 ust. 6 umowy, w umowie ubezpieczenia w miejsce zapisu § 20 ust. 1 pkt. 3 OWU stosuje się zapis: oświadczenie ubezpieczającego o zaprzestaniu świadczenia pracy przez ubezpieczonego w charakterze kierowcy lub motorniczego w związku z utratą zdolności psychofizycznych do wykonywania tego zawodu. Jak stanowi § 6 ust. 7 umowy, w umowie ubezpieczenia w § 20 ust. 1 OWU dodano punkty 4 i 5 w brzmieniu: orzeczenie o istnieniu przeciwwskazań psychologicznych do wykonywania zawodu kierowcy lub motorniczego wydane przez uprawnionego orzecznika (pkt 4.) i orzeczenie o istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku kierowcy lub motorniczego wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy (pkt 5.).

Orzeczeniem lekarskim z dnia 20 grudnia 2013 r. u powoda stwierdzono brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami silnikowymi.

G. I. w dniu 30 czerwca 2014 r. złożył deklarację przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego w Wariantcie III – Pakiet Dodatkowy III.

W czerwcu 2015 r. powód w trakcie trwania zatrudnienia i ochrony ubezpieczeniowej był hospitalizowany. Nie powrócił do wykonywania zawodu kierowcy i pracy.

W zaświadczeniach o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego z dnia 9 października 2015 r. oraz 19 listopada 2015 r. wskazano, że pacjent jest niezdolny do żadnej pracy, wymaga intensywnego leczenia i dalszych badań. Orzeczeniem Lekarza Orzecznika ZUS z dnia 17 listopada 2015 r. G. I. został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy do 30 listopada 2017 r., datując powstanie niezdolności od 11 czerwca 2015 r. Decyzją z dnia

2 grudnia 2015 r. ZUS odmówił G. I. prawa do świadczenia rehabilitacyjnego z braku okoliczności uzasadniających ustalenie takiego prawa.

W dniu 8 grudnia 2015 r. G. G. zgłosił (...) zdarzenie ubezpieczeniowe z dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji. Pismem z dnia 5 stycznia 2016 r. zakład ubezpieczeń wezwał G. G. do przedłożenia oświadczenia ubezpieczającego o zaprzestaniu świadczenia pracy przez ubezpieczonego w charakterze kierowcy lub motorniczego, w związku z utratą zdolności psychofizycznych do wykonywania tego zawodu oraz orzeczenia o istnieniu przeciwwskazań psychologicznych do wykonywania zawodu kierowcy lub motorniczego wydanym przez uprawnionego orzecznika. Powód został poinformowany, że niedostarczenie dokumentacji może stanowić podstawę odmowy przyznania świadczenia. W dniu 14 stycznia 2016 r. G. I. oświadczył, że zaprzestał pracy kierowcy motorniczego w związku z utratą zdrowia oraz przedłożył orzeczenie lekarskie z dnia 14 stycznia 2016 r. o niezdolności do pracy na stanowisku kierowcy autobusu i tankowaniu paliwa wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych. Pismem z dnia 26 stycznia 2016 r. (...) poinformowało powoda, że dostarczona dokumentacja medyczna jest niewystarczająca i wezwało G. G. do przedłożenia dokumentów jak w poprzednim piśmie. Poinformowało również, iż zwróci się do Szpitala (...) w W. o nadesłanie dodatkowej dokumentacji medycznej.

W piśmie z dnia 22 sierpnia 2016 r. zakład ubezpieczeń poinformował powoda o braku możliwości wystawienia zaświadczenia przez (...) o zaprzestaniu świadczenia pracy w charakterze kierowcy w związku z utratą zdolności psychofizycznych do wykonywania zawodu. Ubezpieczyciel wskazał, że nadal brak jest orzeczenia o istnieniu przeciwwskazań psychologicznych do wykonywania zawodu kierowcy lub motorniczego wydanego przez uprawnionego orzecznika.

Orzeczeniem psychologicznym z dnia 28 czerwca 2017 r. stwierdzono istnienie u G. I. przeciwwskazań psychologicznych do wykonywania pracy kierowcy.

Wezwaniem do zapłaty z dnia 21 sierpnia 2018 r. G. I. wezwał (...) do zapłaty 80 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia przedłożenia wszystkich dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności do pracy do dnia zapłaty w terminie 7 dni.

Pismem z dnia 19 września 2017 r. (...) poinformowało powoda, że stwierdzenie niezdolności do pracy, które spełniałoby warunki umowy ubezpieczenia wystąpiło w okresie braku ochrony ubezpieczeniowej.

Orzeczeniem Lekarza Orzecznika ZUS z dnia 28 listopada 2017 r. G. I. uznano za całkowicie niezdolnego do pracy do 30 listopada 2020 r.

Sąd Okręgowy dał wiarę załączonym do akt sprawy dokumentom, a następnie zważył, iż powództwo jako bezzasadne podlegało oddaleniu w całości.

Sąd I instancji przywołał art. 805 § 1 i 2 k.c. i wskazał, iż pomiędzy stronami bezsporne było, że G. I. objęty był umową dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, jak również to, że dokonał zgłoszenia roszczenia z tytułu niezdolności do pracy, a pozwany po jego rozpatrzeniu odmówił wypłaty świadczenia, spór w pierwszej kolejności sprowadzał się zatem do kwestii, czy pozwany będzie ponosić odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Sąd I instancji zauważył, iż strony w § 6 umowy „Program Ubezpieczeniowy” dokonały modyfikacji ogólnych warunków ubezpieczenia, a w ich świetle powód, aby uzyskać odszkodowanie z tytułu utraty zdolności do pracy w wyniku choroby musi spełnić następujące warunki - utracić zdolność psychofizyczną do wykonywania zawodu potwierdzoną łącznie: oświadczeniem o zaprzestaniu świadczenia pracy w charakterze kierowcy w związku z utratą zdolności psychofizycznych do wykonywania tego zawodu, orzeczeniem o istnieniu przeciwwskazań psychologicznych do wykonywania zawodu kierowcy wydane przez uprawnionego orzecznika i orzeczeniem o istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku kierowcy wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy, a

także zgłosić szkodę ubezpieczycielowi. Dopiero na podstawie zgłoszenia oraz przedstawionych dokumentów zakład ubezpieczeń podejmuje decyzję o ewentualnym uwzględnieniu żądania.

Zdaniem Sądu Okręgowego w czerwcu 2015 r. G. I. przeszedł chorobę serca, która w świetle przepisów ustawy o emeryturach i rentach z FUS spowodowała niezdolność do pracy, jednakże zgodnie z postanowieniami umowy, utrata przez powoda zdolności do pracy w wyniku choroby wiązała się z utratą zdolności psychofizycznej (zarówno psychicznej jak i fizycznej) do wykonywania zawodu kierowcy i musiała zostać potwierdzona łącznie wszystkimi dokumentami określonymi w § 20 ust. 1, jak również nie była związana z pojęciem niezdolności do pracy w rozumieniu ustawy o emeryturach i rentach z FUS. Powód nie przedłożył ubezpieczycielowi orzeczenia o istnieniu przeciwwskazań psychologicznych do wykonywania zawodu kierowcy wydanego przez uprawnionego orzecznika. Po bezskutecznych wezwaniach zakładu ubezpieczeń do przedłożenia ww. dokumentu, (...) zgłoszenie o wypłatę odszkodowania rozpatrzyło odmownie.

W ocenie Sądu I instancji powód nie przedłożył bezwzględnie koniecznego orzeczenia o istnieniu w okresie objętym ochroną ubezpieczeniową przeciwwskazań psychologicznych do wykonywania zawodu kierowcy, tym samym, pomimo spełnienia pozostałych warunków z § 20 ust. 1 OWU, powód nie wykazał, aby zaszło przewidziane w umowie ubezpieczane zdarzenie. Według Sądu Okręgowego G. I. dopiero w dacie 28 czerwca 2017 r., po upływie okresu trwania ubezpieczenia, uzyskał orzeczenie wydane przez uprawnionego psychologa. Z przedłożonego orzeczenia nie wynika, iż przeciwwskazania te istniały w dacie od 1 lipca 2014 r. do 31 stycznia 2016 r., a więc w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Sąd kręgowy uznał zatem, że powód nie wykazał, iż jest niezdolny do pracy na stanowisku kierowcy z uwagi utratę zdolności psychofizycznych, to zaś przesądza, że nie ziszcilo się przewidziane w umowie ubezpieczane zdarzenie, dlatego też pozwany zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności odszkodowawczej.

Zdaniem Sądu I instancji w przedmiotowej sprawie brak jest podstaw do dokonania wykładni umowy ubezpieczenia w sposób w jaki domaga się tego strona powodowa. Sąd Okręgowy zaznaczył, że powód w zasadzie nie wskazuje, które zapisy w jego ocenie są niejasne lub też budzą wątpliwości. Sąd I instancji zważył, że zapisy zarówno „Programu Ubezpieczeniowego”, jak i ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, regulujące kwestię wypłaty odszkodowania z tytułu utraty zdolności do pracy są precyzyjne. Jasno z nich wynika jakie zdarzenie jest ubezpieczenie oraz jakie czynności łącznie musi spełnić ubezpieczony aby uzyskać odszkodowanie. Ponadto niewątpliwie strony w umowie, do której powód przystąpił, a więc akceptował jej warunki, ustaliły, iż niezdolnością do pracy i samodzielnej egzystencji będzie utrata zdolności psychofizycznych do wykonywania zawodu kierowcy lub motorniczego będącego rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Brak jest zatem zdaniem Sądu Okręgowego racjonalnych podstaw do odwoływania się w tym zakresie do definicji zawartych np. w ustawie o emeryturach i rentach z FUS, skoro w umowie ustalono definicję zdarzenia.

O kosztach procesu Sąd I instancji orzekł na podstawie przepisu art. 102 k.p.c. Przesłanką zastosowania zasady słuszności było dojście przez Sąd Okręgowy do przekonania, że G. I. był błędnie przekonany o zasadności zgłoszonego przez siebie roszczenia, jak również względ na aktualną sytuację życiową strony powodowej, w tym stan zdrowia powoda oraz jego sytuację majątkową.

Apelację od ww. wyroku wywiódł powód, zaskarżając orzeczenie w całości i zarzucając:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 65 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 385¹ § 1 k.c. poprzez dokonanie błędnej wykładni zapisów postanowienia § 20 ust. 1 o.w.u. na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w zakresie w jakim uzależnia przyznanie powodowi odszkodowania z tytułu niezdolności do pracy od łącznego spełnienia przesłanek w postaci braku zdolności fizycznych i psychicznych do wykonywania zawodu kierowcy, co doprowadziło do naruszenia art. 385¹ § 1 k.c. poprzez jego niezastosowanie w wyniku błędnego uznania, że zapisy te nie stanowią niedozwolonych postanowień umownych, podczas gdy prawidłowa wykładnia w/w postanowienia o.w.u. prowadzi do

wniosku, że kształtuje ono prawa i obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszając jego interesy.

2. naruszenie prawa materialnego tj. art. 65 § 2 k.c. poprzez uznanie, że zgodnym zamiarem stron umowy ubezpieczenia było określenie odpowiedzialności pozwanego w ten sposób, że do wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy koniecznym jest wystąpienie łącznie utraty zdolności psychicznych i fizycznych pracownika zatrudnionego na stanowisku kierowcy, podczas gdy prawidłowa wykładnia przepisów o.w.u. prowadzi do wniosku, że obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy powstaje gdy wystąpi niezdolność do pracy spowodowana utratą zdolności psychicznych bądź fizycznych,

3. naruszenie prawa materialnego tj. art. 805 § 1 i 2 k.c. w zw. § 20 ust. 1 o.w.u. poprzez oddalenie roszczenia powoda o zapłatę świadczenia z tytułu niezdolności do pracy pomimo, że powód był w okresie objętym ochroną ubezpieczeniową osobą niezdolną do pracy.

Skarżący wniósł o zmianę wyroku Sądu I instancji i:

1. zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 80 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie za okres od dnia 9 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty,

2. zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania za obie instancje.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja okazała się zasadna, skutkując zmianą zaskarżonego wyroku, pomimo nie w pełni adekwatnego sformułowania zarzutów apelacyjnych. Podkreślić jednak należy, iż sąd odwoławczy w modelu apelacji pełnej związany jest tylko zarzutami proceduralnymi, zaś nieprawidłowości w stosowaniu prawa materialnego uwzględnia z urzędu.

Okoliczności faktyczne sprawy, tj. chronologia czynności i brzmienie dokumentów, ustalone przez Sąd I instancji nie były kwestionowane i nie budziły wątpliwości, stąd Sąd odwoławczy te ustalenia faktyczne przyjął za własne.

Sąd II instancji uzupełnił postępowanie dowodowe o niekwestionowane przez żadną ze stron dokumenty w postaci pełnej wersji „Programu Ubezpieczeniowego” z dnia 31 maja 2010 r. oraz dwóch poprzednich wersji ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego z tytułu niezdolności do pracy o kodzie (...) (obowiązujących w latach 2007-2009 i 2011-2013). W wyniku analizy tych dokumentów ustalono, iż przed zawarciem „Programu Ubezpieczeniowego” przynajmniej do 2009 r. obowiązywały w pozwanym zakładzie ubezpieczeń ogólne warunki ubezpieczenia o kodzie (...) w innej wersji niż w dacie przystąpienia powoda do ubezpieczenia grupowego. Może wyjaśniać to istnienie rozbieżności między treścią § 6 „Programu” a układem redakcyjnym nowych ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie wskazania paragrafów OWU podlegających zmianie. Spór stron koncentrował się wokół treści szczególnych postanowień OWU wprowadzonych ww. Programem, głównie regulujących kwestię definicji niezdolności do pracy i wymagań stawianych ubezpieczonemu w związku ze zgłoszeniem roszczenia. Pozostałe zapisy OWU relewantne z punktu widzenia niniejszego procesu nie wydawały się podlegać diametralnym zmianom między 2007 a 2013 r. Żadne inne dokumenty, z których zmiana taka mogłaby wynikać, nie zostały złożone przez strony.

Zgodnie z postanowieniami OWU o kodzie (...), niezależnie od wersji, zakres ubezpieczenia obejmował wystąpienie u ubezpieczonego niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, które to pojęcie zostało odrębnie zdefiniowane dla potrzeb umowy. W definicji umownej nie występuje z kolei zwrot „potwierdzona następującymi zaświadczeniami” lub równoważny. Wypłata umówionego świadczenia warunkowana była zgodnie z § 5 OWU tylko wystąpieniem owego stanu. W tym miejscu OWU nie zawarto zastrzeżenia, iż stan niezdolności do pracy musi być potwierdzony wyłącznie kompletem dokumentów wymienionych w § 20 ust. 1 OWU. Takiego zastrzeżenia nie zawiera też Program. Nie zawiera go też dział OWU poświęcony wyłączeniem odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel w § 20 ust. 1 OWU (wraz z modyfikacją z § 6 Programu) określił listę pożądaných dokumentów, ale nie określił umownie, jakie skutki

będą wiązały się z ich niezłożeniem. Zarazem § 20 ust. 2 OWU wskazuje, że dokumenty z listy nie musiały być jedynym materiałem źródłowym, na podstawie którego ubezpieczyciel podejmował decyzję o wypłacie świadczenia. Zakład ubezpieczeń zastrzegł sobie możliwość zebrania też innych świadectw o stanie zdrowia ubezpieczonego, a nawet poddania ubezpieczonego badaniom przez wyznaczonego przez siebie lekarza. Faktyczne działania pozwanego w toku postępowania likwidacyjnego (...) również potwierdzają, że dokumenty z listy z § 20 ust. 1 OWU nie stanowiły wyłącznych materiałów poddawanych analizie. Ubezpieczyciel sam zwrócił się o wydanie dokumentów do pracodawcy wnioskodawcy oraz do szpitala, w którym leczył się ubezpieczony. W piśmie z 26 stycznia 2016 r. (...) wskazało, iż niedostarczenie dokumentów jedynie „może” uniemożliwić ustalenie odpowiedzialności, bądź utrudnić ustalenie wysokości świadczenia.

Powyższe prowadzi do wniosku, iż nie można podzielić stanowiska Sądu Okręgowego, zasadniczo łączącego ocenę prawidłowości decyzji ubezpieczyciela z zakresem złożonych przez ubezpieczonego dokumentów i uznającego wszystkie dokumenty ze zmodyfikowanego § 20 ust. 1 OWU za bezwzględnie konieczne.

Analiza treści OWU – wraz ze szczególnymi postanowieniami wprowadzonymi Programem z 31 maja 2010 r. – jak też działań stron po wszczęciu postępowania likwidacyjnego, doprowadziła Sąd Apelacyjny do wniosku, iż obowiązkiem ubezpieczyciela była wypłata umówionego świadczenia w razie stwierdzenia, że w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczony znalazł się w stanie niezdolności do pracy zdefiniowanej w § 6 ust. 1 Programu, niezależnie od zakresu materiału dowodowego pozyskanego na potwierdzenie tego stanu. Sam formalny brak oświadczenia pracodawcy lub orzeczenia psychologicznego w formie żądanej przez zakład ubezpieczeń nie dyskwalifikował roszczenia ubezpieczonego o wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.

Ustalić zatem należało na czym polegać ma owa niezdolność, objęta zakresem odpowiedzialności ubezpieczyciela. Skarżący stanął na stanowisku, że umowę ubezpieczenia należy tak interpretować, aby podstawą do wypłaty świadczenia była utrata zdolności do dalszej pracy w charakterze kierowcy ze względów fizycznych lub psychicznych. Żądanie wykazania zarazem fizycznej i psychicznej niezdolności do pracy kierowcy powód ocenił jako zbyt daleko idące. Pozwany stał na stanowisku, iż podstawą wypłaty świadczenia może być tylko wystąpienie tej niezdolności jednocześnie od strony fizycznej i psychicznej.

Definicja zdarzenia ubezpieczeniowego w umowie dobrowolnego ubezpieczenia na życie może być określona swobodnie w myśl art. 353¹ k.c. Z przepisów art. 65 § 1 i 2 wynika, że zamiarem ustawodawcy jest, aby przy tłumaczeniu oświadczeń woli uwzględniać nie tylko werbalne brzmienie postanowień umowy, ale również okoliczności złożenia tych oświadczeń, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje, a nadto badać zgodny zamiar stron i cel umowy. Dotyczy to również umowy ubezpieczenia. O treści ubezpieczeniowego stosunku zobowiązaniowego przesądzają również, poza postanowieniami umowy ubezpieczenia, postanowienia wzorca umowy ustalonego przez ubezpieczyciela w postaci ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU), doręczonego ubezpieczającemu przed zawarciem umowy (art. 384 § 1 k.c. i art. 805 § 1 k.c.). W judykaturze jednoznacznie przyjęto, że postanowienia OWU podlegają wykładni według reguł określonych w art. 65 § 2 k.c., jeśli ich postanowienia nie są precyzyjne i stwarzają wątpliwości co do ich istotnej treści. Wykładnia taka nie może pomijać celu, w jakim umowa ubezpieczenia została zawarta, a także natury i funkcji zobowiązania, a celem tej umowy jest udzielenie ubezpieczonemu ochrony w razie wystąpienia określonego ryzyka. Dlatego też postanowienia OWU powinny precyzyjnie określać postacie ubezpieczonego ryzyka, a w razie niejasności czy wątpliwości także co do wzajemnej relacji między tym postanowieniami należy z mocy art. 385 § 2 k.c. interpretować je na korzyść ubezpieczającego (wyrok SN z dnia 13 maja 2004 r., V CK 481/03) i to przy uwzględnieniu reguł określonych w art. 65 § 2 k.c. (wyrok SN z dnia 2 kwietnia 2014 r., IV CSK 420/13; postanowienia SN z dnia 13 czerwca 2013 r., IV CNP 80/12; wyrok SN z dnia 2 grudnia 1998 r., I CKN 278/98; postanowienie SN z dnia 22 lipca 2005 r., III CZP 49/05; wyrok SN z dnia 14 marca 2018 r., II CSK 445/17). Przy interpretacji umów ubezpieczenia trzeba mieć na względzie nakazy z art. 15 ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 381), a wcześniej art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz.U. 2015 poz. 1206).

Celem wykładni z art. 65 k.c. nie jest jednak wykrycie wewnętrznej (subiektywnej) woli danej osoby, jej przeżyć psychicznych czy przekonań, lecz zrozumienie rzeczywistej treści jej działania, zmierzającego do wywołania skutków prawnych. Zakres stosowania metod i kryteriów wykładni jest ograniczony do interpretacji oświadczeń woli stron, czyli do samej treści umowy, a nie do subiektywnego przekonania strony co do jej treści. Gdy strony różnią się co do treści złożonego oświadczenia woli, za prawnie wiążące należy uznać jego znaczenie ustalone według obiektywnego wzorca wykładni. W jego ramach, jako właściwy z punktu widzenia prawa sens oświadczenia woli ustala się go tak, jak adresat oświadczenia sens ten rozumiał i rozumieć powinien, przy czym wiążące jest rozumienie oświadczenia woli, będące wynikiem starannych zabiegów interpretacyjnych rozsądnego adresata. Wobec braku faktycznego konsensusu stron, uwzględnienia wymagają dyrektywy językowe, kontekst sytuacyjny, w tym zachowania stron przed i po zawarciu umowy, a także uzgodniony cel umowy. (zob. wyroki SN z dnia 17 kwietnia 2018 r., I PK 28/17; z dnia 21 marca 2018 r., V CSK 262/17, z dnia 31 sierpnia 2017 r., V CSK 675/16). Wzorce umowne takie jak ogólne warunki ubezpieczenia, podlegają wykładni według zasad właściwych dla oświadczeń woli. Z uwagi na funkcję wzorców umownych wprowadzających jednolite normy skierowane do nieoznaczonego adresata, ich wykładnia powinna być dokonywana według metody obiektywnej, tj. zmierzać do ustalenia treści i znaczenia postanowień wzorca z punktu widzenia wiedzy i możliwości poznawczych jego adresata. Przy wykładni niejednoznacznych postanowień wzorców, dokonywanej głównie na podstawie reguł wykładni językowej, należy stosować zasadę in dubio contra proferentem, zgodnie z którą wątpliwości interpretacyjne niedające się usunąć w drodze ogólnych zasad wykładni oświadczeń woli, powinny być interpretowane na niekorzyść strony będącej autorem tekstu umowy, która ponosi ryzyko jego niejasnej redakcji (zob. wyrok SN z dnia 28 czerwca 2017 r., IV CSK 501/16).

Przenosząc te rozważania na grunt niniejszej sprawy, wskazać należy, iż norma art. 65 § 2 k.c., nakazująca wychodzić poza literalne zapisy umowy, nie jest zarazem narzędziem do narzucenia drugiej stronie swojego subiektywnego, korzystnego dla siebie rozumienia treści umowy, zatem nie daje powodowi prawa do wywodzenia, że jego interpretacja jest właśnie wyrazem „zgodnego zamiaru” obu stron, podczas gdy ubezpieczyciel konsekwentnie neguje takie rozumienie spornych postanowień. Interpretacja umowy (OWU) zawarta w drugim zarzucie apelacyjnym zupełnie ignoruje wolę ubezpieczyciela, a ani w postępowaniu likwidacyjnym ani w procesie pozwany nie dał podstaw do przypisywania mu woli podzielenia interpretacji forsowanych przez stronę powodową.

Definicja zdarzenia ubezpieczeniowego jako wystąpienia u ubezpieczonego utraty zdolności psychofizycznych do wykonywania zawodu kierowcy lub motorniczego będącej rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, z uwagi na brak realnego porozumienia, podlega więc analizie przez pryzmat okoliczności obiektywnych. Sporne pojęcie „zdolności psychofizycznych” nie zostało dalej uszczegółowione w umowie, która też nie odsyła do znaczenia tego pojęcia przyjmowanego na gruncie żadnych aktów prawnych regulujących czy to wykonywanie zawodu kierowcy, czy to świadczenia z zabezpieczenia społecznego.

Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej wyjaśnił, że wymóg przejrzystości warunków umownych wprowadzony przez dyrektywę 93/13 (Dyrektywa Rady nr 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich – przyp. Sądu) nie może zostać zawężony do ich zrozumiałości pod względem formalnym i gramatycznym. Przeciwnie, ponieważ ustanowiony przez dyrektywę 93/13 system ochrony opiera się na założeniu, iż konsument jest stroną słabszą niż przedsiębiorca, między innymi ze względu na stopień poinformowania, omawiany wymóg przejrzystości musi podlegać wykładni rozszerzającej (tak – wyrok z dnia 23 kwietnia 2015 r., C-96/14, pkt 40; podobnie wyroki: K. i K. R., C-26/13, pkt 71, 72; a także M., C-143/13, pkt 73).

Definicja wypadku ubezpieczeniowego ma oczywisty związek z możliwością oszacowania prawdopodobieństwa jego wystąpienia, będącego – obok wysokości sumy ubezpieczenia – jednym z podstawowych czynników branych pod uwagę przy ustalaniu wysokości składki. Wchodząc w stosunek ubezpieczeniowy, zarówno ubezpieczyciel, jak i ubezpieczony, na podstawie umowy winni być w stanie rozsądnie ocenić przyjmowane na siebie ryzyko gospodarcze. Cel umowy ubezpieczenia, jakim jest zapewnienie ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu rzeczywistej ochrony, wymaga, aby umowa lub stanowiące jej część ogólne warunki ubezpieczenia precyzowały, w sposób nie budzący wątpliwości już w chwili zawarcia umowy, jakie zdarzenia są, a jakie nie są objęte odpowiedzialnością zakładu

ubezpieczeń (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 2009 r., III CSK 300/08; z dnia 13 maja 2004 r., V CK 481/03). Umowa ubezpieczenia należy do umów szczególnego zaufania, a jej postanowienia oraz postanowienia OWU ubezpieczyciela powinny być jasne, zrozumiałe i jednoznaczne, aby ubezpieczający przed jej zawarciem miał świadomość ryzyk, które nie są objęte ubezpieczeniem oraz przesłanek, które ograniczają lub wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela. Należy więc wykluczyć taką wykładnię postanowień OWU, by usprawiedliwiła ona odmowę wypłaty odszkodowania w sytuacji gdy ubezpieczający dopiero po zajściu zdarzenia dowiadyuje się, że nie było ono objęte ubezpieczeniem (ww. wyrok w sprawie II CSK 445/17). Samo ustalenie wąskiego zakresu zdarzeń ubezpieczeniowych nie jest samoistnie podstawą do zakwestionowania umowy ubezpieczenia, jeśli jej jednoznaczne sformułowanie pozwala potencjalnemu ubezpieczonemu z góry przewidzieć jakie ryzyko i jakie korzyści będą się dla niego wiązały z przyjęciem oferty ubezpieczyciela. Istotą instrumentów prawnych służących ochronie konsumentów, w tym ubezpieczonych, jest bowiem niwelowanie nierówności i nieprawidłowości w stosunkach z silniejszą przedsiębiorcą, a nie następcze dostosowanie nawiązanych już stosunków do własnych potrzeb konsumenta.

W odniesieniu do okoliczności niniejszej sprawy można wskazać, iż użycie w OWU sformułowania o treści „zdolności psychicznych i zdolności fizycznych do wykonywania zawodu”, bądź „wszelkich zdolności psychicznych i fizycznych” nie pozostawiałoby większych wątpliwości co do rodzaju zdarzenia uruchamiającego obowiązek wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, pozwalając zainteresowanemu ocenić opłacalność zakupu takiego ubezpieczenia za daną składkę. Pojęcie „zdolności psychofizycznych” już się taką jednoznacznością nie cechuje. Nie ulega wątpliwości, że osoba czynnie wykonująca zawód kierowcy ma po temu zdolności psychofizyczne – zespół cech organizmu pozwalający na dopuszczenie tej osoby do pracy. Trzeba więc odpowiedzieć na pytanie czy „utrata zdolności psychofizycznych” oznacza jednocześnie pozbawienie ubezpieczonego wszystkich tych cech, czy owa „utrata” następuje już w chwili zdekompletowania zbioru cech łącznie niezbędnych do pracy w charakterze kierowcy – przynajmniej o jedną z właściwości. Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania o słuszności drugiego rozumienia spornej definicji. Zwrócić można uwagę na okoliczności wprowadzenia zmodyfikowanych postanowień OWU, mianowicie wynegocjowanie ich na potrzeby konkretnej grupy zawodowej – kierowców i motorniczych. Wersja ogólna, punkt wyjścia negocjacji, odnosiła się do całkowitej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek zawodu w dowolnym zawodzie. Ubezpieczyciel nie różnicował podstaw tej niezdolności, nie uzależniał wypłaty świadczenia od wykazania utraty przez ubezpieczonego zdolności zarobkowych ze względów fizycznych, psychicznych, czy obu jednocześnie. Ogólne warunki o kodzie (...) zmodyfikowane w wyniku ustaleń stron Programu Ubezpieczeniowego, powinny być interpretowane w sposób skutkujący zwiększeniem ochrony docelowej grupy zawodowej w porównaniu z sytuacją osób ubezpieczonych na podstawie ogólnych zasad obowiązujących w pozwanym towarzystwie. Zdaniem Sądu Apelacyjnego należy więc przyjąć, że definicja przyjęta w umowie ze związkami zawodowymi zawęża zakres pojęcia niezdolności do pracy – z całkowitej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek zawodu i samodzielnej egzystencji na niezdolność do wykonywania jedynie zawodu kierowcy/motorniczego. Powód zaś bez wątpienia w wyniku choroby znalazł się w stanie takiej niezdolności, co wynika z zaświadczeń lekarskich z 2015 r.

Postanowienia Programu Ubezpieczeniowego i OWU dotyczące praw i obowiązków ubezpieczonych można wprawdzie poddać kontroli z punktu widzenia przepisów o abuzywności umów i wzorców, tj. czy w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami kształtują one prawa i obowiązki ubezpieczonych, rażąco naruszając ich interesy, a w konsekwencji są dla nich niewiążące (art. 385¹ § 1 i nast. k.c.). W realiach niniejszej sprawy nie było po temu potrzeby, skoro powództwo okazało się znajdować swoje oparcie w sposobie interpretacji umowy, bez konieczności eliminowania jej postanowień jako bezskutecznych, a same zarzuty pod adresem abuzywności spornych postanowień zostały sformułowane dopiero w apelacji, na skutek przegrania sporu przez powoda w I instancji.

Wypełnienie umownych przesłanek odpowiedzialności ubezpieczyciela skutkowało powstaniem po stronie powoda prawa do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości determinowanej wykupionym Pakietem dodatkowym (III). Według postanowień umowy świadczenie to wynosi 80 000 zł. Zgromadzone w aktach dokumenty nie zawierają postanowień w przedmiocie terminu wypłaty świadczenia, zatem zastosowaniu podlegać musiały regulacje ustawowe. Generalnie z mocy art. 817 § 1 k.c. ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku, lecz na mocy § 2 przewiduje się,

iż świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności możliwe było wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia. Powód zgłosił pozwanemu zdarzenie ubezpieczeniowe w grudniu 2015 r. Od stycznia do sierpnia 2016 r. trwało postępowanie likwidacyjne, w toku którego zakład ubezpieczeń starał się ustalić stan zdrowia ubezpieczonego, w tym występował bezpośrednio do szpitala o dokumentację medyczną. Wobec spornego charakteru roszczenia i prowadzenia czynności wyjaśniających przez pozwanego, zdaniem Sądu Apelacyjnego należało przyjąć, że w zwłokę pozwany popadł po zakończeniu tych czynności, kiedy pomimo zgromadzenia całego dostępnego materiału potwierdzającego stan niezdolności powoda do pracy, odmówił ostatecznie wypłaty świadczenia. Miało to miejsce 22 sierpnia 2016 r., kiedy do powoda wystosowano ostatecznie pismo w postępowaniu likwidacyjnym, odmawiające zmiany decyzji.

W tym stanie rzeczy, w oparciu o wyżej wymieniony przepis oraz art. 481 § 1 i 2 k.c. Sąd II instancji zasądził na rzecz powoda odsetki ustawowe za opóźnienie od kwoty głównej roszczenia od dnia 22 sierpnia 2016 r. Roszczenie odsetkowe za pozostały, wcześniejszy okres objęty powództwem, podlegało oddaleniu i w tym zakresie apelację należało oddalić.

Konsekwentnie, korekcie podlegało rozstrzygnięcie o kosztach procesu za I instancję. Oddalone roszczenie odsetkowe stanowiło niewielką część ogółu żądania, zatem zasadnym było sięgnięcie do art. 100 zd. 2 k.p.c. i nałożenie na pozwanego obowiązku poniesienia kosztów w całości. Powodowi należał się zwrot kosztów zastępstwa prawnego (5 400 zł) obliczonych na podstawie § 2 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych. Pozwany winien ponadto stosownie do art. 113 ust. 1 u.k.s.c. zwrócić na rzecz Skarbu Państwa opłatę od pozwu (4 000 zł), od której powód był zwolniony.

Z tych względów Sąd Apelacyjny orzekł jak w pkt I i II sentencji na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. i art. 385 k.p.c.

O kosztach procesu w instancji odwoławczej orzeczono na podstawie art. 100 zd. 2 k.p.c., zasądzając na rzecz powoda zwrot kosztów zastępstwa prawnego w wysokości 4 050 zł, obliczonej na mocy § 10 ust. 1 pkt 2 ww. Rozporządzenia. Ponadto na podstawie art. 113 ust. 1 u.k.s.c. należało pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa opłatę od apelacji (4 000 zł), od której powód był zwolniony.

Małgorzata SławińskaKatarzyna Jakubowska – Pogorzelska Joanna Wiśniewska - Sadowska