

Sygn. akt I ACa 207/20

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 grudnia 2020 r.

**Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny w składzie następującym:**

<b>Przewodniczący:</b>	<b>SSA Tomasz Sobieraj (spr.)</b>
<b>Sędziowie:</b>	<b>SA Edyta Buczkowska-Żuk</b> <b>SA Artur Kowalewski</b>
<b>Protokolant:</b>	<b>sekr. sądowy Ewa Zarzycka</b>

po rozpoznaniu w dniu 17 grudnia 2020 r. na rozprawie w Szczecinie

**sprawy z powództwa J. W.**

**przeciwko (...) Towarzystwu (...) spółce akcyjnej w S.**

**o zapłatę**

**na skutek apelacji powoda od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 17 lutego 2020 r. sygn. akt I C 731/19**

- 1. oddala apelację;**
- 2. odstępuje od obciążania powoda na rzecz pozwanego kosztami procesu w postępowaniu apelacyjnym;**
- 3. przyznaje od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie na rzecz adw. U. K. kwotę 2700 (dwa tysiące siedemset) złotych, powiększoną o należny podatek od towarów i usług tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.**

**Artur Kowalewski Tomasz Sobieraj Edyta Buczkowska-Żuk**

Sygn. akt I ACa 207/20

## UZASADNIENIE

Powód J. W. domagał się zasądzenia od pozwanego(...) Towarzystwa (...)spółki akcyjnej w S. na rzecz Banku (...) spółki akcyjnej w W. kwoty 86694,65 złotych wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 26 stycznia 2028 roku do dnia zapłaty.

Strona powodowa powołała się na łączącą strony umowę ubezpieczenia z dnia 23 maja 2016 roku, na podstawie której uprawnionym do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego jest Bank (...) spółki akcyjnej w W., z którym

powód zawarł umowę pożyczki. Zdaniem powoda w okresie ubezpieczenia zaistniał wypadek ubezpieczeniowy, uzasadniający spełnienia świadczenia, albowiem w dniu 20 maja 2019 roku doznał pęknięcia tętniaka tętnicy i krwotoku podpajęczynówkowego, co skutkowało jego trwałą niepełnosprawnością.

Pozwany (...) Towarzystwo (...) spółka akcyjna w S. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda kosztów procesu. Pozwany podniósł, że nie zaistniał przewidziany umową wypadek ubezpieczeniowy.

**Sąd Okręgowy w Szczecinie po rozpoznaniu powyższej sprawy wyrokiem z dnia 17 lutego 2020 roku:**

- w punkcie pierwszym oddalił powództwo,

- w punkcie drugim odstąpił od obciążania powoda kosztami postępowania pozwanego,

- w punkcie trzecim przyznaje adwokat U. K. od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Szczecinie kwotę 3600 złotych plus podatek VAT tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu.

Sąd Okręgowy uzasadniając powyższe rozstrzygnięcie wskazał, że pozwany zasadnie odmówił spełnienia świadczenia na rzecz uprawnionego banku, albowiem pomimo przelewu wierzytelności i wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu objętego ochroną ubezpieczeniową ziściły się przesłanki do niewypłacenia świadczenia określone w § 10 ust. 3 pkt. 1 Warunków Ubezpieczenia.

**Apelację od powyższego wyroku wniósł powód, zaskarżając go w zakresie punktu pierwszego.**

Powód zarzucił zaskarżonemu wyrokowi naruszenie przepisów prawa procesowego, które miało wpływ na treść zaskarżonego rozstrzygnięcia, tj.

1/ art. 233 k.p.c. poprzez wadliwą i wybiórczą ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, polegającą na uznaniu,

- że do powoda zastosowanie ma wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela określone w § 10 ust 3. pkt 1 WU, tj. wystąpienie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek choroby m.in. krwotoku śródmózgowego, bez względu na termin jej zdiagnozowania, w sytuacji gdy powód nie przeszedł krwotoku śródmózgowego, wobec czego brak jest przesłanek do wyłączenia odpowiedzialności pozwanego,

- sąd dokonał błędnej interpretacji klauzul umownych wskazanych w Warunkach Ubezpieczenia tj. § 1 ust 1 pkt 4, 6, 17 oraz 18, a także § 10 ust 1, 2 oraz 3, wskazując, że nie zachodzi Trwała i Całkowita Niezdolność do pracy, bowiem powód ma przyznane prawo do emerytury, podczas gdy Trwałą i Całkowitą Niezdolność do pracy należy rozumieć jako niemożność wykonywania jakiegokolwiek pracy czy też podejmowania jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, co też ma miejsce w przypadku powoda.

2/ art. 278 § 1 k.p.c. poprzez pominięcie dowodu z opinii biegłego w sytuacji, gdy koniecznym było ustalenie m.in. czy powód mając na uwadze jego stan zdrowia przed zdarzeniem był zdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy, podejmowania jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie.

W oparciu o powyższe zarzuty strona powodowa wniosła o zmianę zaskarżonego rozstrzygnięcia poprzez uwzględnienie powództwa w całości oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania za obie instancje względnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji.

W uzasadnieniu apelacji powód podniósł, że sąd pierwszej uznał, że powód objęty był ochroną ubezpieczeniową w zakresie inwalidztwa polegającego na wystąpieniu trwałego uszczerbku na zdrowiu, zaś tymczasem, zgodnie z warunkami umów pozwany odpowiada w przypadku wystąpienia: a/ Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, co rozumiane jest jako stan niesprawności uniemożliwiającej Ubezpieczonemu wykonywania jakiegokolwiek

pracy, podejmowania jakiejkolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenia, potwierdzony stosownym orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych; przyczyna Trwałej i Całkowitej Niezdolności do pracy musi zaistnieć w Okresie Ubezpieczenia (§ 1 ust 3 pkt 17 WU) b/ Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu - powstałego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku (§ 1 ust. 3 pkt 18 WU).

Powód wskazał, że doznał pęknięcia tętniaka które wywołało krwotok podpajęczynówkowy. Obecnie powód jest niezdolny do samodzielnego funkcjonowania. Wymaga stałej opieki, pomocy w podstawowych czynnościach życia codziennego. Zaznaczył, że zgodnie z § 10 ust. 3 WU wyłączenie dotyczy choroby w tym krwotoku śródmózgowego. Krwotok śródmózgowy nie jest natomiast krwotokiem podpajęczynówkowym, i wyłączenie odpowiedzialności go nie obejmuje. Krwotok śródmózgowy to tzw. krwotoczny udar mózgu. Jest to krwawienie do miększego mózgu. Nie należy go mylić z zawałem mózgu i krwotokiem podpajęczynówkowym. Krwotok podpajęczynówkowy to krwawienie występujące między pajęczynówką (jedną z trzech opon mózgowo-rdzeniowych, która znajduje się między oponą twardą a miękką) a oponą miękką mózgu.

Zdaniem powoda – w jego przypadku mogą mieć zastosowanie wyłączenia określone w § 10 ust 1 pkt 2, jednakże wystąpienie chorób tam określonych, by wyłączenie odpowiedzialności pozwanego miało miejsce, to choroba ta musiałaby być zdiagnozowana lub leczona przez lekarza w okresie 3 lat przez zawarciem umowy ubezpieczenia, powód natomiast przed zawarciem umowy ubezpieczenia nigdy nie leczył się na którąkolwiek z chorób wymienionych w § 10 WU.

Powód wskazał, że przed podpisaniem umowy, jak i przed wystąpieniem choroby powód był zdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy, mógł również podejmować jakąkolwiek działalność przynoszącą dochód lub wynagrodzenie. Osoby pobierające emeryturę nie są osobami niezdolnymi do pracy. Powód wskazał, że dopiero po zdarzeniu z dnia 20 maja 2017 roku stał się całkowicie niezdolny do pracy i osiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Powód podkreślił, że Warunki Ubezpieczenia zawierają sprzeczne ze sobą postanowienia tj. definicja wskazana w § 1 pkt 4 odnosząca się do definicji Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy (pkt 17) oraz Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, mają inne znaczenie niż wskazane w § 2 ust. 2 pkt 3 i 4. Zgodnie z § 1 ust 3 pkt 17 Trwała i Całkowita Niezdolność do pracy odnosi się do każdej niemożliwości wykonywania jakiejkolwiek pracy, podejmowania jakiejkolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie. Natomiast już w § 2 ust. 2 pkt 3 wskazuje, iż Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy rozumiana jest jako brak zdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym.

Powód wskazał, że czuje się pokrzywdzony działaniem pozwanego. Zawierając umowę nie był informowany, że w związku z uzyskaniem prawa do emerytury ubezpieczenie, którym mógłby być objęty, za które zostało od niego pobrane wysokie składki, nie będzie miało do jego sytuacji jakiegokolwiek zastosowania, bowiem w związku z osiągnięciem emerytury ubezpieczenie zostało w znacznym stopniu ograniczone. Postanowienia umowne zaś są niejasne, w stosunku do sytuacji powoda. Ujemne skutki wadliwie opracowanych ogólnych warunków ubezpieczeń, polegające na możliwości dowolnej ich interpretacji, powinny obciążać ubezpieczyciela, jako profesjonalistę i autora tych warunków.

Zdaniem powoda - interpretacja sądu w zakresie klauzul umownej wyłączającej odpowiedzialność ubezpieczyciela jak niezgodna z naturą stosunku prawnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i z zasadami współzycia społecznego - art. 353<sup>1</sup> k.c., kształtując też prawa i obowiązki stron w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu za obie instancje.

### ***Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:***

Apelacja powoda nie zasługuje na uwzględnienie.

Na wstępie wskazać należy, że sąd pierwszej instancji w granicach wniosków stron przeprowadził wszystkie dowody niezbędne do rozstrzygnięcia sprawy, a następnie poddał je ocenie, mieszczącej się w ramach wyznaczonych

dyspozycją art. 233 § 1 k.p.c. i w oparciu o tak zgromadzony i oceniony materiał dowodowy poczynił w badanej sprawie trafne ustalenia faktyczne, które sąd odwoławczy w pełni aprobuje i przyjmuje za własne. Sąd Okręgowy dokonał także co do zasady - z pewnymi zastrzeżeniami, które zostaną omówione w dalszej części uzasadnienia - prawidłowej subsumcji ustalonego stanu faktycznego do obowiązujących norm prawa materialnego.

Przed szczegółową analizą zarzutów apelacji zaznaczyć trzeba, że obowiązek rozpoznania sprawy w granicach apelacji, określony w art. 378 § 1 k.p.c., obejmuje zakaz wykroczenia poza wyznaczone w tym przepisie granice oraz nakaz rozważenia wszystkich podniesionych w apelacji zarzutów i wniosków. Sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiąże go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania (vide mająca moc zasady prawnej uchwała Sądu Najwyższego w składzie 7 sędziów z dnia 31 stycznia 2008 roku, sygn. akt III CZP 49/07, OSNC 2008/6/55), która jednak w badanej sprawie nie zaistniała.

Powód w apelacji sformułował dwojakiego rodzaju zarzutu naruszenia przepisów postępowania.

Po pierwsze, zarzucił zaskarżonemu wyrokowi naruszenie art. 278 § 1 k.p.c. poprzez pominięcie dowodu z opinii biegłego w sytuacji, gdy koniecznym było ustalenie m.in. czy powód mając na uwadze jego stan zdrowia przed zdarzeniem był zdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy, podejmowania jakiejkolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie. Antycypując dalsze rozważania wskazać należy, że sąd pierwszej instancji oddalając wniosek powoda o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego nie wskazał podstawy prawnej tego rozstrzygnięcia pomimo tego, że taki obowiązek wynika z art. 235<sup>2</sup> § 2 k.p.c. Tym niemniej z uzasadnienia zaskarżonego wyroku wynika, że sąd pierwszej instancji zastosował w tym zakresie art. 235<sup>2</sup> § 1 pkt. 2 k.p.c., uznając, że okoliczności, jakie miały być wykazane dowodem z opinii biegłego są pomiędzy stronami bezsporne, a nadto wynikają z innych dowodów. W ocenie sądu odwoławczego powyższe stanowisko jest o tyle wadliwe, że przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego miało służyć ustaleniu okoliczności wymagających wiedzy specjalistycznej, które nie można było ustalić w oparciu o pozostały materiał dowodowy. Tym niemniej Sąd Apelacyjny doszedł ostatecznie do wniosku, że przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego było zbędne, albowiem dotyczyło elementów nieistotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Dotyczyło to zwłaszcza akcentowanej w apelacji kwestii zdolności powoda do wykonywania pracy i podejmowania jakiejkolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, skoro – co zostanie wyjaśnione w dalszej części uzasadnienia – sąd pierwszej instancji trafnie przyjął, że ogólne warunki ubezpieczenia przewidywały, że zakresem ubezpieczenia jest objęte inwalidztwo polegające na wystąpieniu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w przypadku ubezpieczonego zdolnego do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej oraz jednocześnie nieposiadającego prawa do emerytury. Tymczasem z niekwestionowanych przez skarżącego ustaleń faktycznych poczynionych przez sąd pierwszej instancji wynika, że powód zarówno w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, jak i wystąpienia zgłoszonego wypadku ubezpieczeniowego miał ustalone prawo do emerytury, a tym samym bez znaczenia była okoliczność, czy był on uprzednio zdolny do pracy. Z powyższych przyczyn zarzut naruszenia art. 278 k.p.c. nie zasługiwał na uwzględnienie.

Po drugie, powód zarzucił zaskarżonemu wyrokowi naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. Zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów wyrażoną w powyższym przepisie sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie „wszechstronnego rozważenia zebranego materiału”, a zatem, jak podkreśla się w orzecznictwie, z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności [vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 1966 roku, II CR 423/66, OSNPG 1967/5-6/21; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 marca 1999 roku, I PKN 632/98, OSNAPiUS 2000, nr 10, poz. 382; uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z 11 lipca 2002 roku, IV CKN 1218/00, Lex, nr 80266; uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 18 lipca 2002 roku, IV CKN 1256/00, Lex, nr 80267]. Jak ujmuje się w literaturze, moc dowodowa oznacza siłę przekonania uzyskaną przez sąd wskutek przeprowadzenia określonych środków dowodowych na potwierdzenie prawdziwości lub nieprawdziwości twierdzeń na temat okoliczności faktycznych

istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, zaś wiarygodność decyduje o tym, czy określony środek dowodowy, ze względu na jego indywidualne cechy i obiektywne okoliczności, zasługuje na wiarę. Przyjmuje się jednocześnie, że ramy swobodnej oceny dowodów muszą być określone wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, regułami logicznego myślenia oraz pewnego poziomu świadomości prawnej, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność odnosi je do pozostałego materiału dowodowego [vide uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 marca 1980 roku, II URN 175/79, OSNC 1980/10/200; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 roku, II UKN 685/98, OSNAPiUS 2000/17/655; uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 2000 roku, III CKN 1049/99, Lex nr 51627; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2000 roku, IV CKN 1097/00, Lex nr 52624; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 września 2000 roku, V CKN 94/00, Lex nr 52589; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2000 roku, IV CKN 1383/00, Lex nr 52544; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 2001 roku, II UKN 423/00, OSNP 2003, nr 5, poz. 137; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2002 roku, IV CKN 859/00, Lex nr 53923; uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2002 roku, IV CKN 1050/00, Lex nr 55499; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 roku, II CKN 817/00, Lex nr 56906; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 roku, IV CKN 1316/00, Lex nr 80273].

Jak słusznie zauważył Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 19 czerwca 2008 roku [I ACa 180/08, LEX nr 468598], jeżeli z określonego 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. Dla skuteczności zarzutu naruszenia wyżej wymienionego przepisu nie wystarcza zatem stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając. Zwalczenie swobodnej oceny dowodów nie może więc polegać li tylko na przedstawieniu własnej, korzystnej dla skarżącego wersji zdarzeń, lecz konieczne jest - przy posłużeniu się argumentami wyłącznie jurydycznymi - wykazanie, że wskazane w art. 233 § 1 k.p.c. kryteria oceny wiarygodności i mocy dowodów zostały naruszone, co miało wpływ na wyrok sprawy [analogicznie Sąd Apelacyjny w Warszawie w uzasadnieniu wyroku z dnia 10 lipca 2008 roku, VI ACa 306/08].

W okolicznościach niniejszej sprawy, w tym w świetle zarzutów apelacji, nie sposób uznać, aby doszło do naruszenia przez sąd pierwszej instancji normy prawnej zawartej w art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy zgodnie z zasadami logiki i doświadczenia życiowego ocenił bowiem dowody i na ich podstawie wyciągnął trafne wnioski. Jest znamienne, że powód formułując zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. ograniczył się do wskazania, że doszło do wadliwej i wybiórczej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, co przejawiało się:

- po pierwsze w uznaniu, że do powoda zastosowanie ma wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela określone w § 10 ust 3. pkt 1 WU, tj. wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek choroby m.in. krwotoku śródmózgowego, bez względu na termin jej zdiagnozowania, w sytuacji gdy powód nie przeszedł krwotoku śródmózgowego, wobec czego brak jest przesłanek do wyłączenia odpowiedzialności pozwanego,

- po drugie, w dokonaniu błędnej interpretacji klauzul umownych wskazanych w Warunkach Ubezpieczenia tj. § 1 ust 1 pkt 4, 6, 17 oraz 18, a także § 10 ust 1, 2 oraz 3, poprzez uznanie, że nie zachodzi trwała i całkowita niezdolność do pracy, bowiem powód ma przyznane prawo do emerytury, podczas gdy trwałą i całkowitą niezdolność do pracy należy rozumieć jako niemożność wykonywania jakiegokolwiek pracy czy też podejmowania jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, co też ma miejsce w przypadku powoda.

Tym samym skarżący w istocie ograniczył się do zanegowania prawidłowości ustaleń sądu pierwszej instancji w kontekście wykładni postanowień warunków ubezpieczenia mających zastosowanie do łączącej strony umowy ubezpieczenia.

Przed przystąpieniem do analizy powyższego zarzutu zaznaczyć trzeba, że definicja zdarzenia ubezpieczeniowego w umowie dobrowolnego ubezpieczenia na życie może być określona swobodnie w myśl art. 353<sup>1</sup> k.c. Z przepisów art. 65 § 1 i 2 k.c. 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 [vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2004 roku, V CK 481/03] i to przy uwzględnieniu reguł określonych w art. 65 § 2 k.c. [vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 kwietnia 2014 roku, IV CSK 420/13; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2013 roku, IV CNP 80/12; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 1998 roku, I CKN 278/98; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 lipca 2005 roku, III CZP 49/05; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2018 roku, II CSK 445/17]. Przy interpretacji umów ubezpieczenia trzeba mieć na względzie nakazy z art. 15 ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 roku poz. 381), a wcześniej art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2015 roku poz. 1206).

Zauważyć trzeba, że 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 [vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 2018 roku, I PK 28/17; z dnia 21 marca 2018 roku, V CSK 262/17; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 31 sierpnia 2017 roku, 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 [vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 czerwca 2017 roku, 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 apelacji powoda 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 objętych ochroną ubezpieczeniową w postaci inwalidztwa podlega więc analizie przez pryzmat okoliczności obiektywnych.

Sąd odwoławczy zauważył, że 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 roku w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich) 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 [vide wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 23 kwietnia 2015 roku, 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 [vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 2009 roku, III CSK 300/08; z dnia 13 maja 2004 roku, 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 [vide wyrok Sądu Najwyższego dnia 14 marca 2018 roku, 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 silniejszym przedsiębiorcą, a nie następcze dostosowanie nawiązanych już stosunków do własnych potrzeb konsumenta.

W odniesieniu do okoliczności niniejszej sprawy należy wskazać, że zgodnie z umową ubezpieczenia, do której przystąpił powód, zakresem ubezpieczenia było objęte między innymi zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci inwalidztwa. Pojęcie inwalidztwa zostało zdefiniowane w § 1 ust. 3 pkt. 4 Warunków Ubezpieczenia na Życie dla Pożyczkobiorców Banku (...) S.A. Wariant (...), zgodnie z którym inwalidztwo to zdarzenie polegające na wystąpieniu u ubezpiezonego trwałego uszczerbku na zdrowiu [zdefiniowanego w pkt. 18] lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy [zdefiniowanej w pkt. 17], za wyjątkiem przypadków wskazanych w wyłączeniach odpowiedzialności ubezpieczyciela, o których mowa w § 10 niniejszych WU.

W pierwszej kolejności w kontekście zarzutów apelacyjnych należy się odnieść do pojęcia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy. Stosownie do § 1 ust. 3 pkt. 17 Warunków Ubezpieczenia - trwała i całkowita niezdolność do pracy to stan niepełnosprawności uniemożliwiający ubezpieczonemu wykonywanie jakiejkolwiek pracy, podejmowanie jakiejkolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony stosownym orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, przy czym przyczyna trwałej i całkowitej niezdolności do pracy musi zaistnieć w okresie ubezpieczenia. Zaznaczyć jednak należy, że § 1 ust. 3 pkt. 17 Warunków Ubezpieczenia zawiera definicję trwałej i całkowitej niezdolności do pracy dla potrzeb wykładni dalszych postanowień Warunków Ubezpieczenia, natomiast zakres ubezpieczenia wynika z § 2 tychże Warunków Ubezpieczenia. Zgodnie zaś z § 2

ust. 2 pkt. 3 Warunków Ubezpieczenia zakres ubezpieczenia obejmuje inwalidztwo polegające na wystąpieniu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy – w przypadku ubezpieczonego zdolnego do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej oraz jednocześnie nieposiadającego prawa do emerytury. Wbrew zarzutom skarżącego – nie zachodzi sprzeczność pomiędzy treścią postanowień zawartych w § 1 ust. 3 pkt. 17 i § 2 ust. 2 pkt. 3 Warunków Ubezpieczenia. Jak wskazano wyżej - § 1 ust. 3 pkt. 17 Warunków Ubezpieczenia zawiera definicję trwałej i całkowitej niezdolności do pracy jako zdarzenia ubezpieczeniowego stanowiącego jedną z postaci inwalidztwa, natomiast § 2 ust. 2 pkt. 3 Warunków Ubezpieczenia określa zakres ubezpieczenia poprzez odesłanie do pojęcia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy przy jednoczesnym wskazaniu warunków, jakie musi spełnić ubezpieczony celem uzyskania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia powyższego zdarzenia. Podkreślić jednocześnie należy, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia w tym zakresie są jasne i nie powinny budzić wątpliwości przeciętnego odbiorcy. Tym samym powód zawierając umowę ubezpieczenia powinien być świadomy zakresu udzielonej mu ochrony ubezpieczeniowej. Nie można się jednocześnie zgodzić z argumentem powoda, że w świetle powyższego postanowienia umownego nie było możliwe zrealizowanie celu umowy ubezpieczenia. Z okoliczności zawarcia umowy ubezpieczenia wynika, że powyższa umowa ubezpieczenia miała przede wszystkim stanowić jedną z form zabezpieczenia wiarygodności uprawnionego banku z tytułu udzielonej powodowi pożyczki. Z tego względu uzasadniony jest wniosek, że jej celem było udzielenie osobom uprawnionym ochrony ubezpieczeniową w przypadku wystąpienia takich zdarzeń godzących w życie i zdrowie ubezpieczonego, które uniemożliwią lub utrudnią mu spłatę zobowiązania z umowy pożyczki. Wystąpienie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy należy niewątpliwie do tego rodzaju zdarzeń, ale nie w przypadku osób mających ustalone prawo do emerytury, które mają zapewniony stały dochód, w oparciu o który była badana ich zdolność kredytowa. Co więcej, wyłączenie z zakresu ubezpieczenia osób posiadających prawo do emerytury nie oznacza, że nie przysługuje im ochrona ubezpieczeniowa w przypadku inwalidztwa, gdyż z § 2 ust. 2 pkt. 4 Warunków Ubezpieczenia wynika, że w przypadku tego rodzaju osób zakresem ubezpieczenia objęte jest inwalidztwo polegające na wystąpieniu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Konkludując, dokonana w tym zakresie przez sąd pierwszej instancji wykładnia postanowień Warunków Ubezpieczenia jest prawidłowa, albowiem uwzględnia dyrektywy wynikające z art. 65 § 2 k.c. , a zarazem art. 15 ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2019 roku poz. 381), a wcześniej art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2015 roku poz. 1206). Nie można jednocześnie kwalifikować je jako niedozwolone klauzule umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., skoro z jednej strony kształtują główne świadczenia pozwanego ubezpieczyciela i są sformułowane w sposób jednoznaczny, zaś z drugiej strony – z przyczyn opisanych wyżej – nie naruszają dobrych obyczajów.

W konsekwencji, skoro poza sporem pozostaje, że w dacie wystąpienia zdarzenia mającego prowadzić do trwałej i całkowitej niezdolności do pracy powoda, posiadał on ustalone prawo do emerytury, sąd pierwszej instancji zasadnie uznał, że z tego tytułu po stronie pozwanego nie mogło powstać zobowiązanie do wypłaty dochodzonego przez stronę powodową świadczenia.

Odnosząc się do drugiej postaci inwalidztwa objętego zakresem ubezpieczenia to jest trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazać trzeba, że Sąd Okręgowy również w tym zakresie dokonał prawidłowej wykładni relewantnych prawnie postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia. Jak wskazano wyżej - pojęcie to zostało zdefiniowane w § 1 ust. 3 pkt. 18 Warunków Ubezpieczenia na Życie dla Pożyczkobiorców Banku(...)S.A. Wariant (...), zgodnie z którym trwały uszczerbek na zdrowiu to powstała na skutek nieszczęśliwego wypadku: a/ całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad kończyną górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego, poniżej stawu łokciowego, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda, poniżej stawu kolanowego, poniżej środkowej części podudzia, stopą, stopą z wyłączeniem pięty); b/ całkowita fizyczna utrata: kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy); c/ całkowita utrata: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu, przy czym trwały uszczerbek na zdrowiu stwierdza się na podstawie dokumentacji lekarskiej. Zaznaczyć trzeba, że § 1 ust. 3 pkt. 18 Warunków Ubezpieczenia wymaga, aby trwały uszczerbek na zdrowiu powstał na skutek nieszczęśliwego



wypadku. Zgodnie zaś z § 1 ust. 3 pkt. 6 Warunków Ubezpieczenia na Życie dla Pożyczkobiorców Banku (...)S.A. Wariant (...), nieszczęśliwy wypadek to zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego. Dodatkowo z § 1 ust. 3 pkt. 4 Warunków Ubezpieczenia na Życie dla Pożyczkobiorców Banku (...)S.A. Wariant (...) wynika, że nie są traktowane jako inwalidztwo przypadku wskazane w wyłączeniach odpowiedzialności ubezpieczyciela, o których mowa w § 10 WU. Z § 10 ust. 3 pkt. 1 Warunków Ubezpieczenia wynika zaś, że ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu inwalidztwa polegającego na wystąpieniu trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli został on spowodowany w normalnym następstwie choroby, w tym występującej nagle, to jest zawałem serca, udarem mózgu, krwotokiem śródmózgowym.

W rozpoznawanej sprawie poza sporem pozostaje, że u powoda w okresie ubezpieczenia doszło do pęknięcia tętniaka tętnicy podstawowej i krwotoku podpajęczynówkowego. Zwrócić jednak należy uwagę, że nie jest tożsamy z wystąpieniem trwałego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu § 1 ust. 3 pkt. 18 Warunków Ubezpieczenia.

Po pierwsze, powód w ramach podstawy faktycznej powództwa nie powołał się na wystąpienie któregokolwiek ze skutków zdrowotnych wymienionych w tym przepisie polegających na całkowitej fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad kończyną górną [lub określoną jej częścią] albo kończyną dolną [lub jej częścią; całkowitej fizycznej utracie kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy); całkowitej utracie wzroku w obu oczach lub w jednym oku, słuchu w obu uszach lub jednym uchu albo węchu.

Po drugie, w świetle ustalonego stanu faktycznego brak podstaw do przyjęcia, że do ewentualnego rozstroju zdrowia spełniającego powyższego wymogi doszło na skutek nieszczęśliwego wypadku. O ile pęknięcie tętniaka tętnicy podstawowej i wynikający z niego krwotok podpajęczynówkowy ma charakter zdarzenia nagłego i niezależnego od woli ubezpieczeniowego, o tyle jego przyczyną nie jest wyłącznie czynnik działający z zewnątrz. Nie wymaga wiedzy specjalistycznej ustalenie, że do pęknięcia tętniaka tętnicy podstawowej dochodzi w wyniku procesu chorobowego, co jest czynnikiem wewnętrznym.

Po trzecie, sąd pierwszej instancji zasadnie uznał, że ma zastosowanie wyłączenie odpowiedzialności pozwanego wynikające z § 10 ust. 3 pkt. 1 Warunków Ubezpieczenia. Wprawdzie skarżący trafnie wskazał, że krwotok podpajęczynówkowy nie jest tożsamy z krwotokiem śródmózgowym, jednak nie bierze pod uwagę, że wymienione w tej jednostce redakcyjnej jednostki chorobowe w postaci zawału serca, udaru mózgu, krwotoku śródmózgowego są katalogiem otwartym, o czym świadczy sformułowanie „w normalnym następstwie choroby, w tym występującej nagle, to jest ...”. W istocie w świetle powyższego postanowienia umownego ubezpieczyciel nie odpowiada za wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli został on stanowi normalne następstwo każdej choroby. Zwrócić należy bowiem uwagę, że powyższe postanowienie umowne w istocie jedynie stanowi konsekwencji założenia, że zakresem ubezpieczenia jest objęty trwały uszczerbek na zdrowiu powstały na skutek nieszczęśliwego wypadku. Ze swej istoty samoistny proces chorobowy nie spełnia wymogów nieszczęśliwego wypadku z uwagi na wewnętrzny charakter czynnika prowadzącego do uszczerbku na zdrowiu. Taka wykładnia powyższych postanowień umownych nie narusza także istoty łączącego strony stosunku ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel może bowiem zaproponować produkt ubezpieczeniowy ograniczony tylko do niektórych postaci ryzyka w zakresie szkody na osobie.

W konsekwencji sąd pierwszej instancji zasadnie uznał, że po stronie pozwanego nie zostały spełnione przesłanki warunkujące powstanie zobowiązanie do wypłaty dochodzonego przez stronę powodową świadczenia z tytułu inwalidztwa polegającego na trwałym uszczerbku na zdrowiu.

Oznacza to, że rozstrzygnięcie zawarte w zaskarżonym wyroku okazało się w pełni prawidłowe, co uzasadniało oddalenie apelacji powoda jako bezzasadnej. Z tego względu na podstawie art. 385 k.p.c. orzeczono jak w punkcie pierwszym sentencji.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. W rozpoznawanej sprawie – biorąc pod uwagę, że apelacja powoda została oddalona - uznać trzeba, że co do zasady powinien on zwrócić pozwanemu koszty postępowania apelacyjnego. Sąd odwoławczy uznał jednak, że w badanej

sprawie zaistniały szczególne okoliczności w rozumieniu art. 102 k.p.c. uzasadniające odstąpienie od obciążenia powoda kosztami procesu – wynikające z jednej strony ze złego stanu zdrowia powoda, jego podeszłego wieku i problemów finansowych, zaś z drugiej strony – ze specyfiki przedmiotu sporu mogące uzasadniać przekonanie powoda o zasadności jego powództwa. Z tego względu rozstrzygnięto jak w punkcie drugim sentencji

O kosztach nieopłaconej pomocy udzielonej z urzędu powodowi orzeczono w punkcie trzecim sentencji na podstawie § 8 pkt 6 w związku z § 16 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu.

Artur Kowalewski Tomasz Sobieraj Edyta Buczkowska-Żuk