

Sygn. akt I Ca 356/13

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Dnia 26 lutego 2014 r.**

Sąd Okręgowy w Elblągu I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Arkadiusz Kuta /spr./

Sędziowie: SO Aleksandra Ratkowska

SO Dorota Twardowska

Protokolant: st. sekr. sąd. Danuta Gołębiewska

po rozpoznaniu w dniu 26 lutego 2014 r. w Elblągu

na rozprawie

sprawy z powództwa T. Ł.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanej

od wyroku Sądu Rejonowego w Ostródzie

z dnia 28 października 2013 r., sygn. akt I C 216/13

1. oddala apelację;

2. zasądza od pozwanej A.(...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powódki T. Ł. kwotę 1.200 zł (jeden tysiąc dwieście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu za drugą instancję.

Sygn. akt I Ca 356/13

## UZASADNIENIE

T. Ł. wniosła o zasądzenie od A.(...)Spółki Akcyjnej w W. kwoty 20.805 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty i kosztami procesu. W uzasadnieniu podała, że w okresie od 6 marca 2012 roku do 6 marca 2013 roku strony łączyła umowa (...) (...) oraz (...). Zgodnie z tą umową pozwany zobowiązał się wypłacić powódce kwotę w wysokości 20.805 zł w wypadku zaistnienia zdarzenia objętego ryzykiem ubezpieczeniowym. Mimo wystąpienia takiego zdarzenia pozwany nie wypłacił świadczenia.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Podał, że rozpoznane u powódki schorzenie nie skutkuje całkowitą, trwałą i nieodwracalną niezdolnością do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej. W przypadku powódki przeciwwskazana jest jedynie praca w rolnictwie. Tym samym nie spełniono przesłanek określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia uprawniających do wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy. Nie kwestionowano wysokości świadczenia.

Wyrokiem z dnia 28 października 2013 roku Sąd Rejonowy w Ostródzie:

I. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 20.805 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 7 marca 2013 roku do dnia zapłaty,

II. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 2.596,97 zł tytułem zwrotu kosztów procesu,

III. nakazał ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 1.041 zł tytułem opłaty od pozwu.

Ustalił Sąd pierwszej instancji, że powódka zawarła z pozwanym umowę (...)i dodatkową umowę (...). Przedmiotem ubezpieczenia było życie i zdrowie osoby ubezpieczonej. W okresie ubezpieczenia obowiązywała suma ubezpieczenia w wysokości 20.805 zł.

W okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, we wrześniu 2010 roku, zdiagnozowano u powódki nowotwór złośliwy lewej piersi. Po leczeniu wystąpiły powikłania w postaci zaburzeń pamięci i równowagi oraz obrzęków lewej kończyny górnej. Skutkiem pojawienia się powikłań po leczeniu jest całkowita i trwała niezdolność powódki do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej. Niezdolność ta datuje się od dnia pierwszej wykonanej u powódki operacji tj. od dnia 20 września 2010 roku.

W dniu 20 października 2011 roku powódka zgłosiła pozwanemu żądanie wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. Pozwany odmówił wypłaty świadczenia.

W dniu 7 lutego 2012 roku orzeczeniem (...) powódka została uznana za trwale i całkowicie niezdolną do pracy w gospodarstwie rolnym. W obecnym stanie zdrowia powódka nie może podjąć żadnej pracy w normalnych warunkach. Powódka posiada wykształcenie podstawowe. Dla takiej osoby przepisy przewidują 83 możliwe do wykonania zawody. Wszystkie z nich są to prace fizyczne, które są przeciwwskazane w przypadku powódki.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że okoliczności faktyczne w istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy kwestiach ustalono na podstawie przedstawionych przez strony dokumentów, zeznań świadków i opinii biegłego, których prawdziwość i wiarygodność nie budziły zasadniczych wątpliwości. W szczególności Sąd pierwszej instancji dał wiarę opinii biegłego, uznając, że zawiera ona jednoznaczne i logiczne wnioski. Sąd Rejonowy podkreślił, że biegły J. M. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny pracy. Opinia lekarza onkologa może być jedynie opinią pomocniczą, określającą aktualny stan zdrowia powódki i rokowania na przyszłość. Ponieważ ustalenie tej okoliczności nie było niezbędne do wyjaśnienia powstałych w sprawie wątpliwości, a przeprowadzenie wnioskowanego przez pozwanego dowodu w tym zakresie powodowałoby nieuzasadnione przedłużenie postępowania i zwiększenie kosztów procesu, Sąd pierwszej instancji oddalił wniosek pozwanego o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego onkologa.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że w niniejszej sprawie problem sprowadzał się do ustalenia czy powódka spełniła przesłanki do wypłaty świadczenia określone § 1 ust. 1 pkt 4 ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia tj. czy rozpoznana u powódki jednostka chorobowa i powikłania po jej leczeniu skutkowały całkowitą, trwałą, nieodwracalną niezdolnością do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, która rozpoczęła się w czasie ochrony ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała – zaistniałych także w czasie ochrony ubezpieczeniowej – i która trwa w czasie ochrony ubezpieczeniowej nieprzerwanie przez dwanaście miesięcy, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny. Zdaniem Sądu pierwszej instancji zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w tym w szczególności opinia biegłego J. M., jednoznacznie wskazuje, iż powikłania powstałe po leczeniu uniemożliwiają powódce świadczenie jakiejkolwiek pracy. Powódka z uwagi na stan zdrowia zachowała zdolność do pracy jedynie na stanowisku odpowiednio przystosowanym do stopnia i charakteru naruszenia sprawności organizmu. Przyczyną niezdolności do pracy są powikłania po leczeniu, nie sam nowotwór. Dla osoby o pierwszym poziomie kwalifikacji zawodowej jaki posiada powódka mogłaby ona wykonywać jeden z 83 zawodów. Wszystkie polegają na wykonaniu prac fizycznych, co w przypadku schorzeń występujących u powódki, jest przeciwwskazane. W rzeczywistości powódka nie może trwale, w sposób ciągły i nieodwracalny podjąć jakiejkolwiek działalności zarobkowej. Mając na uwadze okoliczność, iż niezdolność do pracy rozpoczęła się w czasie ochrony

ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia i trwała w czasie ochronny ubezpieczeniowej nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny, Sąd pierwszej instancji uwzględnił powództwo.

W apelacji (...) Spółki Akcyjnej w W.zaskarżono powyższy wyrok w całości, zarzucając:

1) naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 65 k.c. polegające na błędnej wykładni oświadczenia woli stron zawartego w umowie ubezpieczenia - w § 1 ust. 1 pkt 4 ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia w razie niezdolności do pracy przez przyjęcie, że dla stwierdzenia zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego z tytułu niezdolności do pracy wystarczające jest ustalenie, że osoba ubezpieczona jest trwale i całkowicie niezdolna do pracy, którą mogłaby wykonywać ze względu na swoje wykształcenie i doświadczenie zawodowe, podczas gdy prawidłowa wykładnia umowy ubezpieczenia wskazuje, że przesłanką przyjęcia odpowiedzialności pozwanego z tytułu niezdolności do pracy jest ustalenie, że osoba ubezpieczona stała się trwale i całkowicie niezdolna do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej,

2) naruszenie prawa procesowego, które miało istotny wpływ na treść zaskarżonego wyroku, a w szczególności art. 233 §1 k.p.c. przez:

- przyjęcie za wiarygodną i wystarczającą do rozstrzygnięcia sprawy opinii biegłego J. M. i uznaniu, iż powódka jest trwale i całkowicie niezdolna do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, podczas gdy opinia ta była wewnętrznie sprzeczna;

- przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przy ocenie opinii biegłego J. M. oraz wykładni umowy ubezpieczenia w zakresie uznania, że powódka jest osobą trwale i całkowicie niezdolną do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, podczas gdy z materiału dowodowego, w tym opinii biegłego J. M. wynikało, że powódka jest częściowo zdolna do wykonywania pracy i tym samym nie spełnia wszystkich przesłanek niezdolności do pracy w rozumieniu postanowień umowy ubezpieczenia,

- błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że powódka stała się osobą trwale i całkowicie niezdolną do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, podczas gdy z wydanej w sprawie opinii biegłego wyraźnie wynikało, że powódka zachowała częściową zdolność do wykonywania pracy,

- oddalenie wniosku dowodowego o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego, pomimo iż na tle opinii biegłego J. M. pojawiły się istotne wątpliwości.

Mając na uwadze powyższe zarzuty skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości, ewentualnie jego uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania. Nadto domagał się zasądzenia od powódki kosztów procesu za instancję odwoławczą.

W uzasadnieniu wskazano, że Sąd pierwszej instancji błędnie założył, że dla stwierdzenia spełnienia przesłanek warunkujących wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w myśl postanowień zawartej umowy ubezpieczenia wystarczające jest ustalenie, że osoba ubezpieczona nie może wykonywać dotychczasowej pracy, czy pracy zgodnej z jej dotychczasowym wykształceniem. Zdaniem skarżącego przesłanki tego rodzaju nie wynikają z warunków zawartej pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia i nie mają znaczenia przy ocenie stopnia niezdolności do pracy powódki. Dla oceny tej istotny jest wyłącznie stan zdrowia osoby, w tym jej zdolność do wykonywania określonych aktywności życiowych. Wskazano, iż zgodnie z warunkami ubezpieczenia, niezdolność do pracy jest niezdolnością do jakiejkolwiek działalności zarobkowej, w dowolnej formie i czasie zatrudnienia. Błędna wykładnia warunków umowy ubezpieczenia skutkowałą, w ocenie pozwanego, przyjęciem przez Sąd Rejonowy błędnego wniosku, że w przypadku powódki zaistniały okoliczności, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 4 ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia. Nadto skarżący nie zgodził się z twierdzeniem Sądu pierwszej instancji, że opinia biegłego J. M. była jednoznaczna i zawierała logiczne wnioski. Skoro bowiem z treści tej opinii wynikało, że powódka zachowała częściową zdolność do wykonywania pracy, to jest mogłaby wykonywać prace na stanowisku odpowiednio

przystosowanym do stopnia i charakteru naruszenia sprawności organizmu, to tym samym brak jest podstaw do przyjęcia, że powódka jest całkowicie, trwale i nieodwracalnie niezdolna do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej. Zdaniem skarżącego błąd w ustaleniach faktycznych oraz dokonanie błędnej wykładni postanowień warunków umowy ubezpieczenia doprowadził Sąd pierwszej instancji do niesłusznego przekonania, że sprawa została już dostatecznie wyjaśniona i nie było konieczności zasięgnięcia dodatkowej opinii biegłego na okoliczność ustalenia, czy powódka jest osobą niezdolną do pracy, o co wnosił pozwany w toku postępowania.

Powódka wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów procesu za drugą instancję.

Sąd Okręgowy ustalił i zważył, co następuje :

Apelacja (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W.okazała się bezzasadna .

Sąd odwoławczy przyjmuje za własne ustalenia faktyczne poczynione w pierwszej instancji , a zatem nie ma potrzeby ich ponownego , pełnego przytaczania . Trzeba zresztą wskazać , że po części były to okoliczności pomiędzy stronami bezsporne . Obecnie wskazać trzeba tylko , że nie kwestionowano związania stron umową (...)” i dodatkową umową (...), a w tym treścią ogólnych warunków umowy oznaczonych numerem (...), a zatem także literalnej treści § 1 pkt 1 ppkt 2 , 4 , 6 , § 2 pkt 1 i 2 , § 3 pkt 1 ppkt 4 i § 6 pkt 1 . Wiadomo zatem , że przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie T. Ł., a pozwana Spółka udzieliła jej ochrony polegającej na wypłacie świadczenia w razie niezdolności powódki do pracy . Zdarzeniem ubezpieczeniowym uzasadniającym wypłatę było powstanie u T. Ł.stanu całkowitej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek działalności nakierowanej na osiągnięcie przychodu , wykonywanej w jakiejkolwiek formie prawnej , z dodatkowym wyłączeniem spod ochrony niezdolności pozostającej w związku z chorobą umysłową lub zaburzeniami psychicznymi i z tym zastrzeżeniem , że niezdolność do pracy rozpoczęła się w czasie ochrony ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała , zaistniałych w czasie trwania tej ochrony , trwała nieprzerwanie w czasie ochrony przez 12 miesięcy , a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny . Spełnienie tych warunków uzasadnia wypłatę kwoty wskazanej w dokumencie ubezpieczenia .

Z przytoczonych postanowień uwaga apelanta koncentruje się na § 1 pkt 1 ppkt 4 . I w tym przypadku jednak poza sporną kwestią całkowitej niezdolności powódki do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej , pozostałe regulowane tam zagadnienia były niesporne , to jest ziściły się przesłanki odnoszące się do czasu powstania rozstroju zdrowia i trwania niezdolności do pracy . Za wtórne zaś uznać można było warunki trwałego i nieodwracalnego wyłączenia zdolności do pracy . Ściśle rzecz ujmując poczynienie ustaleń odnośnie całkowitej niezdolności powódki do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej , co było kontestowane przez apelanta , powodowało że takie jej dalsze cechy jak trwałość i nieodwracalność nie były już podważane . Pozwana Spółka nie kwestionowała także wysokości roszczenia .

Apelant upatruje sedna sporu w pominięciu przez Sąd Rejonowy , że zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego zależy tylko od stanu zdrowia ubezpieczonego i jego zdolności do wykonywania określonych aktywności życiowych . Sądząc jednak po literalnej treści ogólnych warunków ubezpieczenia zachowanie aktywności życiowej wyklucza możliwość przyjęcia niezdolności do pracy . Zakładać trzeba przecieź , że osiągnięcie przychodu możliwe jest nawet przy drastycznie ograniczonych rozstrojem zdrowia lub uszkodzeniem ciała zdolnościach motorycznych . W zasadzie wystarczy zachowanie świadomości u ubezpieczonego pozbawionego władzy nad ciałem aby wykluczyć niezdolność do uzyskiwania przychodów z jakiegokolwiek potencjalnego źródła , niezależnie od właściwości ubezpieczonego . Wydawało się , że literalnie wysłowiono w ogólnych warunkach ubezpieczenia założenie , że ochroną objęte będą tylko przypadki pozostawiania bez rzeczowego kontaktu z innymi przyczyn niż choroba umysłowa czy zaburzenia psychiczne bo tylko wtedy wykluczone jest podejmowanie „ działalności ” ( § 1 ust. 1 pkt 2 ) . Okazuje się zatem , że Sąd pierwszej instancji rozumiał treść wiązającej strony umowy inaczej - w sposób adekwatny do opisanego w apelacji , to jest odnosząc się jednak do stanu zdrowia powódki oceniał czy jest ona zdolna do podejmowania aktywności życiowych przynoszących dochód . W takim też kierunku zmierzała argumentacja pełnomocnika pozwanej Spółki przedstawiona w toku rozprawy apelacyjnej . Odżegnywał się on od przedstawionego wyżej literalnego rozumienia terminu „ całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek działalności nakierowanej na osiągnięcie przychodu

” wskazując raczej na warunek ustalenia odpowiednio wysokiego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu niżli rozumowania polegającego na ustaleniu czy istnieją jakiegokolwiek potencjalne, niezależne od wieku, predyspozycji, wykształcenia, stanu majątkowego itp. możliwości podjęcia przez ubezpieczonego działań osobistych, w jakiegokolwiek formie prawnej ( wykonywanie wolnego zawodu, którego nie zdobył lub kapitału, którego nie posiada ), które będą przynosić przychód ( nawet nie źródła utrzymania, dochód czy zysk ). Podawał przecież, że ubezpiecza się konkretną osobę i to od jej zdrowia zależy wypłata świadczenia ( 16 minuta 55 sekunda - 16.55 - rozprawy apelacyjnej z 22 stycznia 2014 roku, tamże 18.40, 20.10 ). Nie chodzi zatem wcale o ustalenia czy ubezpieczony może wykazywać przejawy aktywności fizycznej lub psychicznej służące uzyskiwaniu przychodów .

Sąd Rejonowy nie zakładał, że wypłatę świadczeń uzasadnia niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy, a niezdolność do pracy fizycznej jako wykluczonej ze względu na stan zdrowia powódki, a jednocześnie jedynej, którą z uwagi na swoje możliwości mogłaby wykonywać. Termin „ jakakolwiek działalność zarobkowa ” należało zatem rozumieć adekwatnie do zdolności ubezpieczonego. Do czynienia takich ustaleń wystarczyło przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu medycyny pracy, z której wynika, że doszło u niej do amputacji lewej piersi oraz węzłów pachowych z następczym obrzękiem limfatycznym lewej kończyny górnej. Przesłuchanie świadka E. Ł. pozwoliło zaś na ustalenie, że powódka potrzebuje pomocy w wykonywaniu zwykłych czynności życia codziennego. Wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego chirurga onkologa zasadnie oddalono skoro przedmiotem opinii było zagadnienie zdolności do działalności zarobkowej, a nie ocena diagnostycznych i terapeutycznych aspektów leczenia powódki.

W tym stanie rzeczy, na mocy art. 385 k.p.c., apelację oddalono.

O kosztach procesu za drugą instancję orzeczono na mocy art. 98 §§ 1 i 3 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. - adekwatnie do wyników postępowania apelacyjnego, w którym pozwana Spółka uległa w całości. Koszty te ograniczały się do wynagrodzenia pełnomocnika w wysokości 1.200 zł ( § 6 pkt 5 w zw. z § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu – tekst jednolity z 2013 r. Dziennik Ustaw poz. 490 ).