

Sygn. akt I Ca 30/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 marca 2014 r.

Sąd Okręgowy w Elblągu I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Ewa Pietraszewska /spr./

Sędziowie: SO Aleksandra Ratkowska

SO Krzysztof Nowaczyński

Protokolant: st. sekr. sąd. Danuta Gołębiowska

po rozpoznaniu w dniu 19 marca 2014 r. w Elblągu

na rozprawie

sprawy z powództwa C. B. (1)

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Rejonowego w Elblągu

z dnia 29 czerwca 2012 r. sygn. akt IX C 402/11

uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi Rejonowemu w Elblągu do ponownego rozpoznania pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach instancji odwoławczej.

Sygn. akt I Ca 30/14

UZASADNIENIE

Powód C. B. (1)wniósł o zasądzenie od (...) S.A. w W.kwoty 66.520,87 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu oraz zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych z tytułu umowy ubezpieczenia kredytu gotówkowego.

Pozwane (...) w W.wniosło o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w wysokości dwukrotności norm przepisanych wskazując, że powód nie ma legitymacji czynnej do wystąpienia z roszczeniem, albowiem stronami umowy z dnia 10 listopada 2008r. był (...) S.A.- jako ubezpieczający i jednocześnie uprawniony do wystąpienia z roszczeniem o wypłatę świadczenia do ubezpieczyciela i pozwany – jako ubezpieczyciel. Nadto powód – w ocenie strony przeciwnej - nie przedstawił decyzji ZUS, wykazującej, że jest on osobą trwale i całkowicie niezdolną do pracy.

Sąd Rejonowy w Elblągu wyrokiem z dnia 29 czerwca 2012r. oddalił powództwo i zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 3.617 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Rozstrzygnięcie było wynikiem następujących ustaleń i wynikających z nich wniosków:

Powód C. B. (1) zawarł w dniu 10 listopada 2008r. - za pośrednictwem (...) Spółką Akcyjną w L. - z (...) Spółką Akcyjną w W. umowę kredytu gotówkowego na łączną kwotę 42,749,24 zł, w tym kwota kredytu wynosiła 28.300 zł, opłata przygotowawcza - 250 zł, prowizja - 1.887,46 zł i opłata z tytułu, ubezpieczenia w (...) S.A w W. - 12.311,78 zł. Powód był zobowiązany do spłaty kredytu wraz z odsetkami i opłatą za obsługę kredytową w 72 ratach miesięcznych, poczynając od 14 grudnia 2008r. W § 13 umowy powód złożył deklarację objęcia go ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez (...) S.A, w charakterze ubezpieczającego, nadto upoważnił (...) S.A. do odbierania w jego imieniu wszelkich oświadczeń i informacji, do których przekazywania ubezpieczonemu obowiązany jest zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem, wykonywaniem i zmianą umowy ubezpieczenia. Nadto wyraził zgodę na wskazanie uprawnionego przez (...) S.A.

Nie było w sprawie kwestionowane, że pozwane (...) S.A. w W. od dnia 04 października 2004r. łączy z (...) S.A. w L. umowa ubezpieczenia na życie kredytobiorców.

Niespornie, w dniu 04 grudnia 2008. powód uległ wypadkowi przy pracy i doznał urazu kręgosłupa szyjnego i piersiowo - lędźwiowego. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego skutkuje u powoda znacznym ograniczeniem ruchomości i wymaga leczenia operacyjnego. W związku z tym powód utracił zdolność wykonywania pracy mechanika samochodowego, przy czym leczenie operacyjne rokuje poprawę stanu zdrowia. Obecnie – jak wskazał Sąd Rejonowy - nie można określić, czy niezdolność do pracy miała charakter trwały, gdyż powód jest w okresie leczenia. Również stan neurologiczny powoda nie powoduje utraty zdolności do wykonywania pracy, jeżeli planowane przez neurochirurga leczenie operacyjne wypukliny jądra miążdżystego na poziomie C3-C4 dojdzie do skutku. Na skutek wypadku powód został jednak w dniu 12 sierpnia 2009r. uznany przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za całkowicie niezdolnego do pracy do 31 sierpnia 2010r., który to okres przedłużano kolejno do 31 lipca 2011r. i 31 lipca 2012r.

Przed Sądem pierwszej instancji wykazano, że powód zapłacił na rzecz banku trzy pierwsze raty kredytu - w łącznej kwocie 2.901,12 zł. Pismem z dnia 27 lipca 2009r. (...) S.A. wypowiedział jednak powodowi umowę kredytu ze skutkiem na dzień 15 września 2009r., a to z uwagi na zaległość w spłacie w wysokości 4.710,35 zł. Następnie (...) S.A. w W. wystawił bankowy tytuł egzekucyjny, któremu Sąd Rejonowy w Elblągu, postanowieniem z dnia 02 września 2010r. nadał klauzulę wykonalności.

Powód, pismem z dnia 12 czerwca 2009r., za pośrednictwem (...) S.A. w L., wystąpił do pozwanego (...) S.A. w W. o spłatę kredytu ze świadczenia ubezpieczeniowego - z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy. Pozwany wydał jednak negatywną decyzję wskazując, że do uznania żądania powoda za zasadne konieczne jest przedstawienie przez niego odpowiedniej decyzji ZUS - wraz z dokumentacją lekarską, z której wynikać będzie trwała i całkowita niezdolność powoda do pracy, która to powstałaby w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

W ocenie Sądu Rejonowego powód, zawierając za pośrednictwem (...) S.A. w L. umowę kredytu gotówkowego z (...). S.A. w W., przystąpił do umowy ubezpieczenia na życie z dnia 04 października 2004r. z (...) S.A. w W., zawartej przez (...) S.A. z ubezpieczycielem. Jest to umowa ubezpieczenia, określona w art. 829 k.c. i art. 805 w zw. z art. 808 k.c., tj. umowa ubezpieczenia osobowego, zawarta na cudzy rachunek. Stronami tej umowy jest (...) S.A. - jako ubezpieczający oraz pozwany - jako zakład ubezpieczeń. Powód jest ubezpieczonym, który zawarł za pośrednictwem (...) S.A. umowę kredytu i złożył deklarację uczestnictwa w umowie ubezpieczenia, której przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie kredytobiorców. Powód nie jest jednak stroną umowy ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 808 § 3 k.c., ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej. Jak wynika z § 1 ust. 2 pkt 3 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, stanowiących załącznik nr 3 do umowy ubezpieczenia, uprawnionym do otrzymania świadczenia od ubezpieczyciela, w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, jest (...) S.A. lub osoba

wskazana przez ten podmiot. Powód nie posiada więc – zdaniem Sądem Rejonowym - legitymacji do dochodzenia świadczenia na podstawie umowy ubezpieczenia.

Ponadto, w ocenie Sądu orzekającego, nie zachodziły okoliczności uzasadniające żądanie zapłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia. Zgodnie z § 2 tego załącznika, przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego, a ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia w postaci zgonu ubezpieczonego oraz trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego, powstała na skutek wypadku, jak i z przyczyn innych, niż wypadek. Podstawą do wypłaty świadczenia przez pozwanego jest wystąpienie po stronie powoda trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, tj. zgodnie z § 1 ust. 2 pkt 9 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, trwałych zmian w stanie zdrowia ubezpieczonego powstałych w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, na podstawie których lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzekł trwałą niezdolność do pracy. Do uznania zasadności świadczenia konieczne jest przedstawienie odpowiedniej decyzji ZUS wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską. Powód został wprawdzie uznany za całkowicie niezdolnego do pracy, ale nie trwale, a jedynie okresowo, co potwierdzili również w trakcie procesu przed Sądem I instancji biegli sądowi z zakresu chirurgii urazowej oraz z zakresu neurologii.

Sąd Rejonowy wskazał nadto w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, że na podstawie art. 207 § 3 k.p.c. oddalił wniosek powoda o dopuszczenie dowodu z opinii neurochirurga, urologa i okulisty na okoliczność związku przyczynowego uszkodzenia kręgosłupa szyjnego u powoda z jego stanem zdrowia oraz możliwością wykonywania pracy oraz na okoliczność, że niezdolność do wykonywania pracy ma charakter trwały.

Apelacja powoda C. B. (1), wniesiona od wyroku Sądu pierwszej instancji, została oddalona wyrokiem Sądu Okręgowego w Elblągu z dnia 17 października 2012r.

Sąd Okręgowy podzielił ocenę Sądu pierwszej instancji, że powód, który nie jest stroną umowy ubezpieczenia, jako osoba trzecia, nie jest uprawniony do żądania wypłaty świadczenia z tej umowy w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego. Nie zmienia tego okoliczność obciążenia powoda składką ubezpieczeniową w wysokości 12.311,78 zł, której obowiązek opłacenia obciążał ubezpieczającego. Przepis zawarty w art. 808 § 2 k.c. w zakresie, w jakim stanowi, że roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu, nie jest przeszkodą do przeniesienia przez ubezpieczającego kosztów zapłaty składki na ubezpieczonego. Nie jest uzasadniony przy tym zarzut, że powód, będąc ubezpieczonym, nie korzysta z żadnej ochrony, gdyż przysługuje mu chociażby powództwo o ustalenie, że jego wypadek był wypadkiem ubezpieczeniowym, z którym wiąże się obowiązek spełnienia przez ubezpieczyciela - pozwanego, przewidzianego w umowie świadczenia. Przesądza to, stosownie do art. 805 § 1 k.c., o konieczności spełnienia przewidzianego na wypadek jego wystąpienia świadczenia (tak w wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 22 lutego 2012r., I ACa 752/11).

Sąd Okręgowy zauważył, że ustawodawca - w odniesieniu do umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek - wprowadził unormowania z zakresu ochrony konsumenckiej, rozciągając je na osoby nie będące stroną umowy ubezpieczenia. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w której przedmiot ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby, art. 385¹-385³ k.c. stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego (art. 808 § 4 i 5 k.c.). Ubezpieczony ma więc prawo kwestionowania postanowień umownych spełniających kryteria klauzul abuzywnych, a tym samym powoływania się na brak związania tymi postanowieniami. W apelacji jednak – jak podkreślił Sąd II instancji - nie wskazano konkretnych zapisów dotyczących praw i obowiązków ubezpieczonego, które stanowią niedozwolone postanowienia umowne, co powodowało, że zarzut ten nie mógł być przedmiotem rozważań Sądu odwoławczego.

Wskazano dalej, że powód, niezależnie od żądania zasądzenia kwot z tytułu pozostałego do spłaty kredytu, żądał zasądzenia tego, co świadczył w wykonaniu umowy kredytowej, a co w jego przekonaniu stanowiło świadczenie nienależne, gdyż obowiązek spełnienia świadczenia miał wyłącznie ubezpieczyciel oraz odszkodowania - w wysokości poniesionych kosztów postępowania egzekucyjnego. Te roszczenia nie wynikały bezpośrednio z umowy ubezpieczenia,

ale pozostawały z nią w związku. Powód jednak – w ocenie Sądu Okręgowego - nie udowodnił, że spełnione przez niego świadczenie było nienależne, gdyż zaistniał wypadek ubezpieczeniowy, który spowodował przerzucenie obowiązku spłaty kredytu na pozwanego. Według postanowień załącznika do umowy ubezpieczenia, do uznania zasadności świadczenia konieczne jest przedstawienie odpowiedniej decyzji ZUS - wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską. W świetle kategoriycznych postanowień umowy, wykazywanie przez powoda innymi środkami dowodowymi, w tym opiniami biegłych, że jest trwale i całkowicie niezdolny do pracy, było niedopuszczalne. Dlatego prawidłowo Sąd Rejonowy oddalił dalsze wnioski powoda o dopuszczenie dowodu z opinii neurochirurga, urologa i okulisty na okoliczność związku przyczynowego uszkodzenia kręgosłupa szyjnego u powoda z jego stanem zdrowia oraz możliwością wykonywania pracy.

Błędne było także – w ocenie Sądu Okręgowego - stanowisko powoda, że warunek wykazania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy stosownym orzeczeniem orzecznika ZUS jest niewykonalny. Treść przepisów art. 13 ust. 3, art. 24a, art. 27a, jak i art. 101 a ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2009 r. Nr 153, póź. 1227 ze zm., dalej: „u.e.r.”) nie stanowi przeszkody orzeczeniu trwałej niezdolności do pracy.

Od wyroku Sądu Okręgowego skargę kasacyjną wniósł powód, który zaskarżył go w całości.

W ramach pierwszej podstawy kasacyjnej zarzucił naruszenie art. 805 § 1, art. 807 § 1, art. 808 § 3 i § 5 k.c. w zw. z art. 385¹-385³ k.c., art. 3 ust. 1, art. 5, art. 6 ust. 1 pkt 4 i 6, art. 11 ust. 1 - 4 ustawy z dnia 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 199, póź.1673 ze zm., dalej: „u.u.s.w.p.”) W ramach drugiej podstawy kasacyjnej zarzucił naruszenie art. 207 § 6, art. 217 § 1 i 2, art. 232 oraz art. 381 i art. 382 k.p.c.

W konsekwencji powód wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i poprzedzającego go wyroku Sądu Rejonowego w Elblągu z dnia 29 czerwca 2012r. i przekazanie sprawy do ponownego jej rozpoznania przez Sąd Rejonowy w Elblągu, ewentualnie wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy - przez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda dochodzonego roszczenia, zgodnie z żądaniem pozwu.

Wyrokiem z dnia 12 września 2013r. Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu w Elblągu do ponownego rozpoznania.

W uzasadnieniu Sąd Najwyższy wskazał, że rozpoznana sprawa wiąże się z umową ubezpieczenia osobowego zawieraną przez ubezpieczającego z zakładem ubezpieczeń (ubezpieczycielem) na cudzy rachunek (ubezpieczonego). W okolicznościach sprawy stronami umowy były: pozwane (...), jako ubezpieczyciel, oraz (...) Spółka Akcyjna jako ubezpieczający. Powód natomiast miał jedynie status ubezpieczonego. Sytuacja prawna ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek jest specyficzna, gdyż mimo, że nie jest on stroną umowy ubezpieczenia na podstawie art. 808 § 3 k.c., to co do zasady może żądać spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. W razie wyłączenia prawa ubezpieczonego do bezpośredniego żądania świadczenia od ubezpieczyciela, ubezpieczający może dochodzić tego świadczenia od ubezpieczyciela na rzecz ubezpieczonego. W Szczegółowych Warunkach Ubezpieczenia (§ 1 ust. 2 pkt 3), stanowiących załącznik do umowy ubezpieczenia, wyłączono uprawnienie powoda, jako ubezpieczonego, do dochodzenia świadczenia od ubezpieczyciela. Sąd Najwyższy wskazał, że w skardze kasacyjnej podniesiono, iż postanowienie zawarte w umowie ubezpieczenia, dotyczące tej kwestii, miało charakter klauzuli abuzywnej. Z uzasadnienia zaskarżonego wyroku wynika, że zarzut, iż postanowienia umowy ubezpieczenia zawierają klauzule abuzywne, był podnoszony także w postępowaniu apelacyjnym. Brak odniesienia się Sądu drugiej instancji do tego zarzutu, wymagającego poczynienia przy tym dodatkowych ustaleń faktycznych, nie pozwalał – w ocenie Sądu Najwyższego - na odparcie zarzutu naruszenia art. 808 § 5 w zw. z art. 385¹-385³ k.c. Nie przesądzając więc merytorycznie tego zarzutu, Sąd Najwyższy zwrócił uwagę na to, że nie może zostać uznane za abuzywne postanowienie umowne, którego treść jest zgodna z treścią przepisu ustawowego o charakterze dyspozytywnego - w rozważanym przypadku w art. 808 § 3 k.c. - który przewiduje możliwość wyłączenia uprawnienia ubezpieczonego do żądania świadczenia bezpośrednio od

ubezpieczyciela. Należy jednak - w ocenie Sądu Najwyższego - mieć na względzie, że przepis ten jest częścią całościowej regulacji umowy ubezpieczenia, zakładającej, zgodnie z art. 805 § 1 i art. 808 § 2 k.c., że to ubezpieczający, a nie ubezpieczony, ponosi ciężar zapłaty składki ubezpieczycielowi. Należy wobec tego rozważyć, czy w sytuacji, gdy ubezpieczony, do którego mają zastosowania szczególne zasady ochrony, stosowane wobec konsumenta, ponosi ekonomiczny ciężar zapłaty składki ubezpieczeniowej przekazywanej ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego, co wprost przewidywała umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy pozwanym i (...) S.A.w L.- wynikająca z art. 808 § 3 k.c. możliwość wyłączenia uprawnienia ubezpieczonego do dochodzenia bezpośrednio od ubezpieczyciela świadczenia ma charakter nieograniczony, czy też w określonych sytuacjach, np. odmowy dochodzenia świadczenia przez ubezpieczającego, powinien zostać przewidziany mechanizm umożliwiający ubezpieczonemu dochodzenie roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Postanowienie umowne, które wyłącza prawo ubezpieczonego do dochodzenia spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela w razie odmowy realizacji tego prawa przez ubezpieczającego, prowadzi bowiem niewątpliwie do znacznego utrudnienia w uzyskaniu przez ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej.

Następnie Sąd Najwyższy zauważył, że drugą przyczyną oddalenia powództwa była ocena Sądu Okręgowego, że powód nie udowodnił zajścia wypadku ubezpieczeniowego, gdyż nie przedstawił dowodu jego zaistnienia w postaci odpowiedniej decyzji ZUS stwierdzającej całkowitą i trwałą niezdolność do pracy.

Odnosząc się do tego aspektu sprawy, Sąd Najwyższy uznał, że należy odróżnić dwa zagadnienia: określenia wypadku ubezpieczeniowego oraz sposobu wykazania (udowodnienia), że zaszedł wypadek ubezpieczeniowy. Obie kwestie wiążą się z zapisami zawartymi w § 2 ust. 3 i § 1 ust. 2 pkt 9 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia. Według pierwszego z nich, ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia, gdy m.in. trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała na skutek wypadku, jak i z przyczyn innych, niż wypadek. Natomiast według drugiego z nich, trwała i całkowita niezdolność do pracy to trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, na podstawie których lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeka trwałą niezdolność do pracy. Do uznania zasadności świadczenia konieczne jest więc przedstawienie odpowiedniej decyzji ZUS - wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską. Ostateczna decyzja o uznaniu świadczenia należy do zakładu ubezpieczeń. Odwołanie się Sądu drugiej instancji do konieczności przedłożenia odpowiedniej decyzji ZUS oraz przepisów u.e.r. posługujących się pojęciami trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oznacza, że użytym w umowie ubezpieczenia pojęciom „trwałej” i „całkowitej” niezdolności do pracy ubezpieczonego nadał on takie znaczenie, jakie w odniesieniu do takich samych pojęć przyjęto w przepisach wyżej wymienionej ustawy.

Sąd Najwyższy wyjaśnił, że w przepisach ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, podobnie jak w kodeksie cywilnym (por. art. 991 § k.c. i art. 444 § 2 k.c.), ustawodawca posługuje się - oprócz pojęciem „trwałej niezdolności do pracy” - także pojęciami: „całkowitej” lub „częściowej” niezdolności do pracy. W odniesieniu do trwałej niezdolności do pracy, parametrem wyznaczającym zakres tego pojęcia jest czasokres trwania niezdolności do pracy, natomiast w odniesieniu do całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy - parametrem wyznaczającym zakres tych pojęć jest stopień utraty zdolności do pracy. Z punktu widzenia pierwszego parametru, utrata zdolności do pracy może mieć charakter trwały lub czasowy, przy czym w każdym z tych przypadków może to obejmować osobę, która utraciła zarówno całkowicie, jak i częściowo zdolność do pracy. Zmiana niezdolności do pracy z okresowej na trwałą nie ma bowiem wpływu na ocenę stopnia niezdolności do pracy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 czerwca 2009r., III UK 19/09, nie publ.). Sąd Najwyższy wskazał, że trafnie przyjął Sąd Okręgowy - co starał się podważyć skarżący - że przepisy u.e.r. nie wyłączają możliwości stwierdzenia trwałej niezdolności do pracy. Podkreślono, że również przepisy ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych posługują się pojęciami „niezdolności do pracy” oraz „całkowitej” lub „częściowej” niezdolności do pracy. Przepisy tej ustawy nie zawierają jednak uregulowań określających pojęcia całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy. Wobec braku przepisów odrębnych do określenia pojęć „całkowitej” lub „częściowej” oraz „trwałej” i „czasowej” niezdolności do pracy, mają odpowiednie zastosowania przepisy u.e.r., co znajduje potwierdzenie m.in. w art. 17 ust. 1 u.u.s.w.p. Sąd Najwyższy wskazał, że nawet doznanie stałego uszczerbku na zdrowiu, uzasadniające przyznanie jednorazowego odszkodowania na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 1 u.u.s.w.p, nie przesądza o tym, że ubezpieczony utracił całkowicie i trwale niezdolność do pracy. Również przyznanie renty na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 5 tej ustawy nie

przesądza o całkowitej i trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego. Może tak być wówczas, gdy podstawą tych świadczeń było uznanie, że ubezpieczony - na skutek wypadku - stał się nie tylko całkowicie, ale i trwale niezdolny do pracy, według przepisów u.e.r. Uwzględniając powyższe uznano więc, że Sąd Okręgowy, odwołując się do przepisów u.e.r. przy wykładni pojęć „trwałej” i „całkowitej” niezdolności do pracy, nie naruszył art. 3 ust. 1, art. 5, art. 6 ust. 1 pkt 4 i 6, art. 11 ust. 1 - 4 u.u.s.w.p.

Mimo niezasadności omówionego wyżej zarzutu, za uzasadniony Sąd Najwyższy uznał jednak zarzut naruszenia art. 381 i art. 382 k.p.c. Zwrócono uwagę, że na etapie postępowania apelacyjnego powód wniósł o przeprowadzenie nowych dowodów, w postaci orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 5 lipca 2012r. oraz decyzji ZUS z dnia 24 lipca 2012r., tj. dokumentów powstałych już po dacie wydania wyroku Sądu pierwszej instancji - w celu wykazania doznania przez powoda trwałej i całkowitej niezdolności do pracy. Sąd Okręgowy pominął jednak przeprowadzenie tych dowodów, a w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku niezasadnie nie odniósł się do złożonego wniosku dowodowego.

Za uzasadniony Sąd Najwyższy uznał też zarzut naruszenia art. 207 § 6 w zw. z art. 217 § 1 i 2 oraz art. 232 k.p.c. przez uznanie, że Sąd pierwszej instancji nie naruszył tych przepisów z tej przyczyny, że wnioski dowodowe powoda o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych były bezprzedmiotowe dla rozstrzygnięcia sprawy, gdyż jedynym dowodem, którym powód mógł wykazać całkowitą i trwałą niezdolność do pracy, wobec kategoriycznych postanowień umowy ubezpieczenia, była odpowiednia decyzja ZUS.

Zwrócono uwagę, że Sąd Okręgowy, odwołując się do postanowienia umowy ubezpieczenia, przewidującego konieczność przedłożenia odpowiedniej decyzji ZUS w celu wykazania zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, nie odniósł się do zagadnienia, czy to postanowienie, zawarte w § 1 ust. 2 pkt 9 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, jest wiążące dla powoda oraz dla sądu. Podkreślono, że niewątpliwie omawiane postanowienie umowy dotyczy wyłącznie sposobu wykazania, że zaszedł wypadek ubezpieczeniowy, nie określa zaś przesłanki materialnoprawnej powstania obowiązku spełnienia przez ubezpieczyciela świadczenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia. Świadczy o tym wyraźnie nie tylko omówiona wcześniej wykładnia pojęcia wypadku ubezpieczeniowego, obejmującego całkowitą i trwałą niezdolność do pracy, ale również treść § 1 ust. 2 pkt 9 Szczególnych Warunków Umowy, według którego, do uznania zasadności świadczenia, konieczne jest przedstawienie odpowiedniej decyzji ZUS wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską, a ostateczna decyzja o uznaniu świadczenia należy do zakładu ubezpieczeń. Powołane postanowienie umowy w istocie – co podkreślił Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku - nakłada na ubezpieczonego obowiązek udziału w postępowaniu o udzielenie świadczeń z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz udostępnienia ubezpieczycielowi wydanej w odniesieniu do niego w tym postępowaniu odpowiedniej decyzji ZUS. Należy mieć przy tym na względzie, że omawiane postanowienie umowne ogranicza możliwość uzyskania ochrony ubezpieczeniowej w razie sporu z ubezpieczycielem, uzależniając ją nie tylko od wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego, ale także od uzyskania przez ubezpieczonego - jako uczestnika postępowania o świadczenia z ubezpieczenia społecznego - kwalifikowanego dowodu wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego, w postaci odpowiedniej decyzji ZUS. Sąd Najwyższy zauważył przy tym, że w umowie ubezpieczenia przewidziano z jednej strony obowiązek wykazania wypadku ubezpieczeniowego odpowiednią decyzją ZUS, z drugiej zaś strony zapewniono uprawnienie ubezpieczyciela do weryfikacji istnienia podstaw odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, co obejmuje także możliwość podważania przez ubezpieczyciela przyjętej w decyzji ZUS kwalifikacji, że ubezpieczony jest całkowicie i trwale niezdolny do pracy. Sąd Okręgowy nie ocenił, czy w ogóle w świetle przepisów k.p.c. oraz przepisów odnoszących się do umów ubezpieczeń, z uwzględnieniem także art. 385¹-385³ w zw. z art. 808 § 5 k.c., skuteczne są postanowienia umów ubezpieczenia, ograniczające w sporze sądowym sposób dowodzenia istnienia podstaw odpowiedzialności cywilnoprawnej zakładu ubezpieczeń.

W toku ponownego rozpoznania sprawy przez Sąd Okręgowy powód C. B. (2) podtrzymał apelację.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja zasługiwała na uwzględnienie. Sąd pierwszej instancji – w ocenie Sądu odwoławczego - nie rozpoznał istoty sprawy, a w szczególności nie odniósł się do tych kwestii prawnych, na które wskazał w uzasadnieniu swojego wyroku Sąd Najwyższy.

Przede wszystkim, Sąd pierwszej instancji, pomimo podniesionego przez powoda w tej kwestii zarzutu, nie rozważył, czy postanowienie zawarte w § 1 ust. 2 pkt 3 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, w którym wyłączono uprawnienie powoda, jako ubezpieczonego do dochodzenia świadczenia od ubezpieczyciela, miało charakter klauzuli abuzywnej.

W tym względzie postępowanie dowodowe przed Sądem I instancji będzie musiało być uzupełnione, gdyż bez dodatkowych ustaleń faktycznych odniesienie się do tego zarzutu nie jest obecnie możliwe. Oceniając tę kwestię należy uwzględnić, na co zwrócił uwagę w swym uzasadnieniu Sąd Najwyższy, że przepis art. 808 § 3 k.c., który przewiduje możliwość wyłączenia uprawnienia ubezpieczonego do żądania świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, jest częścią całościowej regulacji umowy ubezpieczenia zakładającej zgodnie z art. 805 § 1 i art. 808 § 2 k.c. i że to ubezpieczający, a nie ubezpieczony, ponosi ciężar zapłaty składki ubezpieczeniowej. Sąd pierwszej instancji będzie musiał rozważyć, czy w sytuacji, gdy ubezpieczony, do którego mają zastosowanie szczególne zasady ochrony stosowanej wobec konsumenta, ponosi ekonomiczny ciężar zapłaty składki ubezpieczeniowej przekazywanej ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego – co przewidywała umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy pozwanym i (...) Spółką Akcyjną w L. – wynikająca z art. 808 § 3 k.c. możliwość wyłączenia uprawnienia ubezpieczonego do dochodzenia bezpośrednio od ubezpieczyciela świadczenia ma charakter nieograniczony. Sąd Rejonowy zastanowi się, czy postanowienie umowne, które wyłącza prawo ubezpieczonego do dochodzenia spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela, w razie odmowy realizacji tego prawa przez ubezpieczającego, nie kształtuje praw ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Kolejną kwestią wymagającą rozstrzygnięcia przez Sąd pierwszej instancji będzie ustalenie, czy w niniejszej sprawie zaszedł przewidziany w umowie wypadek ubezpieczeniowy.

W pierwszej kolejności należy jednak przesądzić, czy w świetle przepisów k.p.c. oraz przepisów odnoszących się do umów ubezpieczeń - z uwzględnieniem także art. 385¹- 385³ w zw. z art. 808 § 5 k.c. - skuteczne są postanowienia umowy ubezpieczenia, ograniczające w sporze sądowym sposób dowodzenia istnienia podstaw odpowiedzialności cywilnoprawnej zakładu ubezpieczeń. Sąd pierwszej instancji będzie musiał zatem zastanowić się, czy wiążące dla niego oraz dla powoda jest postanowienie § 1 ust. 2 pkt 9 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, który przewiduje m. in., że do uznania zasadności świadczenia ubezpieczonego konieczne jest przedstawienie odpowiedniej decyzji ZUS - wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską. Oceniając omawiane postanowienie umowne Sąd pierwszej instancji uwzględni, że nie dotyczy ono przesłanki materialnoprawnej powstania obowiązku spełnienia przez ubezpieczyciela świadczenia przewidzianego w umowie świadczenia, a dotyczy ono jedynie sposobu wykazania, że zaszedł wypadek ubezpieczeniowy. Nadto Sąd Rejonowy będzie miał na uwadze, to co akcentował w swym uzasadnieniu Sąd Najwyższy, a mianowicie, że powołane postanowienie umowne ogranicza możliwość uzyskania ochrony ubezpieczeniowej w razie sporu z ubezpieczycielem, uzależniając ją nie tylko od wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego, ale także od uzyskania przez ubezpieczonego – jako uczestnika postępowania o świadczenie z ubezpieczenia społecznego – kwalifikowanego dowodu wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego w postaci odpowiedniej decyzji ZUS. Zauważyć także trzeba, że w umowie ubezpieczenia przewidziano z jednej strony obowiązek wykazania wypadku ubezpieczeniowego odpowiednią decyzją ZUS, z drugiej zaś strony zapewniono – jedynie ubezpieczycielowi uprawnienie do weryfikacji istnienia podstaw odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, co obejmuje także możliwość podważania przez ubezpieczyciela przyjętej w decyzji ZUS kwalifikacji w przypadku jego uznania, że ubezpieczony jest całkowicie i trwale niezdolny do pracy.

W tym kontekście Sąd Rejonowy zastanowi się, czy i w jakim zakresie zasadnym będzie uwzględnienie wniosków dowodowych zgłoszonych przez powoda o dopuszczenie dowodu z opinii neurochirurga, urologa i okulisty.

Dokonując zaś ostatecznie ustaleń, czy zdarzenie, które miało miejsce w dniu 04 grudnia 2008r., spowodowało u powoda trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, Sąd Rejonowy weźmie pod uwagę przede wszystkim fakt, że

zgodnie z umową, trwale zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego miały powstać w okresie trwania odpowiedzialności pozwanego zakładu ubezpieczeń. Okres ubezpieczenia w niniejszej sprawie kończy się wraz z upływem roku 2014, a złożone do akt orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 26 sierpnia 2013r. (k. 307) potwierdza, że został on uznany za całkowicie niezdolnego do pracy do 31 sierpnia 2016r. Także z porównania tych faktów Sąd Rejonowy poczyni stosowne wnioski w kontekście przyjęcia istnienia przesłanki skutkującej odpowiedzialnością pozwanego, a polegającej na konieczności wykazania, że ubezpieczony - w wyniku wypadku przy pracy - jest całkowicie i trwale niezdolny do pracy w okresie trwania tej odpowiedzialności.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy, na podstawie art. 386 § 4 k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Rejonowemu w Elblągu do ponownego rozpoznania.

O kosztach instancji odwoławczej orzeczono na podstawie art. 108 § 2 k.p.c.