



Sygn. akt IV CSK 91/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 września 2013 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Dariusz Dończyk (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Irena Gromska-Szuster

SSN Marian Kocon

Protokolant Izabela Czapowska

w sprawie z powództwa C. B.

przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie "W." Spółce Akcyjnej

w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej

w dniu 12 września 2013 r.,

skargi kasacyjnej powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w E.

z dnia 17 października 2012 r.,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Okręgowemu w E. do ponownego rozpoznania
i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.**

Uzasadnienie

Powód C. B. wniósł o zasądzenie od Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „W.” S.A. kwoty 66.520,87 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu.

Sąd Rejonowy w E., wyrokiem z dnia 29 czerwca 2012 r., oddalił powództwo. Ustalił, że powód w dniu 10 listopada 2008 r. zawarł za pośrednictwem Ż. S.A. z K. Bank S.A. 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 12.311,78 zł w Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie „W.” S.A. Powód był zobowiązany do spłaty kredytu wraz z odsetkami i opłatą za obsługę kredytową w 72 ratach miesięcznych, począwszy od 14 grudnia 2008 r. W § 13 umowy powód złożył deklarację objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej przez Ż. S.A. w charakterze ubezpieczającego, nadto upoważnił Ż. 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 oraz wyraził zgodę na wskazanie uprawnionego przez Ż. S.A. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „W.” S.A. łączy z Ż. S.A. od dnia 4 października 2004 r. umowa ubezpieczenia na życie kredytobiorców.

W dniu 4 grudnia 2008 r. 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 nie można określić by 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 miażdżystego na poziomie C3-C4 dojdzie do skutku. Na skutek wypadku powód został uznany przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w dniu 12 sierpnia 2009 r.

za całkowicie niezdolnego do pracy do 31 sierpnia 2010 r., który to okres przedłużano do 31 lipca 2011 r. i 31 lipca 2012 r.

Powód zapłacił trzy pierwsze raty kredytu w łącznej kwocie 2.901,12 zł. Pismem z dnia 27 lipca 2009 r., K. Bank S.A. wypowiedział powodowi umowę kredytu ze skutkiem na dzień 15 września 2009 r. z uwagi na zaległość w wysokości 4.710,35 zł. Następnie K. Bank S.A. wystawił bankowy tytuł egzekucyjny, któremu Sąd Rejonowy w E., postanowieniem z dnia 2 września 2010 r., nadał klauzulę wykonalności.

Powód, pismem z dnia 12 czerwca 2009 r., wystąpił, za pośrednictwem C. C. Żagiel S.A., do Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „W.” S.A. o spłatę kredytu ze świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy. Pozwany wydał negatywną decyzję, wskazując, iż do uznania świadczenia konieczne jest przedstawienie przez powoda odpowiedniej decyzji ZUS wraz z dokumentacją lekarską, z której wynikać będzie trwała i całkowita niezdolność do pracy, która powstała w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

W ocenie Sądu Rejonowego powód, zawierając za pośrednictwem Ż. S.A. umowę kredytu gotówkowego z K. Bank. S.A., przystąpił do umowy ubezpieczenia na życie z dnia 4 października 2004 r. z Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie „W.” S.A. zawartej przez Ż. S.A. 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 Ż. S.A. jako ubezpieczający oraz pozwany jako zakład ubezpieczeń. Powód jest ubezpieczonym, który zawarł za pośrednictwem Ż. S.A. umowę kredytu i złożył deklarację uczestnictwa w umowie ubezpieczenia, której przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie. 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 Ż. S.A. lub osoba wskazana przez ten podmiot. Powód nie posiada więc legitymacji do dochodzenia świadczenia na podstawie umowy ubezpieczenia.

Ponadto 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 biegli sądowi z zakresu chirurgii urazowej oraz z zakresu neurologii.

Sąd pierwszej instancji 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 wniesiona od wyroku Sądu pierwszej instancji została oddalona wyrokiem Sądu Okręgowego z dnia 17 października 2012 r.

Sąd Okręgowy podzielił ocenę Sądu pierwszej instancji, że powód, który nie jest stroną umowy ubezpieczenia, jako osoba trzecia, nie jest uprawnionym 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 obciąża ubezpieczającego. Przepis zawarty w art. 808 § 2 k.c. w zakresie, w jakim stanowi, iż 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 2012 r., I ACa 752/11).

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 nie wskazano jednak konkretnych zapisów dotyczących praw i obowiązków ubezpieczonego, które stanowią niedozwolone postanowienia umowne.

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 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, iż 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 stanowisko powoda, że warunek wykazania trwałej i niezdolności do pracy stosownym orzeczeniem orzecznika ZUS jest niewykonalny. Treść przepisów art. 13 ust. 3, art. 24a, art. 27a, jak i art. 101a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2009 r. Nr 153, poz. 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 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. Nr 199, poz.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. Powód wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i poprzedzającego go wyroku Sądu Rejonowego z dnia 29 czerwca 2012 r. i przekazanie sprawy do ponownego jej rozpoznania przez Sąd Rejonowy, 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.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Rozpoznając apelację, Sąd Okręgowy rozpatrzył zasadność powództwa na podstawie aż trzech podstaw prawnych: jako obejmującego żądanie spełnienia świadczenia przez zakład ubezpieczeń z umowy ubezpieczenia, jako żądania opartego na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu dotyczącego zwrotu części kwot zapłaconych przez powoda z tytułu umowy kredytowej oraz jako żądania dotyczącego zapłaty odszkodowania za szkodę poniesioną przez powoda wskutek poniesienia kosztów egzekucyjnych. Na rozstrzygnięciu odnośnie do żądania spełnienia przez pozwanego świadczenia na podstawie umowy ubezpieczenia zaważyła ocena Sądu Okręgowego, że powód jako osoba ubezpieczona, niebędąca stroną umowy ubezpieczenia, nie była uprawniona do dochodzenia od pozwanego zakładu ubezpieczeń, jako ubezpieczyciela, świadczenia z umowy ubezpieczenia. Podstawą negatywnego rozstrzygnięcia dla powoda żądania opartego na podstawie dwóch pozostałych podstaw prawnych była ocena Sądu Okręgowego, że powód nie udowodnił zajścia wypadku ubezpieczeniowego uzasadniającego spełnienie świadczenia przez ubezpieczyciela.

Odnośnie do pierwszego zagadnienia, rozpoznana sprawa wiąże się z umową ubezpieczenia osobowego zawieraną przez ubezpieczającego z zakładem ubezpieczeń (ubezpieczycielem) na cudzy rachunek (ubezpieczonego). Stronami takiej umowy, przewidzianej w art. 808 § 1 k.c., są ubezpieczyciel i ubezpieczający. Ubezpieczony nie jest stroną umowy, jest natomiast stroną stosunku ubezpieczenia. Ubezpieczający działa w imieniu własnym, ale na cudzy rachunek. W okolicznościach sprawy, jak to prawidłowo przyjęły sądy *meriti*, stronami umowy były: pozwane Towarzystwo Ubezpieczeniowe, jako ubezpieczyciel, oraz Ż. S.A., jako ubezpieczający. Powód natomiast miał status ubezpieczonego. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej było życie i zdolność zarobkowania ubezpieczonego, a zarazem kredytobiorcy, który za pośrednictwem Ż. S.A. zawarł umowę kredytu z K.Bank S.A.

Zawieranie umów ubezpieczenia na cudzy rachunek jest często stosowane w praktyce bankowej w ramach współpracy z instytucjami ubezpieczeniowymi (tzw. zjawisko *bancassurance*); obok umowy kredytowej oferuje się kredytobiorcy dodatkowy produkt w postaci umowy ubezpieczenia - zazwyczaj grupowej -

obejmującej ubezpieczenie na życie bądź zdrowie kredytobiorcy. Umowa ubezpieczenia, towarzysząca zawarciu umowy o kredyt, chroni z jednej strony interes ubezpieczonego w razie zajścia przewidzianych w niej wypadków uniemożliwiających bądź znacznie utrudniających wykonanie obowiązków z umowy kredytowej, z drugiej strony, pośrednio interes banku zainteresowanego wykonaniem obowiązków z umowy kredytowej przez ubezpieczonego kredytobiorcę. 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., co do zasady, może żądać spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. Niezależnie od tego, według art. 808 § 4 k.c., ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków ubezpieczonego. Ponadto, zgodnie z art. 808 § 5 k.c., jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹-385³ k.c. stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Oznacza to, że w takich przypadkach można poddać kontroli postanowienia umów ubezpieczeń dotyczące praw i obowiązków ubezpieczonego z punktu widzenia wskazanych przepisów, tj. czy w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami kształtują one prawa i obowiązki ubezpieczonego, rażąco naruszając jego interesy (tzw. klauzule abuzywne), a w konsekwencji są dla niego niewiążące (art. 385¹ § 1 w zw. z art. 808 § 5 k.c.).

Z art. 808 § 2 k.c. wynika, że roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu, co ma bezpośrednio związek z regulacją zawartą w art. 805 § 1 k.c., według którego ubezpieczający zobowiązuje się w umowie ubezpieczenia zapłacić składkę. Przepisy te nie stanowią jednak przeszkody do przeniesienia ciężaru finansowego opłacenia składek na ubezpieczonego, niebędącego stroną umowy ubezpieczenia. Taka praktyka jest powszechnie stosowana w praktyce bankowej, gdy wraz z umową kredytu kredytobiorcy oferowane jest przystąpienie do umowy ubezpieczenia w charakterze ubezpieczonego. Tak było też w przypadku powoda. Z umowy

ubezpieczenia grupowego, zawartej pomiędzy pozwanym i Ż. S.A., wynika bowiem, iż to ubezpieczający opłaca składki na rzecz ubezpieczyciela, jednakże w sytuacji, gdy ubezpieczony wyraził zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową i zapłatę kwoty stawki ubezpieczeniowej. Wbrew jednak stanowisku skarżącego, okoliczność, że poniósł on, jako ubezpieczony, ekonomiczny ciężar zapłaty składki ubezpieczeniowej nie oznacza, iż uzyskał przez to status ubezpieczającego, a tym samym status strony umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 805 § 1 k.c.

Artykuł 808 § 3 k.c. przewiduje, że ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej. 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. W skardze kasacyjnej podniesiono, że 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, jednakże wobec niewskazania przez apelującego konkretnych zapisów postanowień umowy, którego dotyczył ten zarzut, Sąd Okręgowy merytorycznie go nie ocenił. Jest jednak oczywiste, że względu na zakres sporu między stronami, że zarzut ten dotyczył m.in. wyłączenia uprawnienia powoda, jako ubezpieczonego, do dochodzenia świadczenia z umowy ubezpieczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Brak odniesienia się Sądu drugiej instancji do tego zarzutu, wymagającego poczynienia przy tym dodatkowych ustaleń faktycznych, nie pozwala na odparcie zarzutu naruszenia art. 808 § 5 w zw. z art. 385¹-385³ k.c. Nie przesądzając więc merytorycznie tego zarzutu, należy zwrócić uwagę na to, że *prima facie* nasuwa się wniosek, że nie może zostać uznane za abuzywne postanowienie umowne, którego treść jest zgodna z treścią przepisu ustawowego o charakterze dyspozytywnym - w rozważanym przypadku w art. 808 § 3 k.c. - który przewiduje możliwość wyłączenia uprawnienia ubezpieczonego do żądania świadczenia bezpośrednio od

ubezpieczyciela. Należy jednak 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 Ż. S.A. - 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 niewątpliwie do znacznego utrudnienia w uzyskaniu przez ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej. Nie zmienia tej oceny nawet stanowisko wyrażone w wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 22 lutego 2012 r., I ACa 752/11, powołanym w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku dla uzasadnienia braku uprawnienia powoda do dochodzenia świadczenia z umowy ubezpieczenia. Nawet korzystny dla ubezpieczonego wynik postępowania o ustalenie, że dane zdarzenie było wypadkiem ubezpieczeniowym, nie oznacza, że ubezpieczony może skutecznie wyegzekwować od ubezpieczyciela należne świadczenie. W razie niespełnienia dobrowolnie świadczenia przez ubezpieczyciela nadal tylko podmiot uprawniony do dochodzenia tego świadczenia mógłby wystąpić o jego spełnienie. W takim przypadku, ubezpieczonemu przysługiwałyby jedynie roszczenia odszkodowawcze albo z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia wobec osoby uprawnionej do żądania spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia względnie w stosunku do zakładu ubezpieczeń. Taki jednak skomplikowany prawnie i uzależniony, zazwyczaj, od spełnienia dodatkowych warunków np. zapłaty świadczeń z umowy kredytowej, sposób doprowadzenia przez ubezpieczonego do uzyskania świadczenia równoważnego w skutkach

ekonomicznych do świadczenia z umowy ubezpieczenia, niewątpliwie istotnie ogranicza możliwość uzyskania ochrony ubezpieczeniowej. Dodać także należy, iż poza zakresem rozstrzygnięcia w sprawie o ustalenie, czy dane zdarzenie było wypadkiem ubezpieczeniowym pozostawałoby nie mniej istotne i niekiedy sporne kwestie, jak wysokość należnego od ubezpieczyciela świadczenia, termin jego wymagalności, czy zakres czasowy ochrony ubezpieczeniowej np. w razie rozwiązania umowy o kredyt.

Drugą przyczyną oddalenia powództwa ocenianego na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu oraz o odpowiedzialności za szkodę - abstrahując od wykraczających poza podstawy kasacyjne kwestii dotyczących istnienia materialnoprawnych podstaw tej odpowiedzialności - 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, należy odróżnić, czego wyraźnie nie uczynił Sąd Okręgowy, 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 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 przedstawienie odpowiedniej decyzji ZUS wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską. Ostateczna decyzja o uznaniu świadczenia należy do zakładu ubezpieczeń. W myśl powołanych wyżej zapisów wypadkiem ubezpieczeniowym jest więc trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała na skutek wypadku, jak i z przyczyn innych niż wypadek, która polega na takiej zmianie stanu zdrowia ubezpieczonego powstałej w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, na podstawie których lekarz

orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeka trwałą niezdolność do pracy. Należy przy tym podkreślić, że skoro w postanowieniu umownym jest użyte sformułowanie „na podstawie których lekarz orzecznik ZUS orzeka (...)” a nie „orzekł” trwałą niezdolność do pracy, oznacza to, że chodzi tu o sytuację, która obiektywnie, według właściwych przepisów, uzasadnia orzeczenie przez lekarza orzecznika ZUS o trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego. Ostatecznie bowiem dla uzyskania świadczenia z umowy ubezpieczenia nie jest istotne orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, lecz przedstawienie „odpowiedniej decyzji wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską”. 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. Należy mieć na uwadze, przed dalszymi rozważaniami, że przepisy zarówno powołanej przez Sąd drugiej instancji, jak również powołanej w skardze kasacyjnej u.u.s.w.p. nie mogą mieć zastosowania do umowy ubezpieczenia wprost, gdyż regulują one przesłanki wypłaty świadczeń z ubezpieczeń społecznych, a nie świadczeń przewidzianych w umowie ubezpieczenia, z którego zawarciem powód wiąże dochodzone roszczenia. Przepisy te więc mogą mieć zastosowanie jedynie pośrednio w procesie wykładni odpowiednich postanowień umowy ubezpieczenia, w których posłużono się pojęciem trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.

W przepisach u.e.r., podobnie jak w kodeksie cywilnym (por. art. 991 § 1 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 2009 r., III UK 19/09, nie publ.). W szczególności z art. 12 ust. 2 u.e.r. wynika, że całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność wykonywania jakiegokolwiek pracy. Natomiast art. 12 ust. 3 u.e.r. stanowi, że częściowo niezdolną do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomą posiadanych kwalifikacji. Oba pojęcia „całkowitej” lub „częściowej” niezdolności do pracy oderwane są więc od czasokresu trwania tej niezdolności. Przepis art. 13 ust. 1 u.e.r. wyraźnie odróżnia bowiem stopień i przewidywany okres niezdolności do pracy. Według art. 13 ust. 3 tej ustawy, niezdolność do pracy orzeka się na okres dłuższy niż 5 lat, jeżeli według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu. Natomiast według art. 13 ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 3, niezdolność do pracy orzeka się na okres nie dłuższy niż 5 lat. Powyższe uzasadnia wniosek, że trwała niezdolność do pracy, według przepisów u.e.r., oznacza stan, który według wiedzy medycznej nie rokuje w przyszłości odzyskania zdolności do pracy. Trafnie więc przyjął Sąd Okręgowy - co stara się podważyć skarżący – że przepisy u.e.r. nie wyłączają możliwości stwierdzenia trwałej niezdolności do pracy. Natomiast z uzasadnienia zaskarżonego wyroku nie wynika jednoznacznie, czy przez trwałą niezdolność do pracy Sąd rozumiał także sytuację, gdy o niezdolności do pracy orzeczono na okres dłuższy niż 5 lat, a nie na trwałe.

Przepisy u.u.s.w.p. posługują się również pojęciami „niezdolności do pracy” oraz „całkowitej” lub „częściowej” niezdolności do pracy. Zgodnie z art. 3 ust. 5, za ciężki wypadek przy pracy uważa się wypadek, w wyniku którego nastąpiła m.in. całkowita lub częściowa niezdolność do pracy w zawodzie. O całkowitej i częściowej niezdolności do pracy mowa jest także w art. 18 ust. 1 pkt 1 i 2, określających wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy w razie całkowitej niezdolności do pracy (art. 18 ust. 1 pkt 1) i częściowo niezdolnej do pracy (art. 18 ust. 1 pkt 2). Niezdolność do pracy, jako przesłanka świadczeń przewidzianych w tej ustawie, jest przewidziana m.in. w art. 6 ust. 1 pkt 1–2, 6-7 u.u.s.w.p. Przepisy tej ustawy nie zawierają jednak uregulowań określających pojęcia całkowitej lub

częściowej niezdolności do pracy. Nie zawiera ona również odrębnych uregulowań odnoszących się do czasokresu orzekania o niezdolności do pracy. Ustawa ta reguluje świadczenia z ubezpieczenia społecznego doznane m.in. wskutek wypadku przy pracy, w następstwie którego ubezpieczony doznał urazu lub śmierci (art. 3 ust. 1 i 2). Utrata zdolności do pracy jest w świetle tych przepisów jednym z następstw doznanego urazu. Wobec brak 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., według którego przy ustalaniu prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej (...), a więc świadczeń związanych z niezdolnością do pracy, i do ustalania wysokości tych świadczeń oraz ich wypłaty stosuje się odpowiednio przepisy u.e.r. Przepisy u.u.s.w.n. posługują się natomiast pojęciami „stałego” lub „długotrwałego” uszczerbku na zdrowiu. W szczególności, zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 4 u.u.s.w.p., jednorazowe odszkodowanie dla ubezpieczonego przysługuje w razie doznania stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. W przepisie art. 11 ust. 2 u.u.s.w.p. wyjaśniano, że za stały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy, zaś według art. 11 ust. 3 tej ustawy, za długotrwały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie. Także wymienione wyżej przepisy dotyczą zasad określania czasu trwania uszczerbku na zdrowiu, nie zaś zasad ustalania czasokresu trwania niezdolności do pracy. Nawet więc doznanie przez ubezpieczonego stałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku przy pracy nie przesądza o tym, czy i na jaki czas ubezpieczony utracił zdolność do pracy. Z tych względów nawet doznanie stałego uszczerbku na zdrowiu uzasadniające przyznanie jednorazowego odszkodowania na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 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 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 należy uznać zarzut naruszenia art. 381 i art. 382 k.p.c. Na etapie postępowania apelacyjnego powód wniósł bowiem o przeprowadzenie nowych dowodów w postaci orzeczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 5 lipca 2012 r. oraz decyzji ZUS z dnia 24 lipca 2012 r., 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 przeprowadzenie tych dowodów, a w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku nie odniósł się do złożonego wniosku dowodowego. Uchybienie to mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy, skoro dowody te odnosiły się bezpośrednio do okoliczności mającej decydujący wpływ na rozstrzygnięcie sprawy. Dodać należy, iż treść art. 398³ § 3 k.p.c. uniemożliwia przeprowadzenie tych dowodów na etapie postępowania kasacyjnego i dokonanie oceny ich znaczenia dla przyjętej podstawy faktycznej rozstrzygnięcia z uwzględnieniem przyjętej wykładni pojęć trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.

Za uzasadniony należy także uznać 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. 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. 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 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. Zarówno ewentualny błąd właściwego w sprawach ubezpieczeń społecznych organu, co do kwalifikacji stanu zdrowia ubezpieczonego i możliwości wykonywania przez niego w przyszłości zatrudnienia, obiektywna przeszkoda bądź nawet zwykłe zaniedbania ubezpieczonego w dochodzeniu świadczeń z ubezpieczenia społecznego, rzutują bezpośrednio na możliwość uzyskania ochrony ubezpieczeniowej od ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia. Nie można także pomijać ewentualnej wadliwej praktyki organów do spraw ubezpieczeń społecznych dotyczącej sposobu określania czasu trwania niezdolności do pracy ubezpieczonych, polegającej na wielokrotnym przedłużaniu na czas oznaczony niezdolności do pracy, mimo istnienia obiektywnych podstaw do orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego. Zauważyć także należy, 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.

Z tych względów na podstawie art. 398¹⁵ § 1 i art. 108 § 2 w zw. z art. 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c. orzeczono, jak w sentencji.