

Wyrok z dnia 24 stycznia 2001 r., V CKN 189/00

Zakład ubezpieczeń nie odpowiada za skutki nieszczęśliwego wypadku, objęte ubezpieczeniem na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ogłoszonych zarządzeniem Prezesa Państwowego Zakładu Ubezpieczeń z dnia 17 stycznia 1990 r. w sprawie ogłoszenia ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i zbioru taryf składek za to ubezpieczenie (M.P. Nr 7, poz. 53), które ujawniły się po upływie 24 miesięcy od dnia tego wypadku.

Przewodniczący: Sędzia SN Lech Walentynowicz

Sędziowie SN: Tadeusz Domińczyk (sprawozdawca), Henryk Pietrkowski

Sąd Najwyższy po rozpoznaniu w dniu 18 stycznia 2001 r. na rozprawie sprawy z powództwa Stanisława M. przeciwko Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń „Na Życie”, Spółce Akcyjnej, Inspektoratowi w D.G. o zapłatę, na skutek kasacji powoda od wyroku Sądu Wojewódzkiego w Katowicach z dnia 18 czerwca 1998 r.

oddalił kasację, odstępując od obciążenia powoda kosztami postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

Wyrokiem z dnia 27 lutego 1998 r. Sąd Rejonowy w Olkuszu zasądził od pozwanego Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A., Inspektoratu w D.G. na rzecz Stanisława M. kwotę 5400 zł z 35 % odsetkami od dnia 31 maja 1997 r. oraz orzekł o kosztach. Sąd ustalił, że powód uległ w marcu 1992 r. nieszczęśliwemu wypadkowi, którego skutki ujawniły się w styczniu 1996 r. Od tej daty, a ściśle od dnia 6 stycznia 1996 r., kiedy wyrokiem sądu powód został zaliczony do III grupy inwalidzkiej, rozpoczął – wbrew twierdzeniu pozwanego – bieg terminu przedawnienia jego roszczenia.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Wojewódzki zmienił wyrok Sądu Rejonowego i powództwo oddalił z tym uzasadnieniem, że stosownie do postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, obowiązujących zarówno w dacie zaistnienia wypadku, jak i w dacie ujawnienia się jego skutków, ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powinno nastąpić niezwłocznie po zakończeniu leczenia, ale nie później niż z upływem 24 miesięcy od dnia wypadku. Z takiego uregulowania Sąd Wojewódzki wyprowadził wniosek, że wyłączone jest istnienie związku przyczynowego między stwierdzonym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego a przebyłym wypadkiem w sytuacji, gdy oba te zdarzenia dzieli okres ponad 24 miesięcy. W konsekwencji przyjął, że brak jest podstaw do uwzględnienia roszczenia.

W kasacji opartej na podstawie naruszenia prawa materialnego, w szczególności przepisów art. 361 k.c. oraz § 37 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ „P” z 1996 r., powód domagał się zmiany zaskarżonego wyroku i uwzględnienia powództwa oraz rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego. W uzasadnieniu skargi kasacyjnej powód wywodził, że powołany przepis ogólnych warunków uzasadnia twierdzenie, iż „wypadek zaistniał w VII/97 kiedy ujawniła się padaczka, czyli spełniona została wymagalna koniunkcja obu przesłanek”, tj. zdarzenia i jego następstwa w rozumieniu § 4 powołanych ogólnych warunków.

W odpowiedzi na kasację strona pozwana wniosła o jej oddalenie wskazując na upływ terminu przedawnienia roszczenia z art. 819 k.c.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Złożona problematyka umów ubezpieczenia i wynikających z nich roszczeń uzasadnia przedstawienie kilku uwag natury ogólnej, poprzedzających ocenę rozpoznawanej kasacji. Stosownie do treści art. 805 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Kodeks cywilny nie definiuje pojęcia wypadku ubezpieczeniowego, poprzestając na wskazaniu, że powinien on być przewidziany w umowie i ma być zdarzeniem przyszłym, chyba że ubezpieczenie obejmuje okres poprzedzający zawarcie umowy (art. 806 § 1 k.c.). Określenie cech kwalifikujących zdarzenie jako wypadek ubezpieczeniowy pozostawione zostało postanowieniom umownym i z reguły stanowi element ogólnych warunków ubezpieczeń, aktualnie –

w zakresie ubezpieczeń dobrowolnych – ustalanych przez zakład ubezpieczeń na podstawie upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (jedn. tekst: Dz.U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62 ze zm.).

Kodeks cywilny różnicuje charakter należnych ubezpieczonemu świadczeń w zależności od rodzaju ubezpieczenia – majątkowego lub osobowego; w pierwszym przypadku określając je mianem odszkodowania, w drugim natomiast – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia. Ma to zasadnicze znaczenie przy realizacji obowiązku ubezpieczenia. O ile przy ubezpieczeniu majątkowym świadczenie ubezpieczeniowe jest wypadkową wartości przedmiotu ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia, o tyle przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie wyraża się konkretną sumą pieniężną, z góry przewidzianą w umowie, a co za tym idzie ma ściśle pieniężny charakter.

Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, stanowiące odrębną kategorię ubezpieczeń osobowych, w warunkach polskich funkcjonują jako indywidualne lub grupowe, które są domeną zakładów pracy ubezpieczających swoich pracowników. Z takiego ubezpieczenia korzystał powód, skoro powołał się na ogólne warunki ubezpieczenia przyjęte przez swego pracodawcę, a ponieważ jest poza sporem, że dochodzone roszczenie wiąże się z ubezpieczeniem, któremu powód podlegał w 1992 r., to zasadność tego roszczenia podlega ocenie przy uwzględnieniu obowiązujących wówczas ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, ogłoszonych zarządzeniem Prezesa Państwowego Zakładu Ubezpieczeń z dnia 17 stycznia 1990 r. w sprawie ogłoszenia ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i zbioru taryf składek za to ubezpieczenie (M.P. Nr 7, poz. 53) ze zmianami od dnia 1 października 1990 r. oraz od dnia 1 sierpnia 1991 r.

Nie może być zatem mowy o stosowaniu wielokrotnie powoływanych w sprawie ogólnych warunków ubezpieczenia pracowniczego typ „P”, z błędnym wskazaniem, że pochodzą one z roku 1996, gdyż weszły w życie z dniem 1 stycznia 1993 r. (§ 41 ust. 1), a tylko ich edycja broszurowa opatrzona została datą „1996 r.”.

W powołanych ogólnych warunkach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków z 1990 r. nieszczęśliwy wypadek określony został jako zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. W

takiej definicji nieszczęśliwego wypadku występują dwa stany faktyczne, z których pierwszy stanowi przyczynę sprawczą, drugi natomiast jako skutek w postaci trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci. Oba te zdarzenia nie muszą być, i najczęściej nie są, zbieżne w czasie, zwłaszcza jeśli chodzi o ujawnienie się uszczerbku na zdrowiu lub śmierci. Specyfika omawianego rodzaju ubezpieczeń nie wyłącza wprawdzie takich przypadków, których samo zaistnienie wyczerpuje pojęcie nieszczęśliwego wypadku, np. zawału serca lub udaru mózgu, o czym mowa w § 6 omawianych ogólnych warunków ubezpieczenia, niemniej jednak zjawiskiem typowym jest czasowa rozdzielnność wskazanych zdarzeń, czego wyrazem jest uregulowanie zawarte w § 34 ust. 3 powołanych warunków.

Według tego postanowienia, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, a w razie dłuższego leczenia – najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Tak określony warunek ochrony ubezpieczeniowej oznacza w istocie wyłączenie obowiązku świadczenia za wszelkie następstwa, które ujawnią się po upływie 24 miesięcy od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie mające charakter przyczynowy. Byłoby bowiem nielogicznym twierdzenie, że uszczerbek na zdrowiu, rozstrój zdrowia albo śmierć, przyczynowo związane z wcześniejszym wypadkiem jako zdarzeniem w sensie ogólnym, ujawnione po raz pierwszy dopiero po upływie 24 miesięcy, podlegały odmiennym kryteriom oceny niż te, które uległy tylko zmniejszeniu lub zwiększeniu. Oznaczałoby to bowiem przesunięcie daty wymagalności świadczenia ubezpieczeniowego na nie dający się przewidzieć okres, co pozostawałoby w sprzeczności z obowiązującymi w tym względzie regułami, zwłaszcza w obrębie systemu ubezpieczeń.

Tymczasem w myśl art. 819 § 2 k.c., bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ubezpieczeniem. Wyrażenie „zdarzenie” ma zatem postać złożoną i może być rozumiane tylko w taki sposób, że obejmuje zarówno zdarzenie, które jest przyczyną sprawczą, jak i to, które objawia się jego następstwami. Każde z nich jest jednak przedmiotowo odmienne, co ma rozstrzygające znaczenie na tle dochodzenia roszczeń ubezpieczonego wobec ubezpieczyciela. Oznacza to, że zakład ubezpieczeń nie odpowiada za skutki nieszczęśliwego wypadku, objęte

ubezpieczeniem na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ogłoszonych zarządzeniem Prezesa Państwowego Zakładu Ubezpieczeń z dnia 17 stycznia 1990 r., które ujawniły się po upływie 24 miesięcy od dnia tego wypadku. Konsekwencją takiej oceny jest to, że trzyletniemu terminowi przedawnienia w rozumieniu art. 819 § 1 i 2 k.c. podlegają tylko te spośród roszczeń ubezpieczonego wobec ubezpieczyciela, które wynikają z następstw nieszczęśliwego wypadku ujawnionych przed upływem 24 miesięcy od dnia wypadku. Następstwa później ujawnione nie są objęte ryzykiem ubezpieczeniowym.

W nawiązaniu do stanu faktycznego sprawy przedstawione stanowisko oznacza, że przedmiotem roszczenia powoda są skutki wypadku nie objęte umową ubezpieczenia. Uszczerbek na zdrowiu ujawnił się bowiem u niego najwcześniej w dniu 24 lipca 1995 r., gdy tymczasem uległ on wypadkowi w dniu 11 marca 1992 r.

Z tych względów, na podstawie art. 393¹² k.p.c. należało orzec, jak w sentencji.