



Sygn. akt II CSKP 215/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 lutego 2023 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Władysław Pawlak (przewodniczący)

SSN Monika Koba

SSN Karol Weitz (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa J. S.
przeciwko S. spółce akcyjnej w S.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym 20 lutego 2023 r.
w Izbie Cywilnej w Warszawie,
skargi kasacyjnej powoda
od wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku
z 19 kwietnia 2018 r., sygn. akt I ACa 1051/17,

uchyla zaskarżony wyrok w części oddalającej apelację powoda (pkt I) i w części rozstrzygającej o kosztach postępowanie apelacyjnego (pkt II i III) i w tym zakresie przekazuje sprawę Sądowi Apelacyjnemu w Białymstoku do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.

UZASADNIENIE

Powód J. S. wniósł o zasądzenie od E. Spółki Akcyjnej 120 000 zł, 100 000 zł, 6 800zł i 15 540,88 zł z tytułu, odpowiednio trwałego uszczerbku na zdrowiu, utraty zdolności do wykonywania pracy zawodowej pobytu w szpitalu i zwrotu dotychczasowych kosztów leczenia wraz z ustawowymi odsetkami od wymienionych kwot za okres od 14 marca 2014 r. względnie od dnia wniesienia pozwu. Wyrokiem z 8 listopada 2017 r. Sąd Okręgowy w Białymstoku oddalił powództwo.

Sąd ten ustalił, że od 2005 r. zdiagnozowano u powoda szereg dolegliwości związanych z chorobami układu sercowo-naczyniowego: hiperlipidemię (2005r.), niedomykalność zastawki mitralnej (2011r.), nadciśnienie tętnicze (2011r.) oraz przewlekłą niewydolność serca i żylaki kończyny dolnej lewej. Powód był też leczony w związku z tymi chorobami. Dwukrotnie przeprowadzano u niego kardiowersję elektryczną, podawano mu preparaty przeciwzakrzepowe (od 2005 r.), moczopędne i beta-blokery (od stycznia 2010r.). Chociaż terapia powinna trwać u niego do końca życia, to jednak samowolnie jej zaniechał (nie zgłaszał się na wizyty kontrolne i nie przyjmował wymaganych leków).

W okresie od 2009 r. do 2013 r. strony zawarły pięć umów, z których każda obejmowała roczny okres ubezpieczenia: z 23 października 2009 r., z 23 października 2010 r., z 20 października 2011 r., z 17 października 2012 r. i z 22 października 2012 r. i z 22 października 2013 r. Przedmiotem tej ostatniej były następstwa nieszczęśliwych wypadków w wariancie F. oraz wystąpienie zawału serca i udaru mózgu (§ 5 Ogólnych Warunków Umowy F. kod [...], dalej jako „OWU). Odpowiedzialność z tytułu zaistnienia wymienionych zaburzeń organizmu aktualizowała się, o ile w ciągu 24 miesięcy poprzedzających zawarcie umowy ubezpieczenia u ubezpieczonego nie rozpoznano lub nie leczono chorób układu sercowo-naczyniowego lub cukrzycy (§6 OWU). Nieszczęśliwy wypadek został zdefiniowany jako nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku której ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł (§ 2 pkt 5 OWU).

25 listopada 2013 r. powód doznał udaru mózgu, którego przyczyną były m.in. schorzenia kardiologiczne, w tym migotanie przedsionków, dysfunkcja

i przerost lewej komory, zastoinowa niewydolność serca, nadciśnienie. Od tego dnia do 13 grudnia 2013 r. był hospitalizowany. W chwili obecnej utrzymują się u niego głębokie zaburzenia mowy i pisanie, niedowład połowiczny prawostronny, dezorganizacja procesu zapamiętywania z podatnością na zakłócenia dystrakcyjne, zaburzenia pamięci, logicznego myślenia i zdolności arytmetycznych. Porusza się przy pomocy kuli łokciowej lub czwórnoga, zaś w domu korzysta z wózka inwalidzkiego. Doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu. Jest trwale całkowicie niezdolny do pracy i do samodzielnej egzystencji. Pozwana odmówiła wypłaty świadczeń na rzecz powoda. Sąd Okręgowy uznał, że chociaż powód z przyczyn własnego zaniechania nie zgłaszał się na wizyty kontrolne i nie przyjmował wymaganych leków, to jednak zaniechania te nie świadczyły o tym, że w okresie 24 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia z 24 października 2013 r. nie leczył się na choroby układu sercowo-naczyniowego.

Skoro nadto przyczyna udaru mózgu nie miała charakteru zewnętrznego, a jej źródło tkwiło w chorobie (migotanie przedsionków, to spełnione zostały negatywne przesłanki odpowiedzialności umownej pozwanej.)

Apelację od wyroku z 8 listopada 2018 r. wniósł powód, zaskarżając go w części oddalającej powództwo i zarzucając naruszenie art. 382 § 2 k.c. w związku z art. 3851 k.c. i z art. 60 k.c. oraz z § 6 OWU, przez błędną wykładnię postanowień umowy ubezpieczenia F., co miało skutkować oddaleniem powództwa na podstawie § 6 ust. 3 OWU i błędnym stwierdzeniem, że przesłanką zwolnienia pozwanej z obowiązku spełnienia świadczenia wobec powoda jest jego stan chorobowy z 2005 r., a nie wyłącznie bezpośrednie rozpoznanie i czynne leczenie chorób układu-sercowo-naczyniowego w okresie 24 miesięcy poprzedzających zawarcie umowy ubezpieczenia z 24 października 2013 r. oraz naruszenie art. 385 § 2 k.c. przez jego niezastosowanie w sytuacji, w której postanowienia § 6 OWU wyłączające odpowiedzialność pozwanej zostały sformułowane w sposób niejasny i powinny być interpretowane na korzyść powoda, chociaż niejasne jest zastosowanie § 6 pkt 3 OWU do § 6 pkt 4 oraz §7 pkt 1.1 i 1.2 w sytuacji, w której z powołanych postanowień nie wynika, aby odpowiedzialność pozwanej mogła być wyłączona.

Powód zarzucił także w apelacji naruszenie art. 233 § 2 k.p.c. przez niewłaściwą ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego i przyjęcie, że „niedokrwienny udar mózgu, jakiego doznał nie stanowił nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu § 2 pkt 4 OWU, bowiem był on konsekwencją stanów chorobowych powoda (...)” a przyczyną udaru były schorzenia kardiologiczne, w tym migotanie przedsionków, które zostało u powoda zdiagnozowane już w 2005 r. i od tego czasu wymagało leczenia specjalistycznego, którego powód zaniechał z własnej winy” w sytuacji, w której zgodnie z zaświadczeniem lekarza neurologa z 29 września 2016 r., który leczył powoda - nie wskazano konkretnej przyczyny rozpoznania u niego udaru niedokrwiennego, co świadczy o nagłym zdarzeniu wywołanym przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego u ubezpieczonego - niezależnie od jego woli wystąpił udar mózgu. Powód zarzucił ponadto sprzeczność ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, polegającą na uznaniu, że rozpoznane u powoda w latach wcześniejszych schorzenia układu sercowego i wdrożenie w tym zakresie leczenie, było kontynuowane w okresie 24 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia, podczas gdy z dokumentów medycznych wynika, że powód ostatnią jednorazową wizytę w poradni kardiologicznej odbył 10 stycznia 2011 r., co świadczy o tym, że u powoda w okresie od 24 października 2011 r. do dnia podpisania umowy z 24 października 2013 r. nie rozpoznano żadnej choroby układu sercowego, jednakowoż powód nie leczył się w tym okresie farmakologicznie. Sprzeczność ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego miałby według powoda polegać na stwierdzeniu, „że powód nie zgłaszał się na wizyty kontrolne i nie przyjmował leków” w sytuacji, w której nie ma dowodów, aby powód miał wyznaczone wizyty kontrolne po 10 stycznia 2011 r. lub że miał przepisane leki na dłuższy okres czasu. Powód w apelacji podniósł wreszcie zarzut naruszenia art. 805 k.c. w związku z art. 829 § 1 pkt 2 k.c. i z § 6 OWU przez ich niewłaściwe zastosowanie i orzeczenie o wyłączeniu odpowiedzialności pozwanej w sytuacji, w której z materiału dowodowego wynika, że pozwana powinna spełnić świadczenie na rzecz powoda, gdyż ten regularnie opłacał składki, ponadto udar mózgu nastąpił wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Wyrokiem z dnia 19 kwietnia 2018 r. Sąd Apelacyjny w Białymstoku oddalił apelację powoda. Sąd Apelacyjny uwzględnił i przyjął za własne większość istotnych ustaleń, na których oparty został wyrok pierwszej instancji. Wyjątkiem był okres, w którym u powoda rozpoznano i leczono choroby układu sercowo-naczyniowego. Odrzucając zarzut naruszenia art. 386 § 2 zdanie 2 k.c. Sąd Apelacyjny wskazał, że wykładni treści wzorca umownego należy dokonywać wyłącznie metodą obiektywną z zastrzeżeniem, że za wiążący uznaje się taki jej wynik, który byłby rezultatem interpretacji podmiotu, który odpowiadałby wyłącznie normatywnemu, a nie zindywidualizowanemu modelowi adresata czynności prawnej. W niniejszej sprawie odbiorcą, o którego chodzi jest konsument, wobec czego trzeba brać pod uwagę adresata, który dokonuje interpretacji treści wzorca z należytą starannością. Postanowienia, które z uwagi na ten punkt widzenia wydawałyby się dla adresata wieloznaczne i niezrozumiałe, należałoby więc interpretować na jego korzyść. Nietransparentne są tylko takie postanowienia, których znaczenia modelowy odbiorca nie mógłby ustalić bez wnikliwej analizy celu, usytuowania tekstu, lub stosowania paralingwistycznych zasad wykładni wzorca. Sąd podniósł dalej, że analiza treści § 6 ust 2-4 OWU, przeprowadzona z perspektywy typowego konsumenta, nie rodzi żadnych wątpliwości nie wymaga wykonywania wskazanych zabiegów. Jak wynika z brzmienia § 6 ust. 3 OWU postanowienie to dotyczyło odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń, o których mowa w § 6 ust. 2 OWU, a więc m.in. wystąpienia udaru mózgu. Oczywiście było zatem, że zakres zastosowania tej klauzuli objął wszystkie świadczenia związane z zaistnieniem tego zdarzenia szkodowego. Świadczenia te zostały z kolei opisane w § 6 ust 2 oraz w § 6 ust 4 OWU i dotyczyły wypłaty, odpowiednio 30 % sumy ubezpieczenia oraz dziennego świadczenia szpitalnego. Roszczenia te mogły powstać jedynie wtedy, gdyby, co literalnie i klarownie wskazano w § 6 ust. 3 OWU, w ciągu 24 miesięcy, które poprzedzały zawarcie umowy, u ubezpieczonego nie rozpoznano lub nie leczono chorób układu sercowo-naczyniowego.

Sąd Apelacyjny ustalił dalej, że, w okresie od 14 lutego 2012 r. do 28 maja 2013 r. nie tylko wielokrotnie rozpoznawano u powoda schorzenia objęte zakresem § 6 ust. 3, (przewlekła choroba niedokrwienna serca, migotanie i trzepotanie

przedsionków, kardiomopatia oraz samoistne nadciśnienie, zakwalifikowane przez biegłych kardiologa i neurologa jako dotyczące układu sercowo-naczyniowego) lecz również podejmowano działania w celu ich leczenia w postaci m.in. kierowania do poradni specjalistycznych. Okoliczności te przemawiały za tym, że ziszczyły się zdarzenia opisane w § 6 ust. 3 OWU, które wyłączały obowiązek pozwanej spełnienia na rzecz powoda świadczenia związanego z udarem mózgu.

Według Sądu Apelacyjnego wskazane postanowienie wzorca umowy nie było ponadto bezskuteczne (niewiążące). Zostało bowiem sformułowane w sposób klarowny i prosty, a zatem nie mogło powodować u konsumentów dezorientacji co do jego rzeczywistego znaczenia (naruszenia dobrych obyczajów), a przez to uzasadniać zarzutu abuzywności. Ocena ta odnosiła się w szczególności do powoda, skoro w okresie od 2012 r. do 2013 r. rozpoznano i leczono u niego liczne dolegliwości układu sercowo-naczyniowego, zaś zdarzenia te dosłownie opisano w treści § 6 ust. 3 OWU. W rezultacie powód nie mógł uznać, że w chwili, w której zawierał umowę, nie zachodziły okoliczności wyłączające jego roszczenie określone w § 6 ust. 2 i ust 4. OWU.

Sąd Apelacyjny przyjął ponadto, że niezasadne okazały się także żądania powoda, w których domagał się zapłaty świadczeń wskazanych w § 7 ust 1 pkt 1 i 2 OWU. We wzorcu umownym dosłownie nie sformułowano przesłanek, które wyłączałyby roszczenia z tytułu trwałej utraty zdolności do pracy zawodowej lub zwrotu kosztów leczenia, tym niemniej normatywny i niezindywidualizowany odbiorca OWU, o którym była mowa, już w oparciu o brzmienie tego dokumentu doszedłby do wniosku, że skoro warunkiem powstania omawianych wierzytelności jest zaistnienie takiego trwałego uszczerbku na zdrowiu, który nastąpiłby na skutek „nieszczęśliwego wypadku” (§ 7 ust. 1 pkt 1 i 2 w związku z § 4 pkt 2 OWU), to brak tego ostatniego elementu stanowiłby okoliczność tamującą powstanie roszczenia ubezpieczonego. Definicja pojęcia „nieszczęśliwego wypadku” również nie mogła budzić wątpliwości, wynikało z niej, że taki wypadek to zdarzenie nie tylko nagłe, ale także wywołane przyczyną zewnętrzną (§2 pkt 4 OWU).

Choroba serca, której źródło tkwi w człowieku, a nie w otaczającym go świecie, niewątpliwie nie mogła zostać zakwalifikowana jako nieszczęśliwy

wypadek. Tymczasem to właśnie m.in. ta dolegliwość była przyczyną udaru mózgu powoda, który doprowadził następnie do powstania szkody u niego, którą były koszty leczenia i utrata możliwości wykonywania pracy zarobkowej. Według Sądu Apelacyjnego przesłanki żądania zwrotu kosztów leczenia (§7 ust. 1 pkt 1 OWU) nie zostały spełnione także dlatego, że koniecznym warunkiem powstania tego roszczenia było także to, aby ubezpieczyciel, w zamian za dodatkową składkę rozszerzył zakres swojej odpowiedzialności o takie świadczenie (§7 ust. 1 pkt 1 OWU). Tego zaś powód nie żądał, gdy zawierał umowę z pozwaną.

Skargę kasacyjną od wyroku z 19 kwietnia 2018 r. złożył powód, zaskarżając wyrok w części oddalającej apelację. Zarzucił naruszenie art. 65 § 1 k.c. w związku z § 5 OWU § 6 ust. 1 i 2 OWU i § 2 OWU, art. 385¹ § 1 k.c. w związku z § 5 ust. 3 OWU art. 385¹ § 4 k.c., art. 384 § 1 k.c., art. 815 § 1 k.c., art. 805 § 1 i 2 pkt 2 k.c. w związku z § 6 ust. 2 OWU i § 7 ust. 1 pkt 2 OWU, art. 233 § 1 k.p.c.

Na tych podstawach wniósł o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy w tym zakresie Sądowi Apelacyjnemu w Białymstoku do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Kluczowe znaczenie dla oceny zasadności skargi kasacyjnej miała kwestia oceny abuzywności kwestionowanych przez powoda postanowień OWU. Skarżący zarzucając naruszenie art. 385¹ § 1 k.c. podniósł, że badanie abuzywności tych postanowień Sąd drugiej instancji ograniczył w istocie do kwestii ich transparentności i klarowności, nie rozważył natomiast w ogóle zagadnienia, czy postanowienia te nie kształtowały praw i obowiązków powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. W istocie lektura uzasadnienia zaskarżonego wyroku potwierdza, że Sąd drugiej instancji kwestię oceny abuzywności spornych postanowień OWU potraktował w sposób powierzchowny i nie dokonał jej zgodnie z dyrektywami wynikającymi z art. 385¹ § 1 k.c., pomijając całkowicie kwestię podniesioną przez skarżącego. Sprawia to, że nie można odeprzeć kasacyjnego zarzutu naruszenia tego przepisu i przesądza o zasadności skargi kasacyjnej.

Z tych względów, na podstawie art. 398¹⁵ §1 oraz art. 108 §1 w związku z art. 391 §1 i z art. 398²¹ k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji.