



Sygn. akt II CSKP 681/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 marca 2023 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

Prezes SN Joanna Misztal-Konecka
(przewodniczący, sprawozdawca)
SSN Beata Janiszewska
SSN Marcin Krajewski

w sprawie z powództwa "O." spółki z ograniczoną odpowiedzialnością
w C.

przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń spółce akcyjnej w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu w Izbie Cywilnej

na posiedzeniu niejawnym 17 marca 2023 r. w Warszawie

na skutek skarg kasacyjnych powódki i pozwanej

od wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach

z 28 stycznia 2020 r., V AGa 357/18,

1. oddala skargę kasacyjną "O." spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w C.;

2. uchyla zaskarżony wyrok w punkcie I (pierwszym) i III (trzecim) i w tym zakresie przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu w Katowicach, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego.

UZASADNIENIE

1. „O.” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w C. (dalej także: „spółka O.”) domagała się ostatecznie zasądzenia od Towarzystwa Ubezpieczeń spółki akcyjnej w W. (dalej także: „spółka X.” lub „ubezpieczyciel”) kwoty 1 063 886,23 zł wraz z ustawowymi odsetkami od kwoty 1 047 286,23 zł od 7 grudnia 2001 r. i od kwoty 16 600 zł od 23 czerwca 2013 r. tytułem pozostałej części odszkodowania za szkody będące następstwem pożaru, jaki miał miejsce 5 listopada 2011 r. w magazynach objętych ubezpieczeniem mienia od zdarzeń losowych w pozwanym Towarzystwie.

2. Wyrokiem z 14 czerwca 2017 r. Sąd Okręgowy w Gliwicach zasądził od pozwanej na rzecz powódki 256 159,49 zł z ustawowymi odsetkami od 7 grudnia 2011 r. oraz 16 600 zł od 23 czerwca 2013 r. do dnia zapłaty (pkt 1), w pozostałej części oddalił powództwo (pkt 2), orzekając nadto o kosztach procesu i nieuiszczonych kosztach sądowych (pkt 3-5).

3. Wyrokiem z 28 stycznia 2020 r. Sąd Apelacyjny w Katowicach, po rozpoznaniu apelacji powódki, zmienił zaskarżony wyrok w punkcie 1 o tyle, że ponad zasądzoną w nim kwotę zasądził od pozwanej na rzecz powódki kwotę 313 546,58 zł z ustawowymi odsetkami od 31 grudnia 2013 r. do 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, a także w punktach 3-5 co do kosztów procesu i nieuiszczonych kosztów sądowych (pkt I), w pozostałej części apelację powódki oddalił (pkt II) oraz rozstrzygnął o kosztach postępowania apelacyjnego (pkt III).

Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy, zgodnie z którymi od roku 2007 spółka O. zawierała ze spółką W. umowy ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych. Po zakończeniu okresu każdej z umów powódka była informowana o tym fakcie i strony zawierały kolejną umowę. Również w 2011 r. podjęto uzgodnienia dotyczące umowy ubezpieczenia, przy czym powódka pierwotnie zamierzała ubezpieczyć mienie na kwotę 15 000 000 zł. W dniu 16 czerwca 2011 r. powódka otrzymała polisę wraz z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (dalej także: „OWU”) i wniosek; w tym też dniu doszło do podpisania

umowy, przy czym w umowie wpisano jako datę złożenia wniosku 5 czerwca 2011 r. Umowa została potwierdzona wystawioną przez pozwaną w dniu 16 czerwca 2011 r. polisą. W tym samym dniu pozwana wręczyła powódce Ogólne Warunki Ubezpieczenia Mienia od zdarzeń losowych. Zawierały one postanowienia dotyczące skutków niedoubezpieczenia (§ 15 ust. 7 i 8), uwzględnienia zużycia technicznego ubezpieczonego mienia (15 ust. 2 pkt 1 lit b) oraz zasad pokrywania szkód związanych z zapobieżeniem szkodzie i uprzątnięciem pozostałości (§ 5 ust. 3 i 4 OWU). W aneksie z 13 października 2011 r. wprowadzono franszyzę redukcyjną w wysokości 5% szkody, nie mniej niż 5000 zł w odniesieniu do całości ubezpieczonego mienia.

W dniu 5 listopada 2011 r. doszło do pożaru w magazynach należących do powódki, objętych zakresem udzielanej przez pozwaną ochrony ubezpieczeniowej. Uszkodzeniu uległy elementy konstrukcji hali magazynowej, zainstalowane w niej urządzenia oraz przechowywane wewnątrz magazynu towary. Powódka zawiadomiła pozwaną o szkodzie 6 listopada 2011 r., na skutek czego rozpoczęto postępowanie likwidacyjne. Na podstawie przedłożonych przez powódkę dokumentów, na zlecenie pozwanej sporządzono raport ze szkody, w którym dokonano obliczeń wartości prac koniecznych do przeprowadzenia, celem przywrócenia ubezpieczonego mienia do stanu sprzed daty powstania szkody oraz uznano wartość robót remontowych wynoszącą 860 190,03 zł (po pomniejszeniu o wartość złomu – 3734,08 zł, co dało wartość szkody w kwocie 856 455,95 zł).

Następnie ubezpieczyciel pomniejszył ustaloną wartość szkody o ustalone zużycie techniczne ubezpieczonego mienia (przy zastosowaniu § 15 ust. 2 lit b OWU) obliczone na 40%. Natomiast w związku z tym, że w opracowanym operacie szacunkowym wartość ubezpieczonego majątku powódki ustalono na 15 677 800 zł, z uwagi na sumę ubezpieczenia wynoszącą 11 000 000 zł, dokonano obliczenia stosunku sumy ubezpieczenia do wartości budynków, dochodząc do wniosku, że wynosi ona 30%. W rezultacie, na podstawie § 15 ust. 8 OWU, ubezpieczyciel zastosował zasadę proporcji w ustalaniu odszkodowania, uznając, że świadczenie należne powodowej spółce wynosi 359 711,50 zł. Dodatkowo, pozwana od tak ustalonego odszkodowania odjęła 5% przewidzianej w OWU franszyzy redukcyjnej,

w rezultacie czego odszkodowanie wskazane w decyzji z 21 maja 2012 r. o wypłacie odszkodowania wyniosło 341 725,93 zł.

W dalszym toku postępowania likwidacyjnego zostały opracowane kolejne oceny stanu technicznego elementów konstrukcyjnych budynku, wskazujące na potrzebę zwiększonego – celem przywrócenia ubezpieczonego budynku do stanu sprzed szkody – zakresu prac o łącznej wartości 1 626 802,61 zł. Koszty szeregu ekspertyz wykonanych w trakcie likwidacji szkody wyniosły łącznie 20 418 zł.

W toku postępowania sądowego wartość koniecznych prac celem przywrócenia mienia do stanu sprzed szkody ustalono na 1 750 421,71 zł, a wysokość odszkodowania z umowy ubezpieczenia na podstawie OWU – 919 823,72 zł. Proporcję sumy ubezpieczenia do wartości przedmiotu ubezpieczenia określono na 0,65. Sąd Okręgowy uznał za zasadne poniesienie przez powódkę kosztów ekspertyz na kwotę 16 600 zł oraz ustalił należne odszkodowanie przy zastosowaniu współczynnika 0,65 na kwotę 597 885,42 zł. Na podstawie art. 805 k.c. zasądzona została różnica w kwocie 256 159,49 zł wraz z odsetkami należnymi na mocy art. 817 § 1 k.c.

4. Sąd Apelacyjny podkreślił, że bezsporne jest związanie stron umową ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych potwierdzone polisą obejmującą okres ubezpieczenia od 9 czerwca 2011 r. do 8 czerwca 2012 r., wystawioną 16 czerwca 2011 r., korzystanie przez powódkę z ochrony ubezpieczeniowej u pozwanego od 2007 r., w tym między innymi w zakresie ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych, a także zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz wysokość szkody.

Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że w sprawie sporna nie była w istocie data zawarcia umowy ubezpieczenia, lecz związanie stron postanowieniami OWU oraz zastosowanie zasady proporcji wobec tzw. niedoubezpieczenia mienia. W odniesieniu do pierwszego z zagadnień Sąd odwoławczy zwrócił uwagę, że wolą stron było kontynuowanie ubezpieczenia mienia na dotychczasowych warunkach, a do zawarcia umowy doszło drogą telefoniczną jako wznowienie poprzednio obowiązującej umowy, przy zachowaniu jej warunków tak co do zakresu ubezpieczenia, jak i sumy ubezpieczenia (ubezpieczeniem tym objęte były budynki

oraz inne składniki mienia, jak maszyny, urządzenia, wyposażenie, sprzęt elektroniczny, rzeczy ruchome osób trzecich). Ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do tak zawartej umowy, ponieważ w przypadku umów ubezpieczenia posługiwanie się wzorcem umownym jest powszechnie przyjęte w rozumieniu art. 384 § 2 zd. 1 k.c., powódka posiadała wiedzę, choćby z wcześniejszej współpracy stron, o posługiwaniu się przez pozwaną ogólnymi warunkami ubezpieczenia i ich treści, a nadto wyraziła zgodę na doręczenie tego dokumentu wraz z polisą potwierdzającą zawarcie umowy. Co więcej, powódka miała łatwość dowiedzenia się o treści tych warunków, zarówno poprzez pozyskanie ich w oddziale pozwanej, u agenta ubezpieczeniowego, jak też w dokumentacji ubezpieczeniowej, która pozostawała w jej posiadaniu. W konsekwencji Sąd Apelacyjny uznał związanie stron ogólnymi warunkami ubezpieczenia, pomimo braku ich fizycznego doręczenia powódce przed zawarciem umowy.

Sąd Apelacyjny zaaprobował ustalenie przez Sąd Okręgowy wysokości należnego powódce odszkodowania za szkodę będącą następstwem zaistniałego 5 listopada 2011 r. pożaru. Uwzględnił OWU mienia od zdarzeń losowych obowiązujące od 1 maja 2008 r., z wyłączeniem wynikającej z nich zasady proporcji. W ocenie tego Sądu suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, zaś ubezpieczyciel powinien ponosić ryzyko zapłaty odszkodowania w wysokości odpowiadającej wartości poniesionej szkody, nieprzekraczającej sumy ubezpieczenia. Godzi natomiast w zasadę równości stron przyznanie ubezpieczycielowi możliwości dokonywania – dopiero w fazie postępowania likwidacyjnego – weryfikacji sumy ubezpieczenia, ponieważ narusza to zasady uczciwości obrotu. Paragraf 10 ust. 1 OWU stanowił, że suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdy sumę ubezpieczenia ustala ubezpieczający, zgodnie z zasadami określonymi w § 11 (ust. 4 § 10) i powinna ona odpowiadać jego wartości w dniu rozpoczęcia ubezpieczenia i przez cały okres jego trwania (§ 11 ust. 2); w przypadku ubezpieczenia opartego na wartości rzeczywistej jest to wartość pozwalająca na odbudowę, odtworzenie mienia do stanu nowego nieulepszzonego, z uwzględnieniem stopnia technicznego zużycia. Przyjęta suma ubezpieczenia w wysokości 11 000 000 zł pozwalała w ocenie reprezentantów powódki na

odtworzenie ubezpieczonych budynków przy szkodzie całkowitej według aktualnej technologii przy uwzględnieniu zużycia technicznego. W § 15 ust. 8 OWU postanowiono, że jeżeli suma ubezpieczenia jest niższa od jego wartości w dniu powstania szkody (niedoubezpieczenie), wysokość odszkodowania ulega zmniejszeniu w proporcji, w jakiej suma ubezpieczenia przedmiotu pozostaje do jego wartości w dniu powstania szkody, z wyjątkami, o których mowa w ust. 9 § 15 OWU.

Sąd Apelacyjny uznał, że ubezpieczający przy niedoubezpieczeniu mienia ponosi ryzyko w sytuacji, w której wysokość powstałej szkody jest wyższa niż wysokość zastrzeżonej w umowie sumy ubezpieczenia. Obciążenie go zaś tym ryzykiem w każdej sytuacji niedoubezpieczenia mienia, gdy poniesiona szkoda nie przekracza sumy ubezpieczenia nie jest do zaakceptowania. To powoduje, że o granicach świadczenia, które powinien spełnić ubezpieczyciel, decyduje nie wartość mienia zadeklarowana i przyjęta do ubezpieczenia, lecz ustalona dopiero w procesie likwidacji szkody w odpowiedniej proporcji do sumy ubezpieczenia. W takiej sytuacji wysokość odszkodowania, jakie ubezpieczający może uzyskać na podstawie zawartej umowy, jest przewidywalna dla niego tylko wtedy, gdy oznaczona przez niego na etapie zawierania umowy wartość mienia będzie identyczna z tą, którą ubezpieczyciel zaakceptuje w procesie likwidacji szkody, bądź gdy dana szkoda przekroczy wartość sumy ubezpieczenia. W każdym innym przypadku ubezpieczony uzyska świadczenie, które skompensuje mu szkodę tylko częściowo, w procencie trudnym do przewidzenia przy zawarciu umowy.

Sąd Apelacyjny odrzucił zatem możliwość ustalenia wysokości należnego odszkodowania z zastosowaniem zasady proporcji, co prowadziło do ustalenia kosztów odbudowy budynków na kwotę 791 568,04 zł, pomniejszenia o wartość mienia nadającego się do dalszego użytku lub sprzedaży w kwocie 11 322,73 zł oraz powiększenia o koszty zapobieżenia szkodzie, związane z ratowaniem dotkniętego szkodą mienia oraz koszty uprzątnięcia w kwocie 179 156,80 zł (wysokość całkowitego odszkodowania to zatem 954 402,12 zł). Tak ustalone odszkodowanie zmodyfikowano o wysokość franszyzy, co daje kwotę 911 432 zł. Uwzględniając kwotę 341 725,82 zł, która została powódce wypłacona w wyniku postępowania likwidacyjnego oraz zasądzoną zaskarżonym wyrokiem kwotę

256 159,49 zł tytułem szkody w substancji budynkowej, Sąd Apelacyjny uznał, że dodatkowemu zasądzeniu podlegała kwota 313 546,58 zł jako dalsza część należnego odszkodowania.

Sąd Apelacyjny wziął pod uwagę przebieg postępowania likwidacyjnego, a zwłaszcza zakres współdziałania powódki w ustaleniu zakresu szkody, zgłoszenie nowej szkody pismem doręczonym pozwanej 27 maja 2013 r. i to, że 16 grudnia 2013 r. wyjaśnione zostały wszelkie okoliczności dotyczące rozmiaru szkody. Wszystkie te racje uzasadniały przyznanie odsetek od 31 grudnia 2013 r.

5. Od wyroku Sądu Apelacyjnego skargi kasacyjne wywiodły obie strony. Spółka O. zaskarżyła wyrok w zakresie rozstrzygnięć zawartych w punkcie II i III. Zaskarżonemu wyrokowi zarzuciła naruszenie przepisów prawa materialnego, a mianowicie art. 384 § 1, art. 384 § 2 zd. 1, art. 353 w zw. z art. 58 § 1 i 2 k.c. oraz art. 384 § 1, art. 65 § 1 i 2 w zw. z art. 70 § 1 i 2 k.c. oraz w zw. z art. 809 § 1 k.c., art. 805 § 1 i 2 w zw. z art. 384 § 1 k.c. oraz art. 824 § 1, art. 817 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 16 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (dalej też: „u.d.u.2003”), nadto naruszenie przepisów prawa procesowego, a to art. 382 k.p.c. Powódka domagała się uchylenia wyroku w zaskarżonej części i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania, ewentualnie zmiany tego wyroku poprzez uwzględnienie apelacji powódki w całości.

6. Od wyroku Sądu Apelacyjnego skargę kasacyjną wywiódł również pozwany ubezpieczyciel, zaskarżając go w punkcie I i III. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił naruszenie prawa materialnego, a to art. 805 § 1 i 2 w zw. z art. 815 § 1 i 3 w zw. z art. 355 § 2 k.c. oraz w zw. z art. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (dalej też: „u.d.u.r.2015”), jak też art. 805 § 1 i 2, 807 § 1, 824 § 1 w zw. z art. 353¹ k.c. oraz w zw. z art. 65 k.c. Skarżący domagał się uchylenia wyroku w zaskarżonej części i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu w Katowicach, ewentualnie uchylenia wyroku w zaskarżonej części i orzeczenia co do istoty sprawy poprzez oddalenie apelacji powoda w całości.

W piśmie procesowym wniesionym po upływie terminu do złożenia odpowiedzi na skargę kasacyjną pozwana domagała się oddalenia skargi kasacyjnej powódki.

7. Prokurator Generalny wyraził pogląd, że skarga kasacyjna powódki powinna zostać oddalona, zaś skarga kasacyjna pozwanej powinna zostać uwzględniona.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

8. Spośród szeregu zarzutów stawianych w skargach kasacyjnych w pierwszej kolejności uwaga Sądu Najwyższego musi zwrócić się ku zarzutowi naruszenia prawa procesowego, ponieważ dopiero przesądzenie jego niezasadności czyni celowym rozważanie zarzutów naruszenia prawa materialnego. Powódka postawiła zarzut naruszenia art. 382 k.p.c. poprzez bezpodstawne pominięcie przez Sąd Apelacyjny części zebranego w toku postępowania przed sądami obu instancji materiału dowodowego. Analiza skargi kasacyjnej powódki nie pozwala jednak na jednoznaczne określenie, na czym dokładnie miałyby polegać to naruszenie, a w szczególności, jaki materiał dowodowy miał zostać przez Sąd Apelacyjny pominięty ze skutkiem dla rozstrzygnięcia sprawy. Argumentacja przytoczona przez skarżącą w tym zakresie *de facto* odnosi się do oceny dowodów dokonanej przez Sąd drugiej instancji i wniosków z niej wyprowadzonych w kontekście przepisów prawa materialnego, a nie do kwestii materiału dowodowego, który został pominięty przez Sąd Apelacyjny. Tymczasem zarzut naruszenia przez sąd drugiej instancji art. 382 k.p.c. może stanowić uzasadnioną podstawę kasacyjną jedynie wtedy, gdy sąd pominie część zebranego w sprawie materiału dowodowego i wyda orzeczenie wyłącznie na podstawie materiału zebranego przed sądem pierwszej instancji lub wyłącznie na podstawie własnego materiału (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z 6 lipca 2000 r., V CKN 256/00; z 24 kwietnia 2008 r., IV CSK 39/08, wraz z powołanym tam orzecnictwem; z 18 maja 2022 r., II CSKP 972/22).

9. Zarzuty dotyczące naruszenia prawa materialnego postawione w skardze kasacyjnej powódki w istocie sprowadzają się do problematyki skutków braku

doręczenia skarżącej ogólnych warunków ubezpieczenia przed zawarciem umowy z 5 czerwca 2011 r. Nakazuje to odnieść się do nich łącznie.

Zgodnie z art. 384 § 1 k.c. w brzmieniu relewantnym dla rozpoznania sprawy ustalony przez jedną ze stron wzorzec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, wzór umowy, regulamin, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy. Ustawodawca uznał zatem, że warunkiem związania stron jest co do zasady uprzednie doręczenie stronie umowy wzorca, którym posługuje się jej kontrahent. Od tej kategorycznej regulacji jednakże przewidziano istotny wyjątek, po myśli bowiem art. 384 § 2 zd. 1 k.c., w razie gdy posługiwanie się wzorcem jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiąże on także wtedy, gdy druga strona mogła się z łatwością dowiedzieć o jego treści.

Niezależnie zatem od reguły z art. 384 § 1 k.c. – w realiach niniejszej sprawy związanej z ubezpieczaniem mienia od zdarzeń losowych – jak słusznie przyjął Sąd Apelacyjny, zachodzą podstawy do uznania, że strony umowy ubezpieczenia są związane wzorcem stosowanym przez ubezpieczyciela, jeżeli został on doręczony przed zawarciem umowy lub ubezpieczający mógł się z łatwością dowiedzieć o jego treści. Nie może bowiem budzić wątpliwości, że w stosunkach ubezpieczeniowych posługiwanie się ogólnymi warunkami ubezpieczenia jest powszechnie przyjęte. W niniejszej sprawie poza sporem pozostaje nie tylko to, że ogólne warunki ubezpieczenia zostały doręczone powódce przy okazji zawierania umów ubezpieczenia na poprzednie okresy, ale także to, że były powszechnie dostępne, choćby na stronie internetowej ubezpieczyciela.

W konsekwencji całkowicie bezzasadne pozostają twierdzenia powódki o braku możliwości zapoznania się ze stosowanymi przez pozwaną ogólnymi warunkami ubezpieczenia z tej racji, że różni ubezpieczyciele stosują różne ogólne warunki ubezpieczenia; dość wskazać ponownie, że przedmiotowy dokument znajdował się w posiadaniu powódki, co wyczerpuje przesłanki „łatwości dowiedzenia się” o jego treści. Czyni to zbędnym szerszą analizę zarzutów naruszenia art. 353 w zw. z art. 58 § 1 i 2 k.c. oraz art. 384 § 1, art. 65 § 1 i 2 w zw. z art. 70 § 1 i 2 k.c. oraz w zw. z art. 809 § 1 k.c., jak też art. 805 § 1 i 2 w zw. z art. 384 § 1 k.c. oraz art. 824 § 1 k.c., opartych na stanowisku, jakoby Sąd

Apelacyjny uznał, że ogólne warunki ubezpieczenia zostały doręczone powódce ze skutkiem prawnym po upływie pewnego czasu od zawarcia umowy ubezpieczenia.

10. Nie jest zasadny również ostatni zarzut przedstawiony w skardze kasacyjnej powódki, a mianowicie zarzut naruszenia art. 817 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 16 u.d.u.2003, który skutkować miał błędnym niezasądzeniem odsetek od przyznanej dodatkowo przez Sąd Apelacyjny kwoty odszkodowania od 7 grudnia 2011 r. (odsetki zasądzono dopiero od 31 grudnia 2013 r.). Przede wszystkim art. 16 u.d.u.2003 określał szczegółowe obowiązki zakładu ubezpieczeń po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, zaś w skardze powódka nie zarzucała, aby strona pozwana uchybiła któremukolwiek z tych obowiązków. Jeżeli zaś chodzi o dyspozycję art. 817 k.c., określającą termin spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela, liczony od zawiadomienia o wypadku, to wskazać trzeba, że Sąd Apelacyjny przedstawił dość obszerną argumentację, z jakich powodów uznał, że ubezpieczyciel pozostawał w zwłoce ze spełnieniem świadczenia na rzecz powódki dopiero od 31 grudnia 2013 r., zaś strona powodowa nie sformułowała pod kątem tego rozumowania celnych zastrzeżeń. Oczywiście jest, że likwidacja dużych lub skomplikowanych szkód wymaga niekiedy wielomiesięcznego postępowania likwidacyjnego, stąd ustawodawca zdecydował, że świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie niezbędnych okoliczności było możliwe. Nie doszło przy tym do określenia maksymalnego terminu na spełnienie świadczenia, a jego ustalenie wymaga analizy okoliczności konkretnego zdarzenia. Skarżący nie wykazał, że Sąd Apelacyjny ciążącemu na nim obowiązkowi nie sprostał, a mianowicie, by ocena dochowania przez ubezpieczyciela należytej staranności i rzetelności w zakresie ustalenia wysokości świadczenia była wadliwa. Równocześnie nie można pominąć czynności powódki, która dokonała zgłoszenia szkody, jednak wraz z tym zgłoszeniem nie przedłożyła pełnej dokumentacji technicznej, zaś 16 maja 2013 r. zgłosiła nową szkodę.

Dodatkowo, wobec zasadności skargi pozwanego nie sposób uznać, że doszło do naruszenia art. 817 k.c. przy zasądzeniu dodatkowej kwoty odszkodowania.

11. Na nieporozumieniu wydaje się opierać zarzut skargi kasacyjnej pozwanego odwołujący się do naruszenia art. 805 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 815 § 1 i 3 k.c. w zw. z art. 355 § 2 k.c. oraz w zw. z art. 4 u.d.u.r.2015. Przede wszystkim skarżący odwołuje się do art. 4 u.d.u.r.2015. Wprawdzie art. 482 u.d.u.r.2015 stanowi, że do umów ubezpieczenia zawartych przed dniem wejścia w życie ustawy stosuje się przepisy ustawy z bliżej określonymi wyjątkami, niemniej jednak chodzi w tym przypadku o umowy, które zostały zawarte przed dniem wejścia w życie ustawy z 2015 r. i były lub są kontynuowane pod rządami tej ustawy. Tymczasem przedmiotem sprawy jest stosunek umowny wykreowany w 2011 r.; jest oczywiste, że nie jest dopuszczalne dokonywanie oceny postanowień umowy ubezpieczenia zawartej w 2011 r. i trwającej do 2012 r. w oparciu o regulacje prawne z 2015 r.

Co więcej, obowiązki ubezpieczającego określone w art. 815 § 1 k.c. związane są z informowaniem ubezpieczyciela o czynnikach istotnych z punktu widzenia prawdopodobieństwa zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Do grupy tej nie zalicza się jednak wadliwego określenia wartości ubezpieczonego mienia w celu ustalenia w umowie właściwej sumy ubezpieczenia, ponieważ nie ma ona wpływu na oszacowanie ryzyka ponoszonego przez ubezpieczyciela. Podkreślenia wymaga, że w rozpoznawanej sprawie przedmiotem badania przez Sądy *meriti* nie było to, czy ubezpieczający podał informacje nieprawdziwe, czy też niepełne dane, które miały wpływ na ocenę ryzyka wystąpienia wypadku objętego umową i w konsekwencji wysokość składki. Uwaga Sądów skupiona była na tym, czy postanowienia umowne dotyczące skutków zaniżenia sumy ubezpieczenia można było uznać za niezgodnione (o czym była mowa wyżej) lub nieuczciwe (o czym będzie mowa niżej).

Skarżący ma jedynie rację, podnosząc, że nie sposób skutecznie przerzucić na ubezpieczyciela konsekwencji zaniżenia sumy ubezpieczenia przez ubezpieczającego. Wskazać należy, że co do zasady strony mają swobodę określenia wysokości sumy ubezpieczenia i nie ma wynikającego z przepisów prawa obowiązku, aby w przypadku ubezpieczenia mienia wysokość ta odpowiadała wartości ubezpieczonego mienia. Poza wyjątkowymi wypadkami przepisy prawa nie kreują obowiązku ubezpieczyciela weryfikowania podawanych przez ubezpieczającego informacji będących podstawą określenia sumy

ubezpieczenia; nałożenie takiego obowiązku byłoby sprzeczne z potrzebami obrotu, istotnie zwiększając zakres obowiązków przedumownych ubezpieczyciela i podwyższając koszty działalności ubezpieczeniowej. Sąd Apelacyjny, uwzględniając powództwo ponad kwotę zasądzoną przez Sąd Okręgowy, oparł się jednak na tym, że niedopuszczalne było obniżenie wysokości odszkodowania z powodu zaniżenia sumy ubezpieczenia; swojego rozstrzygnięcia nie uzasadniał natomiast tym, że zaniżenie sumy ubezpieczenia miałoby być zawinione przez ubezpieczyciela.

12. Skarga kasacyjna pozwanego ubezpieczyciela zasługuje na uwzględnienie z powodu zasadności podstawowego postawionego w niej zarzutu. Centralnym problemem podniesionym w skardze kasacyjnej pozwanego jest problem dopuszczalności zastosowania reguły proporcji. W dotychczasowym orzecznictwie Sądu Najwyższego nie wykluczono w sposób bezwzględny dopuszczalności zastosowania tej reguły przy niedoubezpieczeniu (wyroki SN: z 7 października 2010 r., IV CSK 149/10; z 16 października 2014 r., III CSK 302/13, OSNC 2015, nr 10, poz. 121; z 15 maja 2015 r., V CSK 470/14, OSNC 2016, nr 4, poz. 48; z 28 maja 2019 r., II CSK 454/18), za wyjątkiem stosunków konsumenckich (wyroki SN: z 16 października 2014 r., III CSK 302/13, OSNC 2015, nr 10, poz. 121 i z 9 sierpnia 2016 r., II CSK 743/15), albo stosunków między ubezpieczycielem a osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, do których – zgodnie z art. 805 § 4 k.c. – przepisy te mają odpowiednie zastosowanie (wyrok SN z 10 czerwca 2016 r., IV CSK 624/15; zob. też wyrok SN z 15 maja 2015 r., V CSK 470/14, OSNC 2016, nr 4, poz. 48).

Przed przedstawieniem stanowiska co do powyższego problemu przypomnienia wymaga, że przy ubezpieczeniu majątkowym świadczenie ubezpieczyciela ma charakter odszkodowawczy, a wysokość odszkodowania zależy m.in. od sumy ubezpieczenia (kwoty, na jaką dana rzecz została ubezpieczona) i wysokości szkody. Czynnikiem limitującym górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela jest wskazana w art. 824 § 1 k.c. suma ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia może zostać ustalona na poziomie równym, większym, jak i mniejszym od wartości ubezpieczeniowej. Tę ostatnią stanowi

wyrażona w jednostkach pieniężnych rzeczywista (rynkowa) wartość przedmiotu ubezpieczenia.

W przypadku niedoubezpieczenia (gdy suma ubezpieczenia jest mniejsza od wartości ubezpieczeniowej) odpowiedzialność ubezpieczyciela kształtuje się zależnie od przyjęcia jednego z dwóch systemów odpowiedzialności: systemu odpowiedzialności na pierwsze ryzyko albo systemu odpowiedzialności proporcjonalnej. Przy odpowiedzialności na pierwsze ryzyko ubezpieczyciel pokrywa całość poniesionej szkody, z uwzględnieniem oczywiście sumy ubezpieczenia jako limitu odpowiedzialności oraz ewentualnych innych ograniczeń odpowiedzialności (np. udziały własne, franszyzy redukcyjne). W systemie odpowiedzialności proporcjonalnej ubezpieczyciel odpowiada za szkody w takim stosunku, w jakim suma ubezpieczenia pozostaje do wartości ubezpieczenia. Jak łatwo zauważyć, różnica między obydwoma systemami odnosi się w praktyce do tzw. szkód częściowych, ponieważ w razie szkody całkowitej odszkodowanie nie pokryje jej pełnej wysokości, a ubezpieczyciel zobowiązany będzie świadczyć po prostu kwotę równą sumie ubezpieczenia. Kodeks cywilny nie przesądza wyraźnie dopuszczalności lub niedopuszczalności przyjęcia któregoś z tych systemów, a w szczególności nie przesądza, że system odpowiedzialności proporcjonalnej narusza właściwość (naturę) umowy ubezpieczenia majątkowego (lądowego).

W ocenie Sądu Najwyższego niewątpliwie nie ma podstawy, by uznać regułę proporcji za niedopuszczalną a *limine*, jak uczynił to Sąd Apelacyjny. Za prezentowanym stanowiskiem przemawia kilka racji. Po pierwsze, Kodeks morski jako zasadę przyjmuje zasadę odpowiedzialności proporcjonalnej, a nie na pierwsze ryzyko. Zgodnie z art. 302 § 4 Kodeksu morskiego, jeżeli określona w umowie suma ubezpieczenia jest niższa od wartości ubezpieczenia, ubezpieczyciel odpowiada za szkody w stosunku, w jakim pozostaje suma do wartości ubezpieczenia. Brak tożsamej regulacji w Kodeksie cywilnym nie może być argumentem na rzecz tezy, iż reguła proporcji jest wykluczona poza ubezpieczeniami regulowanymi przepisami Kodeksu morskiego. Na zastosowanie tej reguły poza tymi stosunkami prawnymi pozwala art. 824 k.c., o ile strony umówią się w ten sposób.

Po drugie, reguła proporcji od lat funkcjonuje w polskim systemie ubezpieczeń gospodarczych, zaś jej usunięcie (bez interwencji ustawodawcy) prowadziłoby do zawężenia oferowanych na rynku polskim wariantów ubezpieczenia majątkowego.

Po trzecie, system ten jest znany jako wariant podstawowy w wielu europejskich systemach prawnych, a także w modelowych regulacjach międzynarodowych (zob. np. art. 8:102 (2) *Principles of European Insurance Contract Law*), stąd jego brak w polskim porządku prawnym prowadziłby do trudnej do rozsądnego wyjaśnienia różnicy w porównaniu z porządkami państw obcych.

Po czwarte – system ten nie kłóci się co do zasady z naturą (właściwością) umowy ubezpieczenia majątkowego, jak też z zasadami współżycia społecznego. System ten w istocie, wbrew temu co się mu zarzuca, pozwala na zachowanie ekwiwalentności świadczenia ubezpieczającego i poziomu ochrony ubezpieczeniowej. Uwzględnia on, że w przypadku niedoubezpieczenia wzrasta ryzyko ubezpieczyciela, gdyż poszerza się zakres wypadków ubezpieczeniowych, które mogą doprowadzić do konieczności świadczenia w wysokości równej pełnej sumie ubezpieczenia. O ile w razie ubezpieczenia na kwotę równą lub wyższą od wartości ubezpieczonego mienia świadczenie w takiej wysokości będzie należne tylko w przypadku całkowitej utraty przedmiotu ubezpieczenia, o tyle przy niedoubezpieczeniu może to nastąpić także w przypadku szkód częściowych.

Wreszcie, po piąte – zasada proporcji pozwala na stosowanie przez ubezpieczycieli niższych stawek taryfowych niż w wariancie ubezpieczenia na pierwsze ryzyko, czym mogą być zainteresowani sami ubezpieczający.

System proporcji nie może zostać *a limine* i każdorazowo uznany za kształtujący prawa i obowiązki ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami czy naruszający zasady uczciwego obrotu, o ile oczywiście odnosi się on do proporcjonalnego obniżenia odszkodowania. Zasadniczo za niedopuszczalne uznać należałoby natomiast takie jego ukształtowanie, w którym w razie szkody całkowitej lub innej szkody przekraczającej wysokość sumy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami wzorca umowy proporcja sumy ubezpieczenia do wartości ubezpieczenia miałaby zostać zastosowana nie do szkody, lecz do samej sumy

ubezpieczenia. Wówczas bowiem oznaczałoby to, że ubezpieczony w żadnym wypadku nie może otrzymać odszkodowania równego sumie ubezpieczenia.

Z powyższych względów należy uznać za uzasadniony zarzut naruszenia art. 805 § 1 i 2, 807 § 1, 824 § 1 w zw. z art. 353¹ k.c. oraz w zw. z art. 65 k.c. Zastrzeżona w ogólnych warunkach ubezpieczenia klauzula proporcji ograniczająca odpowiedzialność ubezpieczyciela za szkodę będącą skutkiem wypadku ubezpieczeniowego proporcjonalnie do wartości przedmiotu ubezpieczenia nie wymagała indywidualnego uzgodnienia oraz nie narusza zasady równości stron i nie zaprzecza zasadzie lojalności w stosunku ubezpieczenia.

13. Powyższe racje uzasadniały oddalenie skargi kasacyjnej powódki na mocy art. 398¹⁴ k.p.c.

Stwierdzenie zasadności zarzutu kasacyjnego zawartego w skardze kasacyjnej pozwanego ubezpieczyciela prowadziło natomiast na mocy art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. do uchylenia zaskarżonego wyroku w punkcie I i III, i w tym zakresie przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu w Katowicach.