



Sygn. akt II CSKP 704/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 stycznia 2023 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

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

w sprawie z powództwa G. K.
przeciwko P. spółce akcyjnej w W.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym 12 stycznia 2023 r.
w Izbie Cywilnej w Warszawie
skargi kasacyjnej powódki
od wyroku Sądu Okręgowego w Kielcach
z 10 stycznia 2020 r., sygn. akt II Ca 1504/19,

- 1. oddala skargę kasacyjną,**
- 2. zasądza od G. K. na rzecz P. spółki akcyjnej w W.
kwotę 2700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu
kosztów postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Wyrokiem z 31 lipca 2019 r. Sąd Rejonowy w Sandomierzu zasądził od pozwanego P. S.A. na rzecz powódki G. K. kwotę 72 000 zł z odsetkami, tytułem

świadczenia należnego jej z ubezpieczenia na życie zmarłego męża – A. K..

Sąd pierwszej instancji ustalił, że mąż powódki był pracownikiem Urzędu Skarbowego w S. Do 31 grudnia 2014 r. objęty był, zapewnianym przez pracodawcę, grupowym ubezpieczeniem na życie w P. S.A. Od 1 stycznia 2015 r., w związku ze zmianą podmiotu ubezpieczającego pracowników Urzędu Skarbowego w S., A. K. przystąpił do grupowego ubezpieczenia na życie oferowanego przez „C. spółka akcyjna”. Umowa z tym ubezpieczycielem wygasła 31 marca 2018 r., w związku z czym Krajowa Administracja Skarbowa Izba Administracji Skarbowej w K. zaproponowała funkcjonariuszom Izby przystąpienie do ubezpieczenia w ramach oferty ubezpieczenia grupowego pozwanego P. S.A.

W dniu 1 kwietnia 2018 r. mąż powódki „w ramach zatrudnienia w Urzędzie Skarbowym w S.” przystąpił do umowy ubezpieczenia z pozwanym ubezpieczycielem na podstawie umowy zawartej 1 marca 2018 r. przez Izbę Administracji Skarbowej w K. Składki z tytułu ubezpieczenia były potrącane przez pracodawcę z wynagrodzenia.

Zgodnie z obowiązującymi w ramach stosunku ubezpieczenia ogólnymi warunkami ubezpieczeń (dalej: „OWU”) przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego; w wypadku śmierci ubezpieczyciel zobowiązany był wypłacić sześciokrotność sumy ubezpieczenia, co równe było dochodzonej kwocie 72 000 zł. Osobą uprawnioną do świadczenia była powódka. Zgodnie z § 26 ust. 3 OWU ubezpieczyciel nie ponosił odpowiedzialności z tytułu śmierci ubezpieczonego, która nastąpiła m.in. na skutek samobójstwa ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego. W postanowieniach dodatkowych do umowy, uzgodnionych w ramach zawartej umowy ubezpieczenia grupowego, ustalono, że dwuletni okres wyłączonej odpowiedzialności w przypadku śmierci ubezpieczonego spowodowanej samobójstwem zostanie skrócony do 6 miesięcy od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego.

A. K. zmarł wskutek samobójstwa 17 maja 2018 r. Przed śmiercią leczył się na depresję. Pozwany ubezpieczyciel odmówił powódce wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia, powołując się na to, że od chwili

objęcia męża powódki ubezpieczeniem nie upłynęły terminy, po których ubezpieczyciel odpowiadałby za samobójstwo ubezpieczonego.

Uwzględniając powództwo w całości, Sąd pierwszej instancji uznał, że § 26 ust. 3 OWU oraz art. 833 k.c. należy interpretować zgodnie z zasadami wykładni celowościowej. Wprowadzenie przewidzianego w nich terminu, który maksymalnie może zostać skrócony do 6 miesięcy, miało na celu zapobieżenie zawieraniu umów ubezpieczenia na życie tylko po to, by zapewnić najbliższym środki finansowe, jakie mogliby uzyskać wskutek samobójstwa ubezpieczonego popełnianego w krótkim czasie od zawarcia umowy. Do umów pracowniczego grupowego ubezpieczenia na życie należy jednak podejść inaczej niż do umów indywidualnych. Po przystąpieniu do ubezpieczenia grupowego ubezpieczony nie ma wpływu na to, któremu ubezpieczycielowi pracodawca powierzy w przyszłości ubezpieczenie pracowników, w razie zaś zmiany ubezpieczyciela następuje kontynuacja ochrony wynikającej z ubezpieczenia grupowego, jedynie potwierdzana deklaracją ubezpieczonego. Przyjęcie, że w przypadku każdorazowej zmiany ubezpieczyciela termin określony w art. 833 k.c. biegnie od początku, skutkowałoby pozbawieniem uposażonego realnej ochrony wynikającej z tej regulacji. Ubezpieczający i ubezpieczyciel mieliby możliwość dowolnego wydłużania okresu karencji. Wypaczałoby to jej cel, gdy decyzja o przystąpieniu do ubezpieczenia została już dawno podjęta, a złożenie deklaracji kolejnemu ubezpieczycielowi oznacza jedynie podtrzymanie woli wyrażonej wcześniej.

Mając to na uwadze, Sąd Rejonowy przyjął, że, ponieważ mąż powódki od 1 stycznia 2015 r. korzystał z grupowego ubezpieczenia na życie funkcjonującego w jego zakładzie pracy, a 1 kwietnia 2018 r. jedynie przystąpił do umowy ze stroną pozwaną, oznacza to, że zachował ciągłość ochrony ubezpieczeniowej u pozwanego i nie można go obarczać skutkami decyzji co do zmiany ubezpieczyciela. Samobójstwo ubezpieczonego mogłoby zwolnić ubezpieczyciela z odpowiedzialności, jedynie gdyby zostało popełnione w ciągu 2 lat od zawarcia pierwszej umowy.

Na skutek apelacji pozwanego ubezpieczyciela Sąd Okręgowy w Kielcach wyrokiem z 10 stycznia 2020 r. zmienił wyrok Sądu pierwszej instancji i oddalił

powództwo. Sąd Okręgowy uznał, że nie ma podstaw do przyjęcia, iż umowa ubezpieczenia grupowego zawarta z pozwanym stanowi kontynuację umowy obowiązującej uprzednio, podkreślając, że umowa ta została zawarta między innymi podmiotami. Ponieważ zgon A. K. spowodowany samobójstwem nastąpił niecałe dwa miesiące od początku odpowiedzialności pozwanego, to pozwany nie ponosi odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

Powódka wniosła skargę kasacyjną od wyroku Sądu Okręgowego, zaskarżając ten wyrok w całości, wnosząc o jego uchylenie oraz przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Kielcach do ponownego rozpoznania, ewentualnie o rozstrzygnięcie sprawy co do istoty.

Powódka powołała się na zarzut naruszenia prawa materialnego w postaci art. 833 k.c., co miało nastąpić przez uznanie, że w sprawie nie upłynęły dwa lata od zawarcia umowy, podczas gdy przy grupowych umowach ubezpieczenia na życie zawieranych między ubezpieczycielem a pracodawcą ubezpieczonego termin dwuletni powinien być liczony od dnia zawarcia umowy po raz pierwszy u danego pracodawcy. Podniesione zostały również zarzuty naruszenia prawa procesowego w postaci art. 233 § 1 w zw. z art. 386 § 1 k.p.c. oraz art. 385 k.p.c.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną pozwany wniosł o jej oddalenie i zasądzenie od powódki kosztów postępowania kasacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Oczywiście bezzasadne były zarzuty naruszenia przepisów postępowania. Zgodnie z art. 385 k.p.c. sąd drugiej instancji oddala apelację, jeżeli jest ona bezzasadna. Naruszenie tego przepisu mogłoby hipotetycznie nastąpić, gdyby sąd, uznając bezzasadność apelacji, podjął co do niej inną decyzję niż oddalenie. Zarzut skarżącego niezastosowania tego przepisu, gdy Sąd drugiej instancji uznał apelację za uzasadnioną i zmienił zaskarżony wyrok, jest w rzeczywistości pozbawiony samodzielnej treści – nie może zostać uwzględniony bez dokonania oceny innych zarzutów skargi kasacyjnej. Jeżeli zarzuty te okazałyby się bezzasadne, oznaczałoby to, że art. 385 k.p.c. nie został naruszony. W przeciwnym wypadku zaskarżony wyrok i tak musiałby ulec uchyleniu, niezależnie od tego, czy

jednocześnie zarzucono naruszenie art. 385 k.p.c., czy też nie postawiono takiego zarzutu.

Zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. jest z kolei niedopuszczalny, gdyż zgodnie z art. 398³ § 3 k.p.c. podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów. Bliższa analiza uzasadnienia tego zarzutu wskazuje jednak, że skarżąca nie podważa ustaleń faktycznych przyjętych przez orzekające w sprawie Sądy, a raczej podkreśla niektóre elementy tych ustaleń, co ma prowadzić do wniosku, że umowa ubezpieczenia zawarta z pozwanym ubezpieczycielem była kontynuacją umów poprzednich. Ta kwestia podlega jednak ocenie w ramach zarzutu naruszenia prawa materialnego.

Najistotniejsze znaczenie dla oceny zasadności skargi kasacyjnej ma zarzut naruszenia art. 833 k.c. W związku z tym należy wskazać, że § 26 ust. 3 OWU w odniesieniu do samobójstwa ubezpieczonego zawiera unormowanie zasadniczo odpowiadające temu, co wynika ze zdania pierwszego wymienionego przepisu Kodeksu cywilnego, z zastrzeżeniem jedynie, że dwuletni okres, w którym ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki samobójstwa ubezpieczonego, rozpoczyna bieg z chwilą rozpoczęcia odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego, a nie z chwilą zawarcia umowy ubezpieczenia. Dopuszczalność wprowadzenia takiego uregulowania może budzić kontrowersje. Z jednej strony należy wskazać, że art. 833 k.c., jak większość przepisów Kodeksu cywilnego dotyczących umowy ubezpieczenia, ma charakter bezwzględnie wiążący (zob. art. 807 k.c.), przy czym wykładnia językowa nie rodzi wątpliwości co do tego, że początkiem biegu dwuletniego okresu jest chwila zawarcia umowy. Z drugiej jednak strony racje celowościowe przemawiają za przyjęciem, że w umowach ubezpieczenia na cudzy rachunek, a zwłaszcza w umowach ubezpieczenia grupowego, wskazany termin powinien rozpoczynać bieg od chwili objęcia ochroną konkretnego ubezpieczonego, co może niekiedy następować po upływie znacznego czasu od zawarcia umowy. Kwestia ta nie ma jednak znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, gdyż niezależnie od tego, czy za początek biegu terminu przyjąć – zgodnie z art. 833 k.c. – chwilę zawarcia umowy (1 marca 2018 r.), czy też – zgodnie z § 26 ust. 3 OWU – chwilę rozpoczęcia odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego (1 kwietnia 2018 r.),

nie ulega wątpliwości, że samobójstwo nastąpiło przed upływem terminu, w czasie którego ubezpieczyciel nie ponosił odpowiedzialności za skutki samobójstwa.

W stosunkach ubezpieczenia zasadą jest, że wypadek ubezpieczeniowy, (zdarzenie powodujące powstanie obowiązku świadczenia ubezpieczyciela) powinien mieć charakter zdarzenia losowego. Zdarzenie takie w aktualnym stanie prawnym definiowane jest w art. 3 pkt 57 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej; należy przez nie rozumieć „niezależne od woli ubezpieczającego lub ubezpieczonego zdarzenie przyszłe i niepewne, którego wystąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową”. Z definicji tej wynika, że co do zasady zdarzenie zależne od woli ubezpieczonego, do którego doprowadził on umyślnie, nie jest zdarzeniem losowym (wypadkiem ubezpieczeniowym) i nie powoduje po stronie ubezpieczyciela powstania obowiązku świadczenia.

Artykuł 833 k.c. wprowadza wyjątek od tej zasady, który uzasadnia się względami humanitarnymi. W razie braku tego przepisu samobójstwo ubezpieczonego nie powodowałoby obowiązku świadczenia po stronie ubezpieczyciela, niezależnie od tego, jak długi czas upłynął od zawarcia umowy. Jednocześnie podkreśla się, że konieczność przestrzegania pewnego okresu karencji od nawiązania stosunku ubezpieczenia, w czasie którego ubezpieczyciel nie może przyjąć na siebie odpowiedzialności za samobójstwo, ma na celu zminimalizowanie ryzyka powstania sytuacji, w której umowa ubezpieczenia na życie zostałaby zawarta w tym celu, aby wskutek samobójstwa przysporzyć środków majątkowych osobom bliskim ubezpieczonego. Upływ odpowiedniego terminu, którego minimalny rozmiar w prawie polskim został ustalony na 6 miesięcy, istotnie zmniejsza ryzyko takiej motywacji. Celem zastrzeżenia tego terminu nie jest przy tym, przynajmniej w pierwszej kolejności, ochrona interesu majątkowego ubezpieczyciela, ale wartość ogólnospołeczna w postaci potrzeby uniknięcia sytuacji, w której funkcjonowanie ubezpieczeń na życie mogłoby stanowić dodatkowy czynnik sprzyjający popełnianiu samobójstw.

Powyższe wnioski co do art. 833 k.c. jako regulacji o charakterze wyjątkowym nakazują przyjęcie jego ścisłej wykładni, co jest istotne dla rozstrzygnięcia o zasadności skargi kasacyjnej.

Przedmiotem sporu w niniejszej sprawie była kwestia, czy stosunek ubezpieczenia, w ramach którego ochroną objęty był A. K., stanowił kontynuację poprzedniego stosunku ubezpieczenia obowiązującego od początku 2015 r. Nie ulega wątpliwości, że nie można w tym przypadku mówić o kontynuacji w znaczeniu prawnym. W ustalonym stanie faktycznym nie doszło do przeniesienia praw ani obowiązków z poprzedniej umowy, lecz nawiązany został nowy stosunek prawny, co wymagało zawarcia nowej umowy ubezpieczenia między ubezpieczającym (pracodawcą A. K.) a nowym ubezpieczycielem oraz złożenia przez A. K. nowego oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia, a ściślej – oświadczenia, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej (art. 829 § 2 k.c.). Ustalenia Sądów orzekających w sprawie nie pozwalają na przyjęcie, że w jakimkolwiek zakresie doszło do sukcesji praw lub obowiązków z poprzedniego stosunku prawnego. Mając to na uwadze, o kontynuacji poprzedniego ubezpieczenia można w analizowanym stanie faktycznym mówić jedynie w znaczeniu czysto potocznym, oderwanym od istniejących stosunków prawnych.

Termin dwuletni (lub sześciomiesięczny) wynikający z art. 833 k.c. należy liczyć od zawarcia umowy ubezpieczenia, przy czym wykładnia językowa nie pozwala na wątpliwości co do tego, że chodzi o umowę, z której wywodzone jest roszczenie, a nie jakąkolwiek umowę zawartą wcześniej, nawet gdyby potocznie mogło się wydawać, że umowa późniejsza jest kontynuacją umowy zawartej poprzednio.

Według utrwalonych zasad interpretacji przepisów wykładnia językowa ma podstawowe znaczenie, a dopiero gdy nie daje jednoznacznych rezultatów, można sięgnąć do dyrektyw innego rodzaju. Wbrew wypowiedzanym niekiedy poglądom przyznanie prymatu wynikom wykładni językowej nie może zostać uznane za anachronizm, lecz stanowi jedną z podstawowych gwarancji praworządności. Wykładnia językowa w porównaniu do funkcjonalnej cechuje się znacznie większym stopniem obiektywizmu – wyniki tej wykładni z założenia powinny być tożsame lub

bardzo podobne, nawet jeżeli jest ona dokonywana przez różne podmioty, pod warunkiem, że podmioty te mają takie same kompetencje w posługiwaniu się językiem, w którym wyrażony został przepis prawa.

Inaczej jest w przypadku wykładni funkcjonalnej. Przy tym rodzaju interpretacji w praktyce – mimo odwoływania się m.in. do aksjologicznej spójności systemu prawnego i wartości preferowanych przez ustawodawcę – na ostateczny rezultat zasadniczy wpływ mają wartości preferowane przez konkretnego interpretatora. Odejście od jednoznacznych wyników wykładni językowej stanowiłoby zagrożenie dla pewności prawa stanowionego przez uprawnionego prawodawcę. Zasada bezwzględnej preferencji dla rezultatów wykładni językowej chroni zasady praworządności w ten sposób, że ogranicza zakres dyskrecyjnej władzy sędziów nad tekstem aktu prawnego. W innym przypadku adresat normy prawnej mógłby być zaskakiwany znaczeniem uzyskanym przez zastosowanie pozajęzykowych reguł interpretacji i kwalifikacją rozstrzyganego stanu rzeczy, odmienną niż przyjmowana przez niego na podstawie przekonania o jasności tekstu prawnego (zob. szerzej uzasadnienie uchwały SN z 9 grudnia 2021 r., III CZP 103/20, OSNC 2022, nr 7-8, poz. 74).

Z powyższych przyczyn Sąd Najwyższy w składzie rozpoznającym skargę kasacyjną nie mógł podzielić, opartego wyłącznie na wnioskach wynikających z wykładni funkcjonalnej, stanowiska Sądu Najwyższego zajętego w wyroku z 3 listopada 2022 r., II CSKP 82/22, zgodnie z którym termin określony w art. 833 k.c. można liczyć od chwili zawarcia innej (zawartej z innym podmiotem) umowy ubezpieczenia niż ta, na podstawie której uposażony żąda spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela. Przyjęcie takiego założenia, opartego na potocznym rozumieniu pojęcia kontynuacji stosunku ubezpieczenia, mogłoby prowadzić do szeregu wątpliwości i trudnych do rozstrzygnięcia kontrowersji w praktyce.

W szczególności nie byłoby jasne, czy zasadę liczenia terminu z art. 833 k.c. od chwili zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia (albo objęcia ochroną na podstawie tej umowy konkretnego ubezpieczonego) należałoby stosować niezależnie od różnic w warunkach pierwotnego ubezpieczenia i tego, na podstawie którego dochodzone jest świadczenie. Ustalenia faktyczne przyjęte przez Sądy

powszechne nie pozwalają na stwierdzenie, czy różnice takie występowały w niniejszej sprawie, jednak zważywszy na brak standaryzacji ogólnych warunków ubezpieczeń stosowanych przez różnych ubezpieczycieli, wystąpienie różnic jest bardzo prawdopodobne. Gdyby były one znaczące, a zwłaszcza gdyby odnosiły się do wysokości sumy ubezpieczenia, przyjęcie, że zawarcie pierwszej umowy ubezpieczenia (albo objęcie ochroną w ramach tej umowy) oznacza rozpoczęcie terminu z art. 833 k.c. dla kolejnych umów, godziłoby w cel zastrzeżenia minimalnego terminu karencji. Nie wykluczałoby to motywowania ubezpieczonego do popełnienia samobójstwa przez uzyskanie tuż przed śmiercią ochrony ubezpieczeniowej na poziomie wyższym niż dotychczasowy.

Wątpliwości wynikające z przyjęcia założenia przedstawionego w wyroku z 3 listopada 2022 r., II CSKP 82/22, budziłyby również sytuacje, w których ubezpieczyciel, ubezpieczający określoną grupę osób fizycznych, nie wie, że wcześniej osoby te były objęte umową zawartą z innym ubezpieczycielem – w takiej sytuacji trudno twierdzić, że nowy ubezpieczyciel powinien się liczyć z tym, iż okres karencji przewidziany w art. 833 k.c. już upłynął. Nie jest też jasne, czy zasada określona w wymienionym orzeczeniu miałaby zastosowanie, gdyby wystąpiła przerwa w ciągłości ubezpieczenia. Jeżeli – co jest sugerowane w uzasadnieniu przywołanego wyżej orzeczenia – zasadę tę rozszerzyć także na ubezpieczenia indywidualne, oprócz wskazanych kwestii, w praktyce mogłyby pojawiać się przypadki ubezpieczeń podwójnych i wielokrotnych, całkowicie dopuszczalnych w ubezpieczeniach na życie. W takich sytuacjach liczenie początku biegu terminu określonego w art. 833 k.c. od zawarcia pierwszej umowy godziłoby w sposób oczywisty w sens tego przepisu.

Przyjęta w niniejszym orzeczeniu wąska wykładnia art. 833 k.c. jest zgodna z tendencją występującą w obcych systemach prawnych, w których wyjątki umożliwiające wypłatę świadczenia w razie samobójstwa ubezpieczonego ujęte są zdecydowanie wężiej niż w prawie polskim. Tak np. § 169 austriackiej ustawy o umowie ubezpieczenia w ogóle nie przewiduje obowiązku spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela na życie w razie samobójstwa ubezpieczonego. Z kolei zgodnie z § 161 ust. 1 niemieckiej ustawy o umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel powinien spełnić świadczenie jedynie, jeżeli do samobójstwa doszło po upływie

trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie. W prawie niemieckim przyjmuje się, że nawet przedłużenie umowy ubezpieczenia z tym samym ubezpieczycielem (a tym bardziej zawarcie z nim nowej umowy) powoduje, że termin, w którym ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, biegnie od początku (zob. wyrok Wyższego Sądu Krajowego w Saarbrücken z 30 maja 2007, 5 U 704/06). Kwestia nawiązania stosunku prawnego z innym ubezpieczycielem nie jest zaś w ogóle rozważana.

Z tych przyczyn Sąd Najwyższy oddalił skargę kasacyjną na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c.

O kosztach postępowania kasacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3, art. 99, 108 § 1 w zw. z art. 398²¹ k.p.c. Suma zwrotu kosztów określona została na podstawie § 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 4 pkt 2 i § 20 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych.