



Sygn. akt III CSK 332/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 marca 2020 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Marta Romańska (przewodniczący)

SSN Krzysztof Pietrzykowski

SSN Maria Szulc (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa M. M.
przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń (...) S.A. z siedzibą w W.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej
w dniu 13 marca 2020 r.,
skargi kasacyjnej powoda od wyroku Sądu Okręgowego w K.
z dnia 20 grudnia 2016 r., sygn. akt II Ca (...),

1) oddala skargę kasacyjną;

2) przyznać od Skarbu Państwa Sądowi Okręgowemu w K. na rzecz r.pr. D. G. wynagrodzenie w kwocie 2700,- (dwa tysiące siedemset) złotych podwyższone o stawkę podatku VAT tytułem udzielenia powodowi nieodpłatnej pomocy prawnej;

3) nie obciążać powoda obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego na rzecz pozwanego.

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w K. oddalił apelację powoda od wyroku Sądu Rejonowego w K., którym oddalono powództwo powoda o zasądzenie kwoty 52 154,70 zł tytułem odszkodowania z umowy ubezpieczenia do umowy pożyczki zawartej z Bankiem.

Ustalił, że w dniu 11 lutego 2004 r. Towarzystwo (...) S.A. zawarło z (...) Bankiem S.A. umowę generalną ubezpieczenia na wypadek śmierci lub czasowej niezdolności do pracy wskutek choroby albo nieszczęśliwego wypadku kredytobiorców zaciągających kredyt w (...) Bank S.A. W wykonaniu umowy ubezpieczenia Bank jako Ubezpieczyciel działał wobec Towarzystwa we własnym imieniu na rzecz Kredytobiorcy, który po objęciu ubezpieczeniem stawał się ubezpieczonym. Zgodnie z § 2 ust. 2 umowy zakresem odpowiedzialności Towarzystwa objęta była czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego w stosunku do osób prowadzących własną działalność gospodarczą i osób uzyskujących dochody z tytułu umów cywilnoprawnych, przez którą rozumiano orzeczonej przez lekarza okres czasowej niezdolności do pracy potwierdzony drukiem ZUS ZLA, który trwa co najmniej 60 dni.

W myśl § 8 ust. 3 odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych wygasa także z końcem dnia, w którym została rozwiązana umowa kredytu na skutek upływu jej okresu wypowiedzenia przez ubezpieczającego.

W dniu 22 września 2009 r. M. M. zawarł z (...) Bankiem S.A. umowę pożyczki na kwotę 39 709,63 zł. W § 1 pkt 9 umowy strony ustaliły, że zabezpieczeniem umowy będzie ubezpieczenie z tytułu śmierci, inwalidztwa i medical assistance oraz czasowej niezdolności do pracy. Powód złożył oświadczenie o przystąpieniu jako ubezpieczony do umowy ubezpieczenia i wskazał Bank jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.

W 2010 r. zdiagnozowano u powoda przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C oraz marskość wątroby. W okresach pobytu w szpitalu był czasowo niezdolny do pracy (15 – 17 lipca 2010 r., 31 sierpnia – 2 września 2010 r., 25 – 27

listopada 2010 r., 16 – 18 sierpnia 2011 r., 22 – 24 stycznia 2012 r., 11 – 16 października 2012 r. i 16 – 18 września 2013 r.). W dniu 30 września 2010 r. lekarz orzecznik ZUS stwierdził, że powód był częściowo niezdolny do pracy w okresie od 15 lipca 2010 r. do 31 października 2011 r. W dniu 15 listopada 2012 r. powód skierował do Banku wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy lecz zobowiązano go do złożenia druku wypełnionego przez lekarza, dokumentu potwierdzającego stan prawny prowadzonej działalności oraz druków ZUS ZLA na okresy zwolnień. W dniu 21 stycznia złożył również wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa.

TU (...) odmówiło wypłaty świadczenia z uwagi na brak spełnienia definicji „inwalidztwa” i „czasowej niezdolności do pracy”.

W dniu 25 stycznia 2013 r. Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności uznał na stałe powoda za niepełnosprawnego w stopniu lekkim.

Od 20 lutego 2014 r. powód przebywał na zwolnieniu lekarskim przez sześć miesięcy i był czasowo niezdolny do pracy.

Sąd Okręgowy podzielił stanowisko Sądu pierwszej instancji, że powód nie wykazał, iż w czasie trwania stosunku ubezpieczeniowego był czasowo niezdolny do pracy w rozumieniu § 1 ust. 1 pkt 11 umowy generalnej ubezpieczenia. Sam wskazał, że nie pobierał zwolnień lekarskich, co było koniecznym wymogiem udokumentowania niezdolności do pracy ubezpieczonego. Zgodnie z § 12 ust. 6 umowy generalnej ubezpieczenia wystąpienie czasowej niezdolności do pracy stwierdza Towarzystwo na podstawie dołączonego przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego orzeczonego przez lekarza okresu czasowej niezdolności do pracy potwierdzonego drukiem ZUS ZLA. W ocenie Sądu drugiej instancji zapis ten jest jednoznaczny i wskazuje wyraźnie, że okres czasowej niezdolności do pracy ma być orzeczonego przez lekarza i potwierdzonego odpowiednim zaświadczeniem. Powód pomimo prowadzenia działalności gospodarczej mógł pobrać odpowiednie zaświadczenie lekarskie stanowiące dowód zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Taki obowiązek nie może być uznany za nadmierne obciążenie ubezpieczonego pozostające w sprzeczności z dobrymi obyczajami lub zasadami

współżycia społecznego, zważywszy na zakres ubezpieczenia i ograniczenie odpowiedzialności pozwanej do sześciu rat kredytu w ciągu całego okresu ochrony. Wykazanie zatem dokumentami okresu, w jakim powód pozostawał w czasowej niezdolności do pracy jest konieczne do określenia zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela.

W ocenie Sądu Okręgowego Sąd Rejonowy szczegółowo rozważył te okoliczności nie poprzestając tylko na dokumentach ale czyniąc ustalenia na podstawie dokumentacji przedstawionej przez powoda oraz biegłego z zakresu medycyny. Biegły stwierdził, że powód był częściowo niezdolny do pracy i podkreślił, iż „częściowo niezdolny od pracy” nie stanowi synonimu zwrotu „czasowo niezdolny do pracy”. Nie można więc przyjąć, że przedstawione przez powoda zaświadczenie o częściowej niezdolności do pracy w określonych okresach od dnia 15 lipca 2010 r. do 31 października 2011 r. prowadzi do stwierdzenia, że w tym okresie powód był czasowo niezdolny do pracy. Udowodnienie okoliczności, że powód poza pobytami w szpitalu w okresie 21 dni, był wyłączony od świadczenia pracy na dłuższy okres, spoczywa na powodzie.

Zarzut naruszenia art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej nie jest trafny, bo postanowienia umowy ramowej ubezpieczenia są tak jednoznaczne, że każda osoba mogła zrozumieć jej treść. Trudno za niejednoznaczne uznać definicję „czasowej niezdolności do pracy”, której określono czas, w jakim ta niezdolność ma istnieć, a także stwierdzenia jej przez lekarza na powszechnie stosowanym druku.

Sąd drugiej instancji przyjął, że opinia biegłego została sporządzona w sposób kompletny i rzetelny. Biegły wskazał kategorycznie, że okres od 15 lipca 2010 r. do 31 października 2011 r. był czasem częściowej niezdolności do pracy, która wiązała się z prewencyjną minimalizacją objawów ubocznych terapii przeciwwirusowej i nie może być utożsamiany z pojęciem czasowej niezdolności do pracy. Stwierdził również, że dokumentacja wskazuje obiektywnie „biochemicznie” niezmiennie wyrównany przebieg zapalenia wątroby, co warunkowało zachowaną zdolność powoda do świadczenia pracy zarobkowej w okresie po 22 września 2009 r. Za chybiony uznał argument powoda odwołujący się do orzeczenia lekarza

orzecznika ZUS z 30 września 2010 r., bo „częściowa niezdolność do pracy” odnosi się zgodnie z art. 12 ust. 3 u.e.r., do osoby, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z poziomem kwalifikacji. Pojęcie to odnosi się więc do częściowej utraty możliwości wykonywania pokreślonej pracy, a nie do możliwości wykonywania dotychczasowej pracy w określonym czasie.

Za prawidłowe zostało uznane pominięcie zeznań świadka B. B. – Ć., lekarza prowadzącego powoda, skoro w materiale dowodowym znajduje się dokumentacja sporządzona przez tego świadka, który nie może wystąpić w charakterze biegłego i podważyć sporządzonej opinii.

Jako chybiony został uznany zarzut niedoręczenia powodowi umowy generalnej ubezpieczenia. Stronami umowy byli (...) Bank i Towarzystwo Ubezpieczeń (...), natomiast ubezpieczony powinien wyrazić zgodę na objęcie jego osoby ubezpieczeniem, co powód uczynił w § 4 ust. 1 umowy pożyczki i oświadczył w § 4 ust. 6, że otrzymał wyciąg z warunków umowy ubezpieczenia.

Za przyjęciem, że powód zapoznał się z tą umową przemawia również to, że w odwołaniu od decyzji odmawiającej wypłaty pełnomocnik powoda powołał się na treść umowy generalnej i przywołał jej konkretny punkt.

W skardze kasacyjnej powód zaskarżył wyrok w punkcie 1 i wniósł o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu, ewentualnie o jego zmianę przez zasądzenie dochodzonej kwoty. Zarzucił naruszenie art. 812 § 5 k.c., art. 805 § 1 k.c. w zw. z § 1 ust. 1 pkt 11 oraz § 12 umowy generalnej ubezpieczenia i art. 805 § 1 w zw. z § 2 ust. 4 umowy generalnej ubezpieczenia, natomiast naruszenie przepisów postępowania wywiódł z naruszenia art. 217 § 3 k.p.c. i art. 227 k.p.c.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarżący kwestionuje prawidłowość postępowania przed Sądem drugiej instancji w zakresie oceny inicjatywy dowodowej skarżącego przed Sądem pierwszej instancji twierdząc, że pominięcie zeznań zawnioskowanego świadka lekarza prowadzącego powoda uniemożliwiło udowodnienie ilości dni czasowej niezdolności do pracy.

Zważywszy na treść przytoczonych przez powoda sformułowań dotyczących zarówno tezy dowodowej wniosku o powołanie świadka, jak i odnoszących się do potrzeby powołania tego dowodu, nie można przyznać racji skarżącemu. Powód nie bierze pod uwagę, że świadek może wypowiedzieć się wyłącznie o znanych mu faktach z zakresu choroby powoda a te fakty wynikają ze złożonej dokumentacji. Kwestia przypisania tym faktom pojęcia „czasowej niezdolności do pracy” leży w kompetencji biegłego, którego świadek nie może zastąpić oraz Sądu. Skarżący nie wskazał na takie okoliczności, które mogłyby uzasadniać istnienie wątpliwości co do złożonej opinii biegłego i możliwość skorzystania z innej opinii, zwłaszcza że z samych zeznań powoda wynika, iż w okresie pomiędzy zwolnieniami w okresie od 15 lipca 2010 r. do 31 października 2011 r. prowadził działalność gospodarczą.

Brak jest podstaw do uwzględnienia zarzutu naruszenia art. 805 § 5 k.c. ograniczającego wypowiedzenie umowy ubezpieczenia zawartej na czas określony jedynie do przypadków określonych w ustawie albo w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia. Skarżący twierdzi, że nie zaszło żadne zdarzenie ubezpieczeniowe a Sady obu instancji przez „wygaśnięcie” umowy ubezpieczenia rozumiały wypowiedzenie umowy ze skutkiem niezwłocznym. Ma rację, że takie zdarzenia nie zaszły ale pomija postanowienie § 8 umowy generalnej ubezpieczenia i myli wypowiedzenie umowy ubezpieczenia oraz wypowiedzenie umowy kredytu i jego skutki. Zgodnie z umową generalną odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa m. in. w przypadku rozwiązania umowy kredytu na skutek jej wypowiedzenia przez ubezpieczającego. Skarżący nie kwestionuje skuteczności wypowiedzenia umowy kredytu z dniem 25 marca 2013 r., a więc jej skutkiem było wygaśnięcie umowy ubezpieczenia, co jest zrozumiałe zważywszy na funkcję celowościową umowy ubezpieczenia polegającą na ochronie obu stron umowy przed niewypłacalnością ubezpieczonego w trakcie trwania umowy kredytu. Wystąpienie czasowej niezdolności do pracy u powoda po wygaśnięciu umowy w okresie po 20 lutego 2014 r. nie było objęte ochroną ubezpieczeniową.

Nie słuszny jest zarzut naruszenia art. 805 § 1 k.c. w zw. z § 1 ust. 1 pkt 11 oraz § 12 ust. 6 umowy generalnej. Wbrew twierdzeniu powoda postanowienia umowne wyraźnie nakładały na ubezpieczonego obowiązek wykazania czasowej niezdolności do pracy drukami ZUS ZLA. Jest to oczywiste bo świadczenie

ubezpieczeniowe miało być wypłacone za okres w którym nie mógł prowadzić działalności gospodarczej z powodu braku możliwości zarobkowania wskutek pozostawania w czasowej niezdolności do pracy. Stąd przyłożenie przez Sąd dużej wagi do braku przedłożenia takich zaświadczeń za wymagany umową okres 60 dni jest prawidłowe. Umowa istotnie nie precyzuje kiedy druki mają być przedłożone ale precyzuje że mają dotyczyć okresu ubezpieczeniowego. Takie druki do dnia zamknięcia rozprawy nie zostały przedłożone przez powoda. Wbrew twierdzeniu skarżącego Sąd nie ograniczył postępowania do kwestii druków ZUS ZLA lecz dopuścił dowód z opinii biegłego, który określił okres czasowej niezdolności do pracy powoda i odniósł się do zaświadczenia lekarza orzecznika ZUS z dnia 30 września 2010 r. stwierdzającego u powoda częściową niezdolność do pracy od dnia 15 lipca 2010 r. do 31 października 2011 r. wyjaśniając że „czasowa” i „częściowa” niezdolność do pracy są różnymi pojęciami. Dodać trzeba, że nałożenie na ubezpieczonego obowiązku złożenia druków ZUS ZLA nie jest wymaganiem nadmiernym i nie stanowi ograniczenia powodującego zbyt duże obciążenie, takiego jakim byłby np. obowiązek konieczności uzyskania decyzji organu ZUS o stanie zdrowia. Nie można pominąć wyjaśnień powoda zawartych w pozwie, w którym stwierdził, że jest przedsiębiorcą, nie bierze często zwolnień i często jest zmuszony do prowadzenia działalności a nadto nie widział potrzeby brania zwolnień dla samego druku i nie ma ich też z tej przyczyny, że nie było podstaw do ich wystawienia.

Nie można również podzielić wywodów skarżącego w zakresie zarzutu naruszenia art. 805 § 1 k.c. w zw. z § 2 ust. 4 umowy generalnej ubezpieczenia. Twierdzenie, że odpowiedzialność ubezpieczyciela to 6 rat wymagalnych i niezapłaconych w okresie ubezpieczenia a więc nie jest ważne w jakich dniach ubezpieczony chorował i nie jest istotne czy przedłożone zostaną zaświadczenia ZUS pomija brzmienie § 2 ust. 4 umowy generalnej ubezpieczenia. Treść tego postanowienia rozpoczyna się od słów „W odniesieniu do zdarzenia polegającego na czasowej niezdolności do pracy” a zatem ubezpieczony musi wykazać, że zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na takiej niezdolności w okresie ubezpieczeniowym a więc w stosunku do powoda do dnia 25 marca 2013 r. Z ustaleń Sądu Okręgowego, wiążących Sąd Najwyższy, wynika, że czasowa

niezdolność powoda w okresie trwania umowy ubezpieczeniowej trwała 21 dni a zatem przypadek ubezpieczeniowy uzasadniający odpowiedzialność ubezpieczyciela nie zaszedł.

Z tych względów orzeczono jak w sentencji na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. O kosztach zastępstwa prawnego z urzędu orzeczono na podstawie § 4 ust. 1 i 3, 8 pkt 5 i 16 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz. U. 2016 r., poz. 1715). Zważywszy na charakter sprawy związany ze stanem zdrowia powoda oraz z uwagi na jego sytuację majątkową należało przyjąć je jako przypadek szczególnie uzasadniony i nie obciążać powoda obowiązkiem zwrotu kosztów na rzecz strony pozwanej.

aj