



Sygn. akt I NSNc 314/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 grudnia 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Paweł Czubik (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Oktawian Nawrot

Agnieszka Ewa Kaczmarek (ławnik Sądu Najwyższego)

w sprawie z powództwa Z. A.

przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Kontroli Nadzwyczajnej i Spraw Publicznych 15 grudnia 2022 r.,

skargi nadzwyczajnej wniesionej przez Rzecznika Finansowego od wyroku Sądu Okręgowego w Płocku z 26 września 2019 r., sygn. IV Ca 453/19:

- 1. oddała skargę nadzwyczajną;**
- 2. znosi wzajemnie między stronami koszty postępowania wywołanego wniesioną skargą nadzwyczajną.**

UZASADNIENIE

Pismem z 21 lutego 2022 r. Rzecznik Finansowy wywiódł skargę nadzwyczajną od prawomocnego wyroku Sądu Okręgowego w Płocku z 26 września 2019 r., IV Ca 453/19, zapadłego w sprawie z powództwa Z. A. przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w W. o zapłatę. Działając na

podstawie art. 89 § 1 i 2 ustawy z dnia 8 grudnia 2017 r. o Sądzie Najwyższym (t.j. Dz.U. 2021, poz. 1904 ze zm.; dalej: „ustawa o SN”), Rzecznik wniósł skargę nadzwyczajną na rzecz powoda, zaskarżając ww. wyrok w całości.

Zaskarżonemu wyrokowi – na zasadzie art. 89 § 1 pkt 1 ustawy o SN – zarzucono naruszenie zasad oraz wolności i praw człowieka i obywatela, określonych w Konstytucji, co miało istotny wpływ na wynik sprawy, poprzez rażące naruszenie art. 2 w zw. z art. 7 i art. 76 Konstytucji RP, polegające na oddaleniu przez Sąd Okręgowy w Płocku apelacji powoda z rażącym naruszeniem prawa materialnego, poprzez niezastosowanie obowiązujących norm prawnych i przyjęcie, że ogólne warunki ubezpieczenia (dalej także: „OWU”) dodatkowego „[...]” mają zastosowanie do wykładni praw i obowiązków stron, jako że posługiwanie się nimi jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, a w konsekwencji ustalenie, iż pozwany nie miał szczególnych obowiązków informacyjnych wobec powoda w zakresie praw i obowiązków, wynikających z umowy dodatkowego ubezpieczenia, a tym samym wydanie orzeczenia sprzecznego z art. 7 Konstytucji RP, godzącego również w zagwarantowaną konstytucyjnie na mocy art. 76 Konstytucji RP ochronę bezpieczeństwa powoda jako konsumenta przed wpływem nieuczciwych praktyk rynkowych przedsiębiorcy, skutkiem czego jest obecność w obrocie prawnym wyroku godzącego w zasadę zaufania obywatela do państwa oraz bezpieczeństwa prawnego jednostki, które są pochodną zasady demokratycznego państwa prawnego urzeczywistniającego zasady sprawiedliwości społecznej, wyrażonej w art. 2 Konstytucji RP.

Dalej zaskarżonemu wyrokowi – na zasadzie art. 89 § 1 pkt 2 ustawy o SN – zarzucono:

1/ rażące naruszenie prawa materialnego, mające wpływ na treść rozstrzygnięcia, tj. art. 6 ust. 5 ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 1990 r. Nr 59, poz. 344) w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 8 czerwca 1995 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej, o zmianie Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej – Kodeks handlowy oraz o zmianie ustawy o podatku dochodowym (Dz.U. z 1995 r. Nr 96, poz. 478) obowiązującą od dnia 22 października 1995 r. w zw. z art. 385 § 1 zd. 1 k.c. w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 lipca 1990 r. (Dz.U. z 1990 r. Nr 55,

poz. 321) w zw. z art. 805 § 1 i 2 k.c. w brzmieniu pierwotnym, poprzez jego błędne niezastosowanie i przyjęcie, iż pozwany nie był zobowiązany do doręczenia powodowi OWU dodatkowego „[...]”, podpisanych przez co najmniej dwóch członków zarządu zakładu ubezpieczeń, a w konsekwencji przyjęcie, że OWU dodatkowego „A.” mają zastosowanie do wykładni praw i obowiązków stron i ustalenie, iż świadczenie powoda uzasadnione jest w wysokości 60% sumy ubezpieczenia, a nie 100% sumy ubezpieczenia, wynikającej z umowy ubezpieczenia;

2/ rażące naruszenie prawa materialnego, mające wpływ na treść rozstrzygnięcia, tj. art. 812 § 1 k.c. w brzmieniu pierwotnym w zw. z art. 385 § 1 zd. 1 k.c. w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 lipca 1990 r. (Dz.U. z 1990 r. Nr 55, poz. 321) w zw. z art. 805 § 1 i 2 k.c. w brzmieniu pierwotnym, poprzez jego błędne niezastosowanie i przyjęcie, iż pozwany nie był zobowiązany do podania w dokumencie ubezpieczenia tekstu OWU dodatkowego „A.”, a w konsekwencji przyjęcie, że OWU dodatkowego „A.” mają zastosowanie do wykładni praw i obowiązków stron i ustalenie, iż świadczenie powoda uzasadnione jest w wysokości 60% sumy ubezpieczenia, a nie 100% sumy ubezpieczenia, wynikającej z umowy ubezpieczenia;

3/ rażące naruszenie prawa materialnego, mające wpływ na treść rozstrzygnięcia, tj. art. 812 § 2 k.c. w brzmieniu pierwotnym w zw. z art. 385 § 1 zd. 1 k.c. w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 lipca 1990 r. (Dz.U. z 1990 r. Nr 55, poz. 321) w zw. z art. 805 § 1 i 2 k.c. w brzmieniu pierwotnym, poprzez jego błędne niezastosowanie i przyjęcie, iż pozwany nie był zobowiązany do powołania się na OWU dodatkowego „A.”, bądź też zamieszczenia w umowie wyciągu z tych warunków, zawierającego najbardziej istotne ich postanowienia, podając, gdzie warunki te zostały ogłoszone lub wyłożone do wiadomości publicznej – w przypadku ogłoszenia lub wyłożenia do publicznej wiadomości OWU dodatkowego „A.”, a w konsekwencji przyjęcie, że OWU dodatkowego „A.” mają zastosowanie do wykładni praw i obowiązków stron i ustalenie, iż świadczenie powoda uzasadnione jest w wysokości 60% sumy ubezpieczenia, a nie 100% sumy ubezpieczenia, wynikającej z umowy ubezpieczenia;

4/ rażące naruszenie prawa materialnego, mające wpływ na treść rozstrzygnięcia, tj. art. 385 § 1 zd. 2 k.c. w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 28 lipca 1990 r. (Dz.U. z 1990 r. Nr 55, poz. 321) poprzez jego błędne zastosowanie i przyjęcie, że OWU dodatkowego „A.” mają zastosowanie do wykładni praw i obowiązków stron, jako że posługiwanie się nimi jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, a powód mógł z łatwością dowiedzieć się o ich treści, pomimo istnienia zobowiązania pozwanego, wynikającego z przepisów szczególnych, a w konsekwencji ustalenie, iż świadczenie powoda uzasadnione jest w wysokości 60% sumy ubezpieczenia, a nie 100% sumy ubezpieczenia wynikającej z umowy ubezpieczenia.

Mając na uwadze powyższe zarzuty – rozwinięte następnie w uzasadnieniu skargi nadzwyczajnej – Rzecznik Finansowy, na zasadzie art. 91 § 1 ustawy o SN, wniósł o:

1/ uchylenie zaskarżonego orzeczenia Sądu Okręgowego w Płocku z 26 września 2019 r., IV Ca 453/19, w całości oraz uwzględnienie apelacji powoda, tj. orzeczenie zgodnie z żądaniem pozwu,

ewentualnie o:

2/ uchylenie zaskarżonego orzeczenia Sądu Okręgowego w Płocku z 26 września 2019 r., IV Ca 453/19, i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Płocku.

W ocenie Rzecznika Finansowego, wyeliminowanie zaskarżonego orzeczenia Sądu Okręgowego w Płocku z obrotu prawnego konieczne jest dla zapewnienia zgodności z zasadą demokratycznego państwa prawnego, urzeczywistniającego zasady sprawiedliwości społecznej, jako naruszającego prawa i wolności człowieka, określone w Konstytucji RP.

Ponadto, Rzecznik Finansowy wniósł o rozstrzygnięcie o kosztach postępowania wywołanego skargą nadzwyczajną według norm przepisanych.

Skarżący Rzecznik Finansowy przedstawił w swym środku zaskarżenia dotychczasowy przebieg postępowania. W dniu 5 lipca 1998 r. powód, za pośrednictwem licencjonowanego agenta ubezpieczeniowego, złożył wnioski do poprzednika prawnego pozwanego – Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w W. o zawarcie: umowy ubezpieczenia podstawowego na życie powoda „S.” do 60

roku życia, umowy dodatkowej „A.” na wypadek trwałego inwalidztwa lub śmierci powoda wskutek nieszczęśliwego wypadku, umowy dodatkowej „R.” na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa małżonki powoda oraz trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku dzieci powoda. Zgodnie ze stanowiskiem Z. A., nie zostały mu doręczone ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego „A.”.

Pozwany potwierdził zawarcie ww. umów ubezpieczenia, przesyłając powodowi: polisę ubezpieczeniową o nr [...], zatytułowaną „Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia”, wystawioną 23 lipca 1998 r., ogólne warunki ubezpieczenia, wydane 30 kwietnia 1998 r., umowę dodatkową „R.”, wydaną 17 marca 1997 r., załącznik do umowy dodatkowej „R.”, wydany 17 marca 1997 r. wraz z pismem przewodnim zatytułowanym „Polisa Ubezpieczeniowa”.

W dniu 12 listopada 2016 r. podczas prac polowych powód uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, na skutek którego 15 listopada 2016 r. wykonano mu amputację prawej kończyny górnej na poziomie 1/3 bliższej ramienia. A zatem na skutek nieszczęśliwego wypadku powód stał się inwalidą, zaś inwalidztwo określono jako trwałe.

Po zakończeniu okresu leczenia, powód zwrócił się do pozwanego o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości 73.056,60 zł z umowy dodatkowej „A.”, stanowiącej 100% sumy ubezpieczenia.

Pismem z 25 lipca 2016 r. pozwany, po przeprowadzonym postępowaniu, uznał swoją odpowiedzialność za szkodę i przyznał na rzecz powoda kwotę 43.833,96 zł, stanowiącą 60% sumy ubezpieczenia, wynikającej z umowy dodatkowego ubezpieczenia „A.” na wypadek trwałego inwalidztwa lub śmierci powoda wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Reklamacją z 18 sierpnia 2016 r., skierowaną do pozwanego, powód domagał się wypłaty kwoty 29.222,64 zł, stanowiącej 40% sumy ubezpieczenia, wynikającej z umowy dodatkowego ubezpieczenia „A.” na wypadek trwałego inwalidztwa lub śmierci powoda wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Pismem z 5 września 2016 r. pozwany poinformował o odmowie realizacji żądania powoda, powołując się na opinię lekarza konsultanta pozwanego oraz art. 103a Tabeli norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku i ogólne warunki ubezpieczenia umowy

dodatkowej „A.” z załącznikiem, przesyłając jednocześnie ww. dokumenty powodowi.

Pozwem z 10 listopada 2017 r. powód wniósł do Sądu Rejonowego w Płocku o zasądzenie od pozwanego kwoty 29.222,64 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 15 sierpnia 2017 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym opłaty sądowej, kwoty 17 zł tytułem opłaty skarbowej od przedłożonego pełnomocnictwa i kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Rejonowy w Płocku wyrokiem z 5 grudnia 2018 r., I C 2639/17, oddalił powództwo nie obciążając powoda kosztami procesu. Sąd I instancji w motywach rozstrzygnięcia uznał m.in., iż ciężar dowodu nieotrzymania OWU dodatkowego „A.” spoczywał na powodzie. Ponadto, Sąd Rejonowy wskazał, iż pozwany zrealizował swe zobowiązanie zgodnie z art. 805 § 5 k.c.

Postanowieniem z 26 września 2019 r., IV Cz 477/19, Sąd Okręgowy w Płocku, na skutek zażalenia pozwanego w przedmiocie rozstrzygnięcia o kosztach procesu zawartego w ww. wyroku Sądu Rejonowego, zmienił zaskarżone orzeczenie i zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 3.617,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu oraz kwotę 262,00 zł tytułem kosztów postępowania zażaleniowego.

Od wyroku Sądu I instancji apelację wniósł Z. A., zaskarżając wyrok w całości i zarzucając mu naruszenie przepisów prawa procesowego, tj. art. 232 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c., mające wpływ na wynik sprawy, przez niewłaściwe zastosowanie tych przepisów i bezpodstawne obciążenie powoda przedstawieniem dowodu niedoręczenia mu przez pozwanego OWU „A.”, w sytuacji gdy powód zaprzeczył, że dokumenty te zostały mu doręczone, co powinno skutkować przeniesieniem na pozwanego ubezpieczyciela ciężaru dowodu, iż wymienione dokumenty doręczył powodowi w dniu zawarcia umowy, pod rygorem niezwiązania powoda OWU „A.”, dlatego że pozwany wywodził z OWU skutki prawne, polegające na zmniejszeniu świadczenia ze 100% do 60% sumy ubezpieczenia. Ponadto, powód zarzucił naruszenie przepisów prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez wyprowadzenie z materiału dowodowego w postaci dokumentów: „Potwierdzenie otrzymania polisy”, „Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia” z 23 lipca

1998 r. i „Polisa ubezpieczeniowa” bez daty – wniosków sprzecznych z ich treścią, a ponadto wbrew doświadczeniu życiowemu i regułom logicznego myślenia – uznanie za nieprawdopodobne by pozwany nie doręczył powodowi OWU „A.”, doręczając dokumenty wymienione powyżej oraz OWU „S.” i OWU „R.”, co oznacza przyjęcie założenia, iż pozwany ubezpieczyciel nie mógł popełnić błędu, mimo iż z materiału dowodowego wynika, że ubezpieczyciel popełnił wiele innych poważnych błędów, działając nieprofesjonalnie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia z powodem. W konsekwencji powyższego, powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku Sądu I instancji i zasądzenie od pozwanego kwoty 29.222,64 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 15 sierpnia 2017 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenie kosztów procesu za obie instancje.

Wyrokiem z 26 września 2019 r., IV Ca 453/19, Sąd Okręgowy w Płocku oddalił apelację powoda i zasądził od niego na rzecz pozwanego kwotę 1.800,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego za II instancję. Uzasadniając wydane orzeczenie, Sąd II instancji podzielił zarzuty apelacji wskazując, iż powód słusznie zarzucił Sądowi Rejonowemu nieprawidłowe zastosowanie zasady rozkładu ciężaru dowodu, wywodzonej z art. 6 k.c. Jak bowiem podkreślił Sąd Okręgowy, wobec zaprzeczenia przez powoda aby otrzymał i zapoznał się z OWU „A.”, to pozwanego obciążało wykazanie, iż tego obowiązku dopełnił. Niezależnie jednak od powyższego, Sąd Okręgowy uznał, iż wyrok Sądu Rejonowego odpowiada prawu. Sąd II instancji powołał się bowiem na art. 385 § 1 zd. 2 k.c. w brzmieniu nadanym mu ustawą z dnia 28 lipca 1990 r. i obowiązującym w momencie zawierania umowy ubezpieczenia dodatkowego „A.” o treści: „ogólne warunki umów, wzory umów lub regulaminy wydawane przez stronę upoważnioną do tego przez właściwe przepisy i w ich granicach wiążą drugą stronę, jeżeli zostały jej doręczone przy zawarciu umowy. W razie gdy posługiwanie się nimi jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiążą one także wtedy, gdy druga strona mogła z łatwością dowiedzieć się o ich treści”. W tym zakresie Sąd II instancji przyjął, iż OWU stosowane są powszechnie, a posługiwanie się nimi jest na pewno zwyczajowo przyjęte. W konsekwencji, wobec brzmienia art. 385 § 1 zd. 2 k.c., Sąd uznał, iż nie było przeszkód aby powód z łatwością dowiedział się o ich treści, tym

bardziej iż do pozostałych umów, zawieranych w tym samym dniu, wszystkie szczegółowe warunki ubezpieczenia otrzymał i były mu znane.

Pismem z 13 kwietnia 2022 r. odpowiedź na skargę nadzwyczajną Rzecznika Finansowego złożył pozwany, wnosząc o: 1. oddalenie skargi w całości, 2. zasądzenie od skarżącego na rzecz pozwanego kosztów postępowania według norm przepisanych oraz zwrot kosztów mogących powstać w związku ze stawianictwem pełnomocnika pozwanego na rozprawie, 3. przeprowadzenie rozprawy ze względu na ważny interes pozwanego.

W uzasadnieniu odpowiedzi na skargę nadzwyczajną pozwany m.in. wskazał, iż zgłoszone przez Rzecznika Finansowego zarzuty nie znajdują żadnego oparcia w stanie faktycznym i prawnym sprawy oraz zmierzają do zmiany prawidłowego i odpowiadającego prawu wyroku Sądu II instancji. Przed procesem pozwany wypłacił kwotę 43.833,96 zł co stanowiło 60% sumy ubezpieczenia i jednocześnie górną granicę przewidzianą w OWU dla inwalidztwa, które stwierdzono u powoda. Powództwo wniesione w sprawie opierało się wyłącznie na niepopartym dowodowo twierdzeniu pełnomocnika powoda, iż pozwany nie udokumentował faktu doręczenia OWU, co oznacza konieczność dopłaty 40% sumy ubezpieczenia. Z. A. usiłował poprzez zainicjowanie postępowania sądowego uzyskać świadczenie nienależne, ponad wypłacone. W przedmiotowym wypadku brak jest podstaw do uznania, iż powód doznał ze strony pozwanego krzywdy, zaś zaskarżone orzeczenie jest obarczone wadami o fundamentalnym znaczeniu, gdyż przyczyniło się do naruszenia zasad demokratycznego państwa prawa.

Pozwany stwierdził, iż w chwili zawarcia umowy, co zostało prawidłowo zinterpretowane przez Sądy, wypełnił wszystkie obowiązki informacyjne i formalne wymagane przepisami prawa, w szczególności przez art. 812 k.c. i art. 6 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Tak więc doręczył powodowi, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, pełną treść polisy ubezpieczeniowej oraz OWU podpisane przez dwóch członków zarządu, co zostało potwierdzone przez samego powoda oświadczeniem z 17 sierpnia 1998 r.

Stan faktyczny ustalony przez Sąd I instancji nie był kwestionowany przez Sąd II instancji. Brak jest więc podstaw do uznania zarzutu Rzecznika Finansowego w tym zakresie. Skarżący (...) usiłuje reinterpretować treść dowodów znajdujących

się w aktach sprawy pomimo braku podniesienia zarzutu odnośnie ustaleń faktycznych i przedstawienia na to przekonujących dowodów.

Jak wynika wprost z zeznań powoda, złożonych na rozprawie 21 listopada 2018 r., wszystkie dokumenty, które otrzymał pocztą, przeczytał i zaakceptował czego dowodem jest dokument „Potwierdzenie otrzymania polisy” podpisany przez powoda. Dokument ten zawierał oświadczenie powoda o otrzymaniu polisy [...] w dniu 17 sierpnia 1998 r. i oświadczenie o zapoznaniu się i przyjęciu do wiadomości warunków ww. polisy. Zawiera też oświadczenie, iż polisa została wystawiona zgodnie z życzeniem powoda. Fakt otrzymania OWU wynika nie tylko z dokumentu „Potwierdzenie otrzymania polisy”, ale także z zeznań samego powoda na rozprawie 21 listopada 2018 r., kiedy to potwierdził, iż podpis złożony pod potwierdzeniem należy do niego, a także stwierdził, iż czytał przesłane do niego dokumenty przed odesłaniem i nie jest w stanie stwierdzić, iż jakichś dokumentów wymienionych w polisie brakowało.

Co prawda Sąd II instancji zawarł w uzasadnieniu dość niefortunne sformułowanie jakoby pozwany nie przedstawił dowodów na doręczenie powodowi konkretnie jednego z dokumentów wchodzących w skład „Polisy ubezpieczeniowej” jednak od razu dodał, iż inne dowody w wysokim stopniu uprawdopodobniają to doręczenie. Tymczasem Rzecznik Finansowy dopuścił się nadużycia stwierdzając, iż pozwany nie dowiódł owego doręczenia. Jest to twierdzenie całkowicie oderwane od treści ustaleń faktycznych zarówno Sądu I instancji, jak i Sądu Okręgowego, który w sposób obszerny je zacytował i przyjął za własne.

Tym samym – w ocenie pozwanego – Rzecznik Finansowy dopuścił się swoistej manipulacji formalnoprawnej poprzez połączenie zarzutu z art. 89 § 1 pkt 2 ustawy o SN z jednoczesnym przytoczeniem fałszywych ustaleń faktycznych poczynionych rzekomo przez Sąd.

Sąd I instancji jednoznacznie ustalił i potwierdził, jakie dokumenty wchodziły w skład „Polisy ubezpieczeniowej”. Skoro powód potwierdził jej otrzymanie jako całości, to brak jest podstaw do uznania, iż pozwany winien dodatkowo wykazywać doręczenie każdego poszczególnego dokumentu wchodzącego w jej skład.

W tej sytuacji działanie powoda winno spotkać się ze społecznym potępieniem, a nie korzystać z ochrony instytucjonalnej ze strony Rzecznika

Finansowego, który przez wytoczenie skargi nadzwyczajnej usiłuje obalić prawomocny wyrok Sądu, jednocześnie pomagając powodowi w uzyskaniu świadczenia nienależnego.

W konkluzji pozwany stwierdził, iż uwzględnienie skargi prowadziłoby do uznania oczywistej sprzeczności istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego. Tymczasem zgodnie z art. 398¹³ § 2 k.p.c., Sąd Najwyższy jest związany ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga nadzwyczajna podlega oddaleniu, albowiem zawarte w niej zarzuty nie zasługują na uwzględnienie

Zgodnie z art. 89 § 1 ustawy o SN, jeżeli jest to konieczne dla zapewnienia zgodności z zasadą demokratycznego państwa prawnego urzeczywistniającego zasady sprawiedliwości społecznej, od prawomocnego orzeczenia sądu powszechnego lub sądu wojkowego kończącego postępowanie w sprawie może być wniesiona skarga nadzwyczajna, o ile: 1) orzeczenie narusza zasady lub wolności i prawa człowieka i obywatela określone w Konstytucji lub 2) orzeczenie w sposób rażący narusza prawo przez błędną jego wykładnię lub niewłaściwe zastosowanie, lub 3) zachodzi oczywista sprzeczność istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego - a orzeczenie nie może być uchylone lub zmienione w trybie innych nadzwyczajnych środków zaskarżenia.

Skarga nadzwyczajna jest instrumentem szeroko rozumianego wymiaru sprawiedliwości w znaczeniu określonym w art. 175 ust. 1 Konstytucji RP. Jej celem jest wyeliminowanie z obrotu wadliwych, a jednocześnie naruszających zasady sprawiedliwości społecznej, orzeczeń sądowych, które dotyczą konkretnych, zindywidualizowanych podmiotów (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 3 kwietnia 2019 r., I NSNk 2/19; wyroki Sądu Najwyższego z: 9 grudnia 2020 r., I NSNu 1/20; 13 stycznia 2021 r., I NSNk 3/19). Rolą kontroli nadzwyczajnej nie jest jednak eliminowanie wszystkich wadliwych orzeczeń. Wyjątkowość orzekania w ramach tej instytucji powinna dotyczyć tylko tych z nich, które nie dadzą się

pogodzić z podstawowymi zasadami demokratycznego państwa prawnego, będąc *prima facie* orzeczeniami w sposób elementarny niesprawiedliwymi (por. wyrok Sądu Najwyższego z 15 grudnia 2021 r., I NSNc 146/21).

W piśmiennictwie zauważa się, że z formalnego punktu widzenia skarga nadzwyczajna należy do nadzwyczajnych środków zaskarżenia o złożonym charakterze (T. Ereciński, K. Weitz, Skarga nadzwyczajna w sprawach cywilnych, Przegląd Sądowy 2019 r., Nr 2, s. 8). Formalnoprawna analiza skargi nadzwyczajnej wniesionej w niniejszej sprawie prowadzi do wniosku, że skarga jest dopuszczalna, co otwiera możliwość jej merytorycznego rozpoznania.

Przechodząc do zasadniczych rozważań Sąd Najwyższy w pierwszej kolejności przytoczy przepisy prawa, które miały zastosowanie w sprawie, a które powołał Rzecznik Finansowy w swej skardze nadzwyczajnej (pominięte zostaną w tym miejscu przepisy Konstytucji RP). Zgodnie z art. 6 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ma obowiązek doręczyć, bez wezwania, stronie ubezpieczającej tekst ogólnych warunków ubezpieczenia, podpisany przez co najmniej dwóch członków zarządu. Na mocy art. 385 § 1 k.c., ogólne warunki umów, wzory umów lub regulaminy wydawane przez stronę upoważnioną do tego przez właściwe przepisy i w ich granicach wiążą drugą stronę, jeżeli zostały jej doręczone przy zawarciu umowy. W razie gdy posługiwanie się nimi jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiążą one także wtedy, gdy druga strona mogła z łatwością dowiedzieć się o ich treści. Wedle art. 805 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 (§ 1). Świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie: 1) przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku; 2) przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (§ 2). Wreszcie w myśl art. 812 k.c., zakład ubezpieczeń obowiązany jest podać w dokumencie ubezpieczenia tekst ogólnych warunków ubezpieczenia, na których podstawie umowa została zawarta (§ 1). Jeżeli ogólne

warunki ubezpieczenia były ogłoszone lub wyłożone do publicznej wiadomości, zakład ubezpieczeń może w dokumencie ubezpieczenia bądź tylko powołać się na ogólne warunki, bądź też zamieścić w umowie wyciąg z tych warunków zawierający najbardziej istotne ich postanowienia, podając, gdzie warunki te zostały ogłoszone lub wyłożone do publicznej wiadomości (§ 2).

Analiza ww. przepisów, w brzmieniu z chwili zawarcia umowy ubezpieczenia przez Z. A. (lato 1998 r.), każe stwierdzić, iż obowiązkiem pozwanego zakładu ubezpieczeń było doręczenie powodowi ogólnych warunków ubezpieczenia do umowy „A.”.

Jednakże powyższe zagadnienie, a więc ustalenie okoliczności doręczenia spornego OWU, było przedmiotem dość dokładnych analiz sądów powszechnych. Dostrzega to zresztą sam Rzecznik Finansowy, stwierdzając, że „tronem sporu pomiędzy Stronami było ustalenie czy Pozwany doręczył Powodowi dokument ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego „A.”, w których ustalono, iż w przypadku częściowego trwałego inwalidztwa, Ubezpieczonemu Powodowi przysługuje świadczenie w wysokości stanowiącej równowartość 60% sumy ubezpieczenia” (s. 15 skargi nadzwyczajnej). Z kolei w tzw. części historycznej uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia Sąd Okręgowy wskazał, iż „zdaniem Sądu I instancji, twierdzenie powoda, iż nie otrzymał OWU do umowy „A.” nie wytrzymuje krytyki w świetle dokumentów załączonych przez pozwanego”. Następnie przywołano sześć argumentów Sądu Rejonowego wypowiedzianych na poparcie ww. stanowiska oraz wskazano, iż „wszystkie powyższe okoliczności doprowadziły Sąd I instancji do przekonania, iż niewiarygodnym jest twierdzenie powoda, że nie otrzymał ogólnych warunków ubezpieczenia, tj. umowy wraz z załącznikiem do umowy dodatkowej „A.”. A skoro tak, jego roszczenie nie zasługuje na uwzględnienie”.

W tzw. części prawnej uzasadnienia zaskarżonego wyroku Sąd Okręgowy stwierdził, iż „w istotnej dla rozstrzygnięcia części akceptuje ustalenia faktyczne Sądu I instancji”. Dalej wywiódł m.in., że „opisane wyżej dowody w wysokim stopniu uprawdopodobniają, że Z. A. otrzymał dokumenty, z których wynikały szczegółowe warunki umowy „A.”, ale jednoznacznie tej okoliczności nie potwierdzają i w tym

zakresie zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. również jest zasadny. Niemniej jednak zaskarżony wyrok odpowiada prawu”.

Choć precyzja wypowiedzi Sądu Okręgowego może budzić pewne wątpliwości, to w ocenie Sądu Najwyższego, w opisanych okolicznościach, nie ma podstaw do tego by uwzględnić skargę nadzwyczajną. Wpływ na to mają co najmniej trzy istotne argumenty.

Po pierwsze, zaznaczyć należy, że Sąd Najwyższy jest związany ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego orzeczenia na podstawie odpowiednio stosowanego art. 398¹³ § 2 k.p.c. (wyrok Sądu Najwyższego z 9 grudnia 2020 r., I NSNu 1/20). Jakkolwiek z treści uzasadnienia zaskarżonego wyroku (s. 10) wynika, że bezpośrednią przyczyną oddalenia apelacji powoda było powołanie się przez Sąd Okręgowy na art. 385 § 1 zd. 2 k.p.c., w myśl którego w razie gdy posługiwanie się nimi [ogólnymi warunkami umowy] jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiążą one także wtedy, gdy druga strona mogła z łatwością dowiedzieć się o ich treści, to zdaniem Sądu Najwyższego, nie można w tej sprawie „tracić z pola widzenia” ustaleń, jakie sądy powszechne poczyniły w zakresie doręczenia Z. A. spornych ogólnych warunków ubezpieczenia. Skoro ten wielowątkowy problem Sąd II instancji skonkludował stwierdzeniem, że „(...) dowody w wysokim stopniu uprawdopodobniają, że Z. A. otrzymał dokumenty, z których wynikały szczegółowe warunki umowy „A.”, ale jednoznacznie tej okoliczności nie potwierdzają (...)”, to interwencja Sądu Najwyższego oparta na założeniu – jak chce tego skarżący Rzecznik Finansowy – że powodowi nie doręczono spornych dokumentów byłaby paradoksalnie prowadzona nie w imię, ale wbrew zasadzie sprawiedliwymi społecznej. Skoro z powołanych wyżej przepisów wynika, że w omawianym przypadku konieczne było doręczenie powodowi spornych OWU, a doręczenie to „z wysokim stopniem prawdopodobieństwa” miało miejsce, to uwzględnienie skargi nadzwyczajnej nie wpisywałoby się w rolę Sądu Najwyższego jako strażnika praworządności i sprawiedliwości społecznej.

Po drugie, jak już sygnalizowano, rolą kontroli nadzwyczajnej nie jest eliminowanie wszystkich wadliwych orzeczeń. Wyjątkowość orzekania w ramach tej instytucji powinna dotyczyć tylko tych z nich, które nie dają się pogodzić

z podstawowymi zasadami demokratycznego państwa prawnego, będąc *prima facie* orzeczeniami w sposób elementarny niesprawiedliwymi. Zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego w Płocku bezsprzecznie nie narusza w tak istotnym stopniu reguł zawartych w konstytucyjnej klauzuli demokratycznego państwa prawnego. Nawet jeśli przyjąć, że podstawą przedmiotowego orzeczenia była w istocie błędna podstawa prawna (art. 385 § 1 zd. 2 k.c.), to ponownie nie sposób nie uwzględnić poczynionych przez Sądy obu instancji ustaleń wskazujących na „wysokie prawdopodobieństwo” doręczenia powodowi OWU umowy „A.”. Tym samym nie można też uznać, że w tej sprawie doszło do kwalifikowanego naruszenia prawa, które powinno skutkować odejściem od zasady stabilności orzeczeń sądowych (obrotu prawnego).

Wreszcie po trzecie, jakkolwiek Sąd Najwyższy podchodzi z najwyższą empatią do sytuacji powoda – Z. A., który doznał poważnego uszczerbku na zdrowiu, skutkującego trwałą i całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym, to nie można zapominać, iż jedną z naczelnych zasad procedury cywilnej jest dyrektywa (zasada) kontradiktoryjności (więcej na jej temat w ujęciu teoretycznym – Z. Resich, *Istota procesu cywilnego*, Warszawa 1985, s. 132 i n.). W tym kontekście należy odnotować, że powód był reprezentowany zarówno przed Sądem Rejonowym, jak i przed Sądem Okręgowym, przez pełnomocnika zawodowego z wyboru. To do niego w pierwszej kolejności należało zabezpieczenie i prawidłowe reprezentowanie interesów (praw) Z. A. w toku procesu, zwłaszcza w ramach postępowania dowodowego. W opisanych powyżej okolicznościach sprawy trudno stwierdzić by ubezpieczyciel wykorzystał trudne położenie powoda, co tym bardziej wzmacnia stanowisko Sądu Najwyższego.

Na marginesie rozważań merytorycznych należy zwrócić uwagę skarżącego Rzecznika Finansowego, że błędna jest formuła, w ramach której skarga nadzwyczajna wnoszona jest „w imieniu Rzecznika Finansowego” (s. 2 skargi) i jednocześnie podpisywana przez Zastępcę Rzecznika Finansowego (s. 25 skargi). Mówiąc obrazowo, Zastępca Rzecznika działa tu nie „w imieniu” wskazanego organu, ale właśnie jako ten organ - oczywiście posiadając stosowne upoważnienie (na marginesie przyjęcie postawy silnie akcentującej formalizm (rygoryzm) procesowy, czego skład orzekający w niniejszej sprawie nie czyni, mogłoby nawet

skutkować odrzuceniem przez Sąd Najwyższy przedmiotowej skargi z uwagi na ww. uchybienie).

Z tych wszystkich względów, Sąd Najwyższy oddalił skargę nadzwyczajną Rzecznika Finansowego (art. 91 § 1 ustawy o SN). O wzajemnym zniesieniu kosztów postępowania wywołanego wniesioną skargą nadzwyczajną Sąd Najwyższy orzekł na podstawie art. 398¹⁸ k.p.c. w zw. z art. 95 pkt 1 ustawy o SN.

[as]

I.n