

Sygn. akt **IC 865/12**

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 kwietnia 2014 r.

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Mariusz Tchórzewski

Protokolant: Olga Kuna-Kowalczyk

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 24 marca 2014 r. w Lublinie

sprawy z powództwa M. F.

przeciwko (...) S.A. w W.

o zapłatę kwoty 95768,48 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 24.06.2010 r.

I. zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki M. F. kwoty:

a. (...),79 (siedemdziesiąt sześć tysięcy czterysta jeden 79/100) zł z odsetkami ustawowymi od dnia 2.06.2011 r.

b. (...),44 (cztery tysiące sześćset trzydzieści jeden 44/100) zł z odsetkami ustawowymi od dnia 24.06.2010 r.

II. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

III. zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki M. F. kwotę 1942,- (tysiąc dziewięćset czterdzieści dwa) zł tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu;

IV. nakazuje ściągnąć od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz Skarbu Państwa-Sądu Okręgowego w Lublinie kwotę (...),88 (cztery tysiące sto pięćdziesiąt osiem 88/100) zł tytułem zwrotu części kosztów sądowych, od ponoszenia których powódka była tymczasowo zwolniona;

V. nakazuje ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa-Sądu Okręgowego w Lublinie, z roszczenia zasądzonego w punkcie I na rzecz powódki M. F., kwotę 733,92 (siedemset trzydzieści trzy 92/100) zł tytułem zwrotu części kosztów sądowych, od ponoszenia których powódka była tymczasowo zwolniona.

IC 865/12 UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 29.10.2012 r. M. F. pozwała (...) S.A. w W. o zapłatę kwoty 95768,48 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 24.06.2010 r. tytułem uzupełnienia kwot odszkodowania wypłaconych jej w postępowaniu likwidacyjnym przez pozwanego ubezpieczyciela. W uzasadnieniu żądań wskazała, że strony łączyła kompleksowa umowa ubezpieczenia mienia powódki prowadzącej działalność gospodarczą i w trakcie trwania umowy w maju i czerwcu 2010 r. dwukrotne wylewy W. zniszczyły budynek mieszkalno-usługowy wraz z wyposażeniem, powodując powstanie szkody majątkowej po stronie powódki. W postępowaniu likwidacyjnym ubezpieczyciel uznał wysokość szkody w budynku mieszkalno-usługowym na kwotę 157540,25 zł (przy sumie ubezpieczenia 200000,- zł), w wyposażeniu lokalu usługowego na kwotę 21845 zł (przy sumie ubezpieczenia 12500,- zł), lecz ostatecznie, w wyniku wielokrotnych odwołań ubezpieczającej, wypłacił powódce kwotę 66403,21 zł z tytułu szkody w budynku i 7868,65 zł z tytułu

szkody w wyposażeniu lokalu, kwota dochodzona pozwem stanowi sumę niewypłaconych, uznanych odszkodowań (w przypadku szkody w wyposażeniu – różnicę pomiędzy sumą ubezpieczenia, a wypłaconym odszkodowaniem).

W odpowiedzi na pozew z dnia 11.03.2013 r. pozwany nie uznał powództwa, podtrzymując stanowisko wyartykułowane po rocznym trwaniu postępowania likwidacyjnego, o zasadności proporcjonalnego zmniejszenia kwot odszkodowań należnych powódce, z powodu ujawnionego w postępowaniu likwidacyjnym faktu niedoubezpieczenia budynku oraz wyposażenia lokalu usługowego powódki, po raz pierwszy wysunął także zarzut niedopełnienia przez powódkę obowiązku przedstawienia dokumentów wskazanych w OWU umowy, warunkujących wypłatę odszkodowania przez ubezpieczyciela (k.122).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny.

M. F. od lat 90-tych ubiegłego wieku wynajmowała pomieszczenia od Gminnej Spółdzielni w miejscowości Z., celem osobistego prowadzenia apteki. Lokal zajmował około 80 m² powierzchni, pozostała część budynku była przeznaczona dla ośrodka zdrowia. W 2005 r., po podziale nieruchomości gminnej spółdzielni i po dokonaniu wyceny składników majątkowych spółdzielni przez rzeczoznawcę majątkowego, M. F. kupiła za cenę wynikającą z przedmiotowej ekspertyzy (69126,- zł) nieruchomość oznaczoną, jako działka nr (...), obejmującą część parterowego budynku dotychczasowego pawilonu handlowo-usługowego, z lokalem apteki i zapleczem socjalnym o pow. ok. 110 m². Po zakupie nieruchomości M. F. przeprowadziła remont lokalu aptecznego oraz części socjalnej, planując jej wynajmowanie na potrzeby ewentualnego ośrodka zdrowia. Na początku 2010 r., z przyczyn osobistych, została zmuszona do zmiany przeznaczenia pomieszczeń socjalnych na lokal stricte mieszkalny, w którym zamieszkała z rodziną. Taka zmiana przeznaczenia dotychczasowego zaplecza socjalnego lokalu aptecznego nie naruszała przeznaczenia nieruchomości. Zgodnie z miejscowym planem zagospodarowania przestrzennego Gminy W. (uchwała rady Gminy z 18.09.2003 r. Nr (...), zmieniona uchwała z 8.10.2008 r. nr (...)), nieruchomość powódki leżała w terenie oznaczonym w planie symbolem UC – tereny usług komercyjnych i dopuszczalne było na niej przeznaczanie części zabudowy na funkcje socjalno-mieszkalne (dla właścicieli), jako towarzyszące podstawowej funkcji usługowej. Wobec powyższego, zmiana przeznaczenia budynku na nieruchomości powódki z socjalno-usługowego, na mieszkalno-usługowy wymagała zgłoszenia Staroście Powiatowemu w O. i obowiązek ten przez właścicielkę został spełniony (zeznania powódki k. 291 i 149, zawiadomienie i zaświadczenie wójta k. 77-79 akt szkody (...)). Łączna wartość nakładów poniesionych od 2005 r. przez M. F., na remont i prace adaptacyjne w budynku oraz jego otoczeniu, wyniosła 129143,93 zł (ewidencja środków trwałych k.287, zeznania powódki).

M. F. od początku prowadzenia apteki w lokalu wynajmowanym od spółdzielni, a następnie znajdującym się na nieruchomości przez nią zakupionej, zawierała z (...) S.A. w W. umowy ubezpieczenia majątkowego, obejmujące zarówno budynek usługowo-socjalny, jak też wyposażenie lokalu apteki oraz środki obrotowe (leki i materiały farmaceutyczne). Ubezpieczyciel zawsze był reprezentowany przez jego umocowanego pracownika (agenta) M. K. (1). W 2009 r. M. F. zadeklarowała przy zawieraniu umowy ubezpieczenia: wartość budynku 200000 zł (jako równą cenę zakupu całej nieruchomości wg ustaleń rzeczoznawcy w 2005 r., powiększonej o znaną ubezpieczającą kwotę nakładów na remont i prace adaptacyjne), wartość środków obrotowych 50000,- zł, wartość wyposażenia apteki 12500,- zł. Agent ubezpieczyciela oglądał nieruchomość, w tym stan poszczególnych pomieszczeń, podaną wartość budynku weryfikował z danymi tabelarycznymi opracowanymi na wewnętrzne potrzeby zakładu ubezpieczeń przez jego rzeczoznawców, w oparciu o rodzaj użytych materiałów ściennych, pokryć dachowych itp. Wartość podawana przez powódkę odpowiadała danym tabelarycznym i nigdy nie była kwestionowana przez agenta przy zawieraniu umowy – jako zaniżona i prowadząca do powstania stanu niedoubezpieczenia, nigdy nie była też kwestionowana przez pracowników jednostki organizacyjnej zakładu ubezpieczeń, w ramach której działał agent M. K. (1) (Inspektoratu w K.). Ustalana w umowie suma ubezpieczenia w/w składników mienia powódki była podstawą wyliczenia składki należnej ubezpieczycielowi, powódka zawsze opłacała ją w pełnej wysokości, bez jakichkolwiek opóźnień (zeznania powódki j.w., zeznania M. K. k.159). W dniu 2.01.2010 r. (...) S.A. w W., reprezentowana przez agenta M. K. działającą w imieniu Inspektoratu w K., zawarły umowę „Kompleksowego ubezpieczenia (...)” nr (...), obejmującą całość budynku mieszkalno-usługowego, wyposażenie lokalu usługowego i znajdujące się w nim środki obrotowe

należące do ubezpieczającej, ustalono analogiczne, jak przy umowie z poprzedniego okresu, sumy ubezpieczenia dla poszczególnych składników mienia. Przed zawarciem umowy, jak również w trakcie sporządzania wniosku i dokumentów, ubezpieczająca M. F. nie została zapoznana z ogólnymi warunkami ubezpieczenia „Kompleksowego ubezpieczenia (...)”, w tym zwłaszcza jego szczegółowymi postanowieniami narzuconymi klientom przez zakład ubezpieczeń, związanymi z proporcjonalnym zmniejszeniem kwoty wypłacanego odszkodowania w przypadku niedoubezpieczenia mienia do wartości rynkowej oraz związanymi ze szczególnymi obowiązkami ubezpieczającego dokumentowania wysokości szkody, jako warunku wypłaty odszkodowania. Mimo, że wola ubezpieczającej M. F. było uzyskanie pełnej ochrony mienia i zamiar ten był wiadomy zarówno agentowi podpisującemu umowę, jak też pracownikom inspektoratu, przed podpisaniem umowy nie poinformowano jej o powyższych – potencjalnie bardzo niekorzystnych dla ubezpieczającej – postanowieniach OWU, sam dokument OWU został jej doręczony już po podpisaniu i zawarciu umowy z ubezpieczycielem, również i wtedy nikt nie zwrócił jej uwagi na istnienie takich szczególnych postanowień w ogólnych warunkach ubezpieczenia (zeznania powódki i M. K. j.w.; umowa k.28-32, OWU k.33).

W dniu 22.05.2010 r. doszło do wylania wód W. i zalania terenów Gminy W., w tym miejscowości Z., druga katastrofalna w skutkach powódź miała miejsce kilkanaście dni później, 6.06.2010 r. Nieruchomość powódki została zalana wodą do 60 cm wysokości (zeznania powódki j.w.).

W dniu 23.05.2010 r. M. F. zgłosiła szkodę ubezpieczycielowi, zgłoszenie zostało uzupełnione w czerwcu, po drugiej fali powodziowej (k.1 i 41 a.sz.). Likwidatorzy ubezpieczyciela przeprowadzili oględziny nieruchomości M. F., udokumentowali zniszczenia w mieniu objętym umową ubezpieczeniową (opis k.9 a.sz., protokół likwidacji k.10-35 a.sz.). W dniu 15.06.2010 r. wypłacono ubezpieczającej zaliczkę na poczet niespornego odszkodowania w kwocie 5000,- zł (k.36 a.sz.), następnie decyzją z 20.07.2010 r. ustalono szkodę w ubezpieczonym mieniu na kwotę 71777,74 zł (k.42 a.sz.). W wyniku odwołania M. F., decyzją z dnia 10.11.2010 r. (k.73 a.sz.) zmieniono ustalenie szkody na kwotę 86776,24 zł. Równoległe, pismem z dnia 16.11.2010 r. (k.74 a.sz.) ubezpieczyciel poinformował M. F., że ostatnia z przywołanych decyzji odnosi się również do części budynku obejmującej lokal usługowy (aptekę) i odmówił likwidacji szkody oraz wypłaty odszkodowania związanego z częścią mieszkalną tego budynku wywodząc, że w tym zakresie strony w ogóle nie objęły go umową z dnia 2.01.2010 r. Na skutek interwencji Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 11.03.2011 r. u Prezesa Zarządu ubezpieczyciela (k.94 a.sz.), w dniu 20.04.2011 r. ubezpieczyciel kolejny raz zmienił stanowisko merytoryczne w sprawie (pisma k. 95 i 96 a.sz.) przyjmując, że umowa z dnia 2.01.2010 r. obejmowała jednak również część mieszkalną budynku i decyzją z dnia 27.04.2011 r. (k.110 a.sz.) kolejny raz podwyższono ustalenie szkody w ubezpieczonym majątku M. F. do kwoty 93.901,80 zł. W dniu 12.05.2011 r. powódka odwołała się od przedmiotowej decyzji (k.112 a.sz.), a w dniu 18.05.2011 r. ustanowiony pełnomocnik ubezpieczonej zgłosił ubezpieczycielowi roszczenie o dopłatę kwoty 92824,44 zł z terminem płatności 14 dni od daty wezwania, z tytułu odszkodowania za szkody w budynku mocodawczyni, w jego części mieszkalnej. Kwota objęta wezwaniem miała stanowić różnicę pomiędzy sumą szkody oszacowaną w tym zakresie przez M. F. na 100000,- zł, a kwotą 7125,56 zł dopłaconą jej w wykonaniu decyzji z 27.04.2011 r. (k.46 akt sprawy, k.115 a.sz.). Pismami z dnia 25.05.2011 r. ubezpieczyciel ponownie zmienił stanowisko merytoryczne w toku likwidacji szkody i odmawiając spełnienia żądania z 18.05.2011 r. po raz pierwszy podniósł zarzut niedoubezpieczenia budynku i wyposażenia apteki, uzasadniający proporcjonalne zmniejszenie wypłacanych ubezpieczonej odszkodowań do poziomu 42,15% należnego odszkodowania za budynek i do 36,02% należnego odszkodowania za wyposażenie apteki. Równocześnie, dostosowując wcześniejsze decyzje i wypłaty cząstkowe do takiego nowego stanowiska ubezpieczyciel wyjaśnił, że dotychczas uznana i wypłacona kwota 93901,80 zł obejmowała odszkodowania: 50000,- zł za środki obrotowe (wypłacone w 100% mimo niedoubezpieczenia 94%), 38610,13 zł za budynek w części mieszkalnej i usługowej (42,15% z uznanej szkody 91600,89 zł), 4842,88 zł za wyposażenie apteki (36,02% z uznanej szkody 13445,- zł) oraz nadpłatę (!) w kwocie 448,79 zł, w żaden sposób nie wyjaśniając przyczyny, dla której taka nadpłata miałaby powstać i w odniesieniu do jakiej składowej odszkodowania (k.122-124 a.sz.). M. F. w dniu 10.06.2011 r. kolejny raz zwróciła się z prośbą o interwencję do Rzecznika Ubezpieczonych (k.127 a.sz.) i decyzją z 31.10.2011 r. kolejny raz ubezpieczyciel zweryfikował swoje ustalenia w przedmiocie wysokości szkody w budynku (na sumę 159417,91 zł), wypłacając M. F. kwotę 26905,98 zł (k.216 a.sz.). Następnie, w dniu 11.01.2012 r. zweryfikował ustalenie szkody w wyposażeniu apteki,

dopłacając powódce kwotę 2576,89 zł (k.238-239 a.sz.). Końcowo, po ponownych oględzinach budynku powódki w dniu 23.06.2012 r., decyzją z dnia 13.07.2012 r. (k.273 i 274 a.sz.) dopłacono jej kwotę 887,10 zł, ustalając wysokość szkody w budynku na 124271,77 zł i odszkodowanie ostateczne równe 42,15 % tej sumy.

Łącznie, zatem pozwany wypłacił powódce w toku 2 lat likwidacji szkody (wg informacji udzielonych przez ubezpieczyciela w postępowaniu likwidacyjnym):

- odszkodowanie za środki obrotowe w wysokości sumy ubezpieczenia 50000,- zł
- odszkodowanie za wyposażenie apteki 7868,65 zł, przy uznaniu szkody na sumę 21845 zł (wypłacono 36,02% wobec niedoubezpieczenia przy sumie ubezpieczenia 12500 zł)
- odszkodowanie za budynek 66403, 21 zł (wypłacono 42,15% ustalonej szkody, wobec niedoubezpieczenia przy sumie ubezpieczenia 200000,- zł i wycenie budynku przez ubezpieczyciela na 474491,48 zł).

W toku procesu stały biegły sądowy z zakresu budownictwa i szacunku nieruchomości ustalił wartość rynkową budynku na nieruchomości powódki, w dacie zaistnienia szkody, na kwotę 316400,- zł i wysokość szkody na sumę 142805 zł (opinia pisemna A. M. k.194, uzupełniona i skorygowana opiniami uzupełniającymi k.267 i 291).

Opisany stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o przywołane dowody.

Żadna ze stron procesu, reprezentowanych przez pełnomocników, nie kwestionowała autentyczności i prawdziwości dokumentów prywatnych i urzędowych (złożonych w postaci kopii i odpisów) i mogły one posłużyć do weryfikacji dowodów osobowych. Sąd obdarzył pełną wiarą zeznania świadka M. K., osoby obcej dla powódki, natomiast zawodowo związanej ze stroną pozwaną, a więc potencjalnie zainteresowanej pozytywnym rozstrzygnięciem sporu na rzecz ubezpieczyciela. Mimo to, zeznania świadka należało ocenić, jako składane neutralnie i w sposób obiektywny, bez zatajania okoliczności niekorzystnych dla strony pozwanej, znajdowały one oparcie w dowodach z dokumentów i potwierdzających zeznaniach i twierdzeniach powódki, zatem niewątpliwie nie były składane z intencją przedstawiania faktów w sposób korzystny dla strony, z którą świadka łączą określone więzy. Sąd obdarzył także w tym kontekście wiarą zeznania powódki w całości uznając, że wszystkie przywołane dowody osobowe i dowody z dokumentów tworzą łańcuch dowodów niesprzecznych wewnątrz, wzajemnie, logicznie się dopełniających.

W sprawie dopuszczono i przeprowadzono dowód z opinii stałego biegłego sądowego z zakresu budownictwa i szacunku nieruchomości, celem sprawdzenia i ewentualnego skorygowania ustaleń poczynionych przez ubezpieczyciela w postępowaniu likwidacyjnym, zarówno, co do faktycznej wartości budynku w dacie zaistnienia szkody, jak też jej wysokości.

Opinia A. M., po skorygowaniu błędów i nieścisłości z opinii pierwotnej w opiniach uzupełniających pisemnej i ustnej, została sporządzona z wykorzystaniem całego dostępnego materiału dowodowego, zgodnie z zasadami koniecznej wiedzy specjalistycznej, w sposób szczegółowy i logiczny biegły uzasadnił swoje końcowe i ostateczne wnioski i ustalenia, odnosząc się do wszystkich uwag i zastrzeżeń stron. Sąd nie znalazł jakichkolwiek podstaw do zarzucenia tym ustaleniom dowolności, czy wzajemnej sprzeczności i przyjmuje je za własne.

Strona pozwana kwestionowała przedmiotową opinię, co do zasady, nie kwestionując ustaleń biegłego wnosila o jej pominięcie z uwagi na przyjętą przez biegłego metodologię, prowadzącą do ustalenia szkody w budynku powódki w odniesieniu do cen rynkowych, a nie w oparciu o sposób ustalenia tej szkody przewidziany w OWU, które musiały mieć – w ocenie strony pozwanej – zastosowanie. Sąd nie podzielił tego zarzutu i oddalił wniosek strony o dopuszczenie nowego dowodu, z opinii innego biegłego, z przyczyn opisanych w dalszej części uzasadnienia.

Sąd zważył, co następuje.

Powództwo zasługuje na uwzględnienie w części.

Strony zawarły umowę kodeksową, regulowaną w art. 805 i nast. k.c. Zgodnie z przywołanym przepisem ubezpieczyciel zobowiązał się, w zakresie prowadzonego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia umówionego wypadku, zaś ubezpieczający zobowiązał się uiścić składkę. W zakresie umów majątkowych obowiązek ubezpieczyciela sprowadza się do zapłaty odszkodowania, do granicy z art. 824 § 1 k.c. w zw. z art. 824¹ § 1 k.c. Z mocy wskazanych przepisów odszkodowanie wypłacone uposażonemu nie może przenieść wysokości szkody oraz umówionej przez strony sumy ubezpieczenia (z którą związana jest wysokość składki płaconej przez ubezpieczającego – art. 824 § 3 k.c.). Jak podkreśla się w doktrynie prawa cywilnego, „suma ubezpieczenia” to kwota pieniężna, na którą zawarto ubezpieczenie, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela i będąca podstawą obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Tym samym, „wartość ubezpieczeniowa”, czyli wartość ubezpieczonego interesu ustalona we wskazany w umowie sposób (kategoria techniczno-ubezpieczeniowa, uzyskiwana drogą oszacowania interesu i która powinna odpowiadać rzeczywistej wartości ubezpieczonego interesu) nie może być z nią utożsamiana. Suma ubezpieczenia może być równa lub niższa wartości ubezpieczeniowej, nie powinna być od niej wyższa (red. A.Kidyba „Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania. Część szczególna. Tom III” Lex, W-wa 2010, s. 929, t. 1 i 2; A.Banasiński „Ubezpieczenia gospodarcze” W-wa 1996, s.96). W teorii prawa ubezpieczeń wysokość ubezpieczenia mierzy się stosunkiem sumy ubezpieczenia do wartości ubezpieczeniowej i wzajemny stosunek tych dwóch wartości może kształtować się trojako. Nadubezpieczenie oznacza sytuację, w której suma ubezpieczenia jest wyższa od wartości ubezpieczeniowej, a tym samym sytuację niezgodną z istotą ubezpieczeń, które winny prowadzić do wyrównania szkody losowej, a nie do wzbogacenia ubezpieczającego (normatywny zakaz takiego potencjalnego wzbogacenia przy nadubezpieczeniu zawarto w obecnym stanie prawnym w art. 824¹ § 1 k.c.). Większe wątpliwości doktrynalne budzi natomiast sytuacja przeciwna, tzw. niedubezpieczenia. Ustawodawca w art. 302 § 2 Kodeksu morskiego wprost ustanowił w takim przypadku zasadę proporcjonalnego zmniejszenia odszkodowania i w praktyce rynku ubezpieczeniowego zakłady ubezpieczeń, na zasadzie analogia iuris, starają się przenosić to rozwiązanie na grunt umów ubezpieczeniowych opartych na przepisach kodeksu cywilnego (A.Kidyba op.cit., s.930-931, t.6-8). W doktrynie wskazuje się przy tym, że o ile wypracowanie trzech systemów odpowiedzialności ubezpieczycieli stosowanych w ubezpieczeniach majątkowych (1. na pierwsze ryzyko, 2. proporcjonalnej, 3. ograniczonej udziałem własnym, lub franszyzą) i ich zastosowanie nie jest a limine sprzeczne z normami prawa o charakterze ius cogens, to zawsze zastosowanie konkretnego systemu musi wprost i jednoznacznie wynikać z umowy zawartej pomiędzy ubezpieczającym i ubezpieczycielem, musi być objęte świadomą wolą obu stron tej umowy, a to ze względu na dyspozytywny charakter normy z art. 824 § 1 k.c. (por. G.Bieniek i inni „Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga Trzecia. Zobowiązania. Tom II” Wyd.Praw. W-wa 1997, s.361, t.2 i 4). Umowa ubezpieczenia jest, bowiem kontraktem najwyższego zaufania, jej treść, cel i realizacja zawsze powinny odpowiadać zobiektywizowanym kryteriom uczciwości kupieckiej, zasadom słuszności i wzajemnej lojalności kontrahentów, jej postanowienia nie mogą sprzeciwiać się zasadom współżycia społecznego (art. 353¹ k.c.). Okolicznością bezsporną jest to, że przy ubezpieczeniu majątkowym (zwłaszcza nieobowiązkowym) oferentem (art. 811 § 1 k.c.) jest ubezpieczający, który także proponuje ubezpieczycielowi istotne przedmiotowe postanowienia przyszłej umowy w postaci określenia sumy ubezpieczenia – podstawy dla ustalania godziwego zysku ubezpieczyciela. Poza sporem pozostaje kwestia, że w niniejszej sprawie powódka składająca ofertę zawarcia określonej umowy ubezpieczenia, nie była podmiotem wyposażonym w techniczne możliwości prawidłowego ustalenia aktualnej wartości rynkowej przedmiotu ubezpieczenia i w konsekwencji - sumy ubezpieczenia. Ustaliła one te wielkości w oparciu o jedyne dostępne jej dane, w postaci wartości nieruchomości sprzed niespełna 5 lat (ustalonej przez biegłego rzeczoznawcę i co istotne - wartości całej nieruchomości gruntowej, a nie samej części składowej w postaci budynku) oraz znanej jej kwoty poczynionych nakładów na remont i zwiększenie użyteczności budynku – wielkości ujmowanych w dokumentacji księgowej związanej z działalnością gospodarczą powódki. Co istotne, zaoferowana ubezpieczycielowi suma ubezpieczenia budynku i wyposażenia lokalu nigdy nie została przez niego zakwestionowana w trybie kontrofert z art. 811 k.c., co jest tym bardziej istotne, iż podlegała ona zawsze weryfikacji dokonanej przez pośrednika ubezpieczeniowego w trybie i zakresie ustalonym przez samego ubezpieczyciela (świadek M. K. wprost zeznała, że w przeszłości, przy zawieraniu analogicznych umów odbierano od ubezpieczających szczegółowe informacje dotyczące przedmiotu ubezpieczenia (budynku), pozwalające na dokładniejsze oszacowanie jego wartości, natomiast obecnie ubezpieczyciel od tego odstąpił, pozyskując jedynie informacje ogólne, odnoszone do nieprecyzyjnych, uśrednionych danych z

wewnętrznych katalogów). O ile, zatem samo zastosowanie proporcjonalnej zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela może być dopuszczone w prawie kontraktów, to poważne wątpliwości w świetle przywołanych przepisów (w zw. z art. 807 § 1 k.c.), co do ważności postanowień umów, budzi możliwość zawierania umów z ubezpieczającymi, w których całość ryzyka wadliwego oszacowania wartości ubezpieczeniowej w momencie zawierania umowy jest przenoszona na ubezpieczającego, zwłaszcza w sytuacji, gdy weryfikacja poprawności takiego oszacowania jest odsuwana w czasie dopiero na etap likwidacji szkody. W ocenie Sądu tak konstruowane postanowienia umów są nieważne i dodatkowo naruszające normę art. 354 § 1 k.c. Sąd rozstrzygający niniejszą sprawę w pełni podziela stanowisko, że zasada współzycia społecznego w postaci „uzasadnionego zaufania (oczekiwania) partnerów” (art. 5 k.c. – por. red. E.Gniewek „Kodeks cywilny. Komentarz” C.H.Beck W-wa 2011, s.16, t.7) nie jest zachowana w sytuacji, gdy ubezpieczyciel dokonujący (jak w niniejszej sprawie) weryfikacji oferty ubezpieczającego w trybie ustalonym przez siebie, lub w ogóle pomijający taką czynność na etapie zawierania umowy, nie składa ubezpieczającemu kontroferty, gwarantującej mu należny w takiej sytuacji wyższy, godziwy zysk (wyższą składkę), a następnie, wbrew uzasadnionemu oczekiwaniu ubezpieczającego, dopiero na etapie likwidacji szkody informuje kontrahenta, że świadczenie mu należne wyliczy proporcjonalnie, potrącając większość sumy (w sprawie 60-70%) oczekiwanej przez ubezpieczającego, przy jednoczesnym braku jakiegokolwiek zmniejszenia świadczenia spełnionego przez ubezpieczającego (składka narzucona przez ubezpieczyciela i zapłacona przez ubezpieczającego nie zostaje mu zwrócona w takiej samej proporcji). Jeżeli ubezpieczyciel w ramach wykonywania zawartej umowy ubezpieczenia zastosuje opisany tryb postępowania, to jego zachowania nie można uznać za zmierzające do ochrony słusznego prawa, lecz za nadużycie prawa nie zasługujące na ochronę. Tylko w sytuacji, gdy przy zawieraniu umowy ubezpieczyciel (de facto jedyna strona zdolna organizacyjnie i merytorycznie do takich czynności) realnie weryfikuje wartość ubezpieczeniową i w konsekwencji ofertę ubezpieczającego w zakresie sumy ubezpieczenia, a ten podtrzyma swoją ofertę ze świadomością przyjętego ryzyka i ewentualnego proporcjonalnego zmniejszenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, zawarcie umowy z „niedoubezpieczeniem” będzie mogło być oceniane, jako nie naruszające w żaden sposób normy art. 353¹ k.c.

Powyższe samodzielnie in casu wystarczałyby dla oceny zasadności powództwa M. F. w aspekcie niedopuszczalności zastosowania zasady proporcjonalnej odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela i zasądzenia na jej rzecz, w oparciu o przywołane przepisy, kwot wyrównujących odszkodowania do ich pełnej wysokości. W sprawie istotniejszy jest jednak fakt bezspornie ustalony dowodami z zeznań powódki świadka M. K., że przy ustalaniu warunków umowy z dnia 2.01.2010 r., jak również przed jej podpisaniem, ubezpieczająca nie otrzymała, a co ważniejsze, nie została zapoznana z postanowieniami OWU ustalonymi i narzucanymi kontrahentom przez (...) S.A. w W.. Zgodnie z art. 384 § 1 i 2 k.c. w realiach sprawy należało przyjąć, że OWU związane z rodzajem umowy zawartym przez powódkę nie wiązały jej mimo, że bezspornie nie należała ona do kategorii konsumentów. Legitymację prawną dla stosowania wzorców umownych stanowi zasada swobody umów (por. wyrok TK z 8.12.2003 r. K 3/02 OTK-A 2003/9/99). Regułą z § 1 przepisu jest obowiązek doręczenia wzorca kontrahentowi przed podpisaniem umowy, pod rygorem ustalenia ważności zawartej umowy z wyłączeniem postanowień zawartych we wzorcu. Jak wskazuje się w doktrynie, polecenie „doręczenia” wzorca umownego zawarte w przepisie nie może być odczytywane stricte literalnie, lecz nakaz ten oznacza konieczność umożliwienia adherentowi zapoznania się z całą treścią postanowień wzorca umownego, czy OWU (red. A.Kidyba „Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania. Część ogólna. Tom III” Lex, W-wa 2010, s.200, t.9). Ustawodawca nie określa, ile czasu powinna mieć druga strona na przeczytanie wzorca (OWU) i namysł nad jego treścią, termin ten powinien być „rozsądny” i realnie zapewniać adherentowi namysł nad postanowieniami wzorca (ibidem). Sposób doręczenia nie jest istotny, jednakże w doktrynie podkreśla się, że za niedoręczony należy uznawać wzorec, eksponowany adherentowi przez zbyt krótki czas przed zawarciem umowy (glosa E.Łętowskiej do wyroku NSA z 21.02.2000 r. II SA 1707/99 OSP 2000/12/183). Nie budzi także wątpliwości w doktrynie i judykaturze, że w świetle analizowanego przepisu proponent nie musi legitymować się pokwitowaniem wzorca (może dowodzić to w każdy sposób), a adherent może dowodzić, że wzorca faktycznie przed zawarciem umowy nie otrzymał, także wbrew pokwitowaniu, które wystawił (A.Kidyba op.cit., s.201, t.9). Opisane rygory ustawodawca złagodził dla ułatwienia obrotu gospodarczego, zwłaszcza w stosunkach między przedsiębiorcami, w których wiązać mogą także wzorce (OWU) niedoręczone (w powyższym rozumieniu). Warunkiem takiego związania stron jest jednak kumulatywne wypełnienie wszystkich trzech przesłanek zawartych w przepisie, z których najistotniejsza jest przesłanka „łatwości

dowiedzenia się adherenta o treści wzorca (OWU)” (ibidem, s.202, t.11). Dla oceny jej spełnienia należy z jednej strony uwzględnić dotychczasową praktykę we wzajemnych stosunkach stron, rodzaj zobowiązania, a z drugiej strony miejsce udostępnienia, rozmiar wzorca, dostępność dla adherenta techniki zapisu, doświadczenie handlowe partnera w stosunkach cywilnych danego rodzaju, stopień profesjonalizmu adherenta w branży, której dotyczy zawierana umowa, odmienność jego branży od branży proponenta (ibidem, t.13). Onus probandi co do spełnienia tych wymogów obciąża stronę posługującą się wzorcem (OWU). Pełnomocnik strony pozwanej w trakcie procesu podniósł, że powódka (dla przypomnienia – farmaceutka) mogła zapoznać się z treścią postanowień OWU z uwagi na kontynuowanie współpracy z lat poprzednich i dostępność tych danych za pośrednictwem sieci teleinformatycznej. Odnosząc się do tego zarzutu należy wskazać, że strona pozwana w żaden sposób nie udowodniła faktu (nie zgłosiła nawet takiej tezy), że przed zawarciem umowy w dniu 2.01.2010 r. pośrednik ubezpieczeniowy pozwanego poinformował powódkę, że postanowienia OWU z poprzedniego kontraktu w całej rozciągłości będą obowiązywać przy nowej, zawieranej dopiero umowie. Co więcej, strona pozwana w ogóle nie udowodniła, że w przeszłości strony wiązała umowa tego samego, konkretnego typu (opracowana przez ubezpieczyciela, jako towar rynkowy). Nie udowodniono, zatem w żaden sposób we sprawie, że powódka w sposób świadomy podpisywała umowę w dniu 2.01.2010 r., jako obejmującą postanowienia OWU, które zostały jej przedstawione do wiadomości i namysłu rok wcześniej, przy innym kontrakcie. Chybione jest także stanowisko strony pozwanej, że powódka mogła zapoznać się z OWU zawartymi w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym. W doktrynie prawa nie budzi wątpliwości, że dla spełnienia warunku z art. 384 § 4 k.c., proponent musi udostępnić adherentowi wzorec (OWU) w postaci elektronicznej w formie maila na pocztę elektroniczną, na płycie CD lub innym nośniku, natomiast wymogów przepisu nie spełnia udostępnienie wzorca (OWU) na ogólnodostępnych stronach www. Wymogiem zastosowania wyjątku z § 4 jest bowiem gwarancja integralności tekstu, zapewnienie możliwości jego odtwarzania i przechowywania w toku zwykłych czynności, bez specjalistycznych kwalifikacji i specjalistycznego sprzętu, nie tylko w chwili zawierania umowy, ale przez cały czas konieczny dla ochrony praw adherenta (ibidem, s.204, t.15). Bezsprzeczne jest w sprawie, że powódce nie udostępniono OWU w sposób elektroniczny opisany powyżej a dodatkowo należy podnieść, że faktycznie nie mogła zapoznać się ona z postanowieniami OWU na stronach www ubezpieczyciela z tej przyczyny, że jej wolą było tylko zawarcie umowy obejmującej całe mienie, natomiast nie miała przed spotkaniem z pośrednikiem ubezpieczeniowym wiedzy o nazwie konkretnego produktu rynkowego ubezpieczyciela (ubezpieczenie (...)), ani sama go nie wybrała z oferty umów ubezpieczyciela, ze względu na dziedzinę świadczonych usług nie ma ona wiedzy specjalistycznej z branży ubezpieczeniowej. Konkludując, w realiach sprawy, przy ważnej umowie z dnia 2.01.2010 r. powódki nie wiązały postanowienia OWU z przyczyn podanych powyżej, a tym samym zasada proporcjonalnej odpowiedzialności ubezpieczyciela (świadek M. K. wprost zeznała, że powódce chodziło o pełną i całościową ochronę jej mienia), ale też nie wiązały powódki postanowienia OWU dotyczące sposobu likwidacji szkody i trybu (metody) ustalania jej wysokości. Ta konstatacja legła u podstaw oddalenia wniosku strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z innej opinii biegłego rzeczoznawcy, jak też u podstaw nie podzielenia zarzutów strony do ustaleń biegłego poczynionych w sprawie.

Ubocznie Sąd zważył przy tym, że stanowisko pozwanego ubezpieczyciela w tej kwestii, w prowadzonym przez 2 lata postępowaniu likwidacyjnym, było labilne i wewnętrznie sprzeczne. Początkowo ubezpieczyciel wcale nie likwidował szkody przy przyjęciu zasady proporcjonalnej odpowiedzialności z tytułu niedoubezpieczenia, o czym przekonuje fakt, że dopiero niemal po roku, w wyniku oczywiście zasadnej interwencji Rzecznika Ubezpieczonych związanej z bezpodstawnym nieuznawaniem przez pozwanego swojej odpowiedzialności za część mieszkalną budynku powódki, w maju 2011 r. podniósł ten argument i starał się przyporządkować dotychczas wypłacone uposażonej kwoty do tej zasady, czyniąc to niezbyt skutecznie (pozostała w wyniku takich rozliczeń nadpłata, nie wiadomo skąd? i dlaczego?), co jednoznacznie wskazuje na wtórny charakter takiego stanowiska ubezpieczyciela, broniącego się przed swoją pełną odpowiedzialnością, przy stwierdzonej opieszale i wadliwie prowadzonej likwidacji szkody powódki.

W procesie ustalono wysokość szkody majątkowej powódki, w budynku na jej nieruchomości, w wyniku zdarzenia szkodowego objętego umową stron, na kwotę 142805,- zł. Jak wskazał powódce ubezpieczyciel, w ramach kwot wypłacanych jej (po wielokrotnych odwołaniach) w postępowaniu likwidacyjnym na poczet likwidacji szkody w budynku zaliczył sumę łączną 66403,21 zł. Na podstawie przywołanych przepisów należało, zatem zasądzić różnicę podanych kwot, celem pełnej kompensaty szkody powódki zgodnie z zawartą w dniu 2.01.2010 r. umową.

Sąd zważył, zarazem, że w wyniku zgłoszenia szkody w dniu 23.05.2010 r. pozwany wypłacił powódce sumy dotyczące odszkodowania za szkody w budynku i dalej idące, skonkretyzowane roszczenia ubezpieczonej w tym zakresie zostały zgłoszone ubezpieczycielowi dopiero w dniu 18.05.2011 r., przez pełnomocnika powódki, który jednocześnie określił termin zapłaty żądanej sumy. W realiach sprawy nie można, zatem mówić o zwłoce pozwanego, w tej części powództwa, przed upływem terminu, który strona powodowa sama określiła w pisemnym „wezwanie do zapłaty ostatecznym przesądowym” (k.46) i odsetki od sumy zawierającej się w kwocie tego wezwania (z tego samego tytułu) należało zasądzić dopiero od dnia następnego po upływie określonego terminu, zgodnie z art. 481 § 1 k.c. Sąd zważył przy tym, że w toku sprawy ustalono wysokość szkody powódki w wymiarze mniejszym, niż ustalenia samego ubezpieczyciela w ramach likwidacji szkody i brak było podstaw do wywodzenia, że odsetki winny być zasądzone w powiązaniu z datą wyrokowania w sprawie.

Dalej idące roszczenie, jako nieuzasadnione, podlegało oddaleniu.

W odniesieniu do drugiej składowej powództwa bezspornym było to, że szkoda w postaci zniszczonego wyposażenia apteki przeniosła sumę ubezpieczenia z umowy 12500,- zł i przy oświadczeniu ubezpieczyciela złożonym w postępowaniu likwidacyjnym, że z tego tytułu wypłacił sumę łączną 7868,65 zł, należało zasądzić różnicę pomiędzy sumą ubezpieczenia, a kwotą wypłaconą, jako bezpodstawnie pomniejszoną przy niedopuszczalnym przyjęciu proporcjonalności odpowiedzialności odszkodowawczej (z przyczyn, jak wyżej). W tym zakresie pozwany znalazł się w zwłoce po upływie terminu określonego w art. 817 § 1 k.c.

Powódka utrzymała się z powództwem w 85%, co na podstawie art. 100 k.p.c. nakazywało w takim samym stopniu rozstrzygnąć o kosztach procesu. Powódka uiściła opłaty w wysokości łącznej 28,- zł (k.18, 252, 303) oraz poniosła koszt wynagrodzenia pełnomocnika w wysokości 3600,- zł. Pozwany uiścił opłatę 8,- zł (k.167) oraz zaliczki na poczet wydatków w kwocie 4000,- zł (k.158 i 256) oraz poniósł koszt wynagrodzenia pełnomocnika w wysokości 3600,- zł. Łącznie pozwanego obciąża obowiązek poniesienia kosztów w wysokości 9550,- zł i koniecznym było zasądzenie na rzecz powódki kwoty 1942,- zł tytułem ich częściowego zwrotu.

W toku procesu nie uiszczono opłaty od pozwu 4789,- zł oraz pokryto tymczasowo z sum Skarbu Państwa wydatki w kwocie 103,80 zł (k.302). Na podstawie art. 113 u.k.s.c. w zw. z art. 100 k.p.c. nakazano ściąganie odpowiednich części kwoty łącznej.