

Sygn. akt II Ca 404/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 października 2018 roku

Sąd Okręgowy w Lublinie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący Sędzia Sądu Okręgowego Dariusz Iskra (sprawozdawca)

Sędziowie: Sędzia Sądu Okręgowego Dorota Modrzewska-Smyk

Sędzia Sądu Okręgowego Marta Postulska-Siwek

Protokolant Starszy sekretarz sądowy Magdalena Deputat

po rozpoznaniu w dniu 18 października 2018 roku w Lublinie, na rozprawie

sprawy z powództwa A. K.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę kwoty 21200 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 31 marca 2017 roku do dnia zapłaty

na skutek apelacji pozwanego od wyroku wstępnego Sądu Rejonowego Lublin-Zachód w Lublinie z dnia 1 marca 2018 roku, w sprawie I C 559/17

I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

1) oddala powództwo w całości,

2) zasądza od A. K. na rzecz (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 1000 zł (tysiąc złotych) tytułem zwrotu części kosztów procesu;

II. zasądza od A. K. na rzecz (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 1000 zł (tysiąc złotych) tytułem zwrotu części kosztów postępowania odwoławczego.

Sygn. akt II Ca 404/18

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 9 czerwca 2017 roku, wniesionym w tym samym dniu do Sądu Rejonowego Lublin-Zachód w Lublinie, powódka – A. K., reprezentowana przez pełnomocnika, wniosła między innymi o zasądzenie od pozwanego – (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na swoją rzecz kwoty 21200 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 31 marca 2017 roku do dnia zapłaty „z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków, objętym ubezpieczeniem na życie, nr polisy: (...) nr deklaracji (...)” oraz o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powódka wskazała między innymi, że w dniu 21 grudnia 2016 roku, poruszając się pojazdem marki S., na skutek nieudzielenia pierwszeństwa przejazdu autobusowi marki R. doprowadziła do wypadku drogowego, w którym doznała licznych obrażeń. W tym czasie powódka była ubezpieczona na wypadek trwałego

uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Zgodnie z zawartym wariantem ubezpieczenia, za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu pozwany powinien wypłacić powódce 530 zł.

Uzasadniając wysokość żądania, powódka wskazała, że doznała rozległych obrażeń ciała. Jak wynika z karty informacyjnej o pobycie w szpitalu, powódka spędziła w nim 8 dni. Podczas pobytu rozpoznano u niej: powierzchowne urazy głowy, złamanie kości skroni prawej, złamanie żebra XI prawego, złamanie wyrostka poprzecznego kręgu L2, podejrzenie niewielkiego stłuczenia płuca prawego, sarkoidozę. Powódka kilka dni po opuszczeniu szpitala w C. trafiła na oddział (...) nr (...) w L. przy ul. (...), gdzie spędziła 3 dni. W czasie pobytu rozpoznano: stan po urazie wielonarządowym, krwiaka biodra prawego oraz złamanie wyrostka poprzecznego L2.

Powódka wskazała, że w (...) nr (...) w L. przy ul. (...), dodatkowo rozpoznano złamanie czaszki i twarzoczaszki – złamanie żuchwy. W trakcie zabiegu operacyjnego przeprowadzona została ekstrakcja zęba ze szczeliny złamania. W tym szpitalu powódka przebywała 5 dni i w tym czasie przeszła zabieg operacyjny. Powódka w okresie od dnia 16 stycznia 2017 do dnia 27 lutego 2017 roku leczyła się w poradni ortopedycznej w związku z rozpoznanym złamaniem odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy S32. Ponadto, po ukończonym leczeniu ortopedycznym, powódka została skierowana na rehabilitację, gdzie przeszła 10 zabiegów laseroterapii oraz 10 zabiegów mobilizacji. Tak rozległe obrażenia pozostawiły po sobie trwałe ślady w organizmie powódki. Niewątpliwie doznała ona kilku uszkodzeń ciała. Na podstawie analizy „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” powódka oszacowała wysokość trwałego uszczerbku na 40%, co daje kwotę odszkodowania w wysokości 21200 zł (k. 2-5v, 40).

*

Nakazem zapłaty z dnia 6 lipca 2017 roku, wydanym w postępowaniu upominawczym, Sąd Rejonowy Lublin-Zachód w Lublinie uwzględnił powództwo w całości (k. 41).

*

Od nakazu zapłaty z dnia 6 lipca 2017 roku (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjnej z siedzibą w W. wniósł sprzeciw, zaskarżając nakaz w całości.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm prawem przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł (k. 46-49v).

*

Wyrokiem wstępnym z dnia 1 marca 2018 roku Sąd Rejonowy Lublin-Zachód w Lublinie uznał za usprawiedliwione w zasadzie roszczenie A. K. przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w (...) z tytułu naprawienia szkody doznanej w wyniku zdarzenia z dnia 21 grudnia 2016 roku (k. 231).

W uzasadnieniu wyroku Sąd Rejonowy ustalił, że (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. prowadzi działalność gospodarczą w zakresie działalności ubezpieczeniowej. A. K. od 33 lat pracuje jako pielęgniarka. Od początku pracy zawodowej objęta jest grupowym ubezpieczeniem pracowniczym, w tym z tytułu nieszczęśliwych wypadków.

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniu 21 grudnia 2016 roku, w miejscowości S., gmina L., doszło do wypadku drogowego, w czasie którego A. K., kierująca samochodem osobowym marki S. (...), numer rejestracyjny (...), wjeżdżając na skrzyżowanie z drogi podporządkowanej nie udzieliła pierwszeństwa przejazdu autobusowi marki R. (...), numer rejestracyjny (...), kierowanemu przez W. G., doprowadzając do zderzenia z tym pojazdem.

Sąd Rejonowy ustalił, że bezpośrednio przed zderzeniem z autobusem A. K. zasłabła.

Sąd Rejonowy ustalił, że tego dnia A. K. odbywała wizyty pielęgniarские u pacjentów pozostających pod opieką Hospicjum im. (...) w L.. Jezdnia była sucha, a warunki atmosferyczne nie utrudniały jazdy. Natężenie ruchu było niewielkie. Do wypadku doszło w godzinach południowych. A. K. czuła się dobrze, była wypoczęta.

Sąd Rejonowy ustalił, że w chwili wypadku A. K. i W. G. byli trzeźwi. W przeszłości A. K. nie zdarzały się zasłabnięcia, omdlenia czy utraty świadomości. Nie leczyła się u neurologa. Nie brała leków powodujących skutki uboczne w postaci zasłabnięć. Regularnie przechodziła badania lekarskie w związku z dopuszczeniem do pracy. Ostatnie miały miejsce w lipcu 2016 roku.

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniu zdarzenia A. K. posiadała ważną umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zawartą z (...) Zakładem (...) na (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w W., potwierdzoną polisą ubezpieczeniową nr (...), której integralną część stanowiły Ogólne Warunki Grupowego (...) Pracowniczego typ P (...) ((...) (...)), Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego (...) na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego ((...) 30) oraz Tabele procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Sąd Rejonowy ustalił, że strony w umowie tej oznaczyły okres ubezpieczenia oraz zakres świadczeń, to jest śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku (klauzula I) i trwały uszczerbek na zdrowiu (klauzula II) – system świadczeń proporcjonalnych, przy sumie ubezpieczenia 10000 zł.

Sąd Rejonowy przytoczył treść postanowień zawartych w § 4 i § 14 Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem oraz w § 2 ust. 1 pkt 2 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...).

Sąd Rejonowy ustalił, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków A. K. nie otrzymała „w/w Ogólnych Warunków Ubezpieczenia”.

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniu (...) syn A. K. za pośrednictwem infolinii telefonicznej dokonał pierwszego zgłoszenia szkody. W czasie nagrania ze strony przyjmującego zgłoszenie konsultanta nie padło żadne pytanie ani odpowiedź co do bezpośredniej przyczyny zderzenia pojazdów.

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniu 28 lutego 2017 roku A. K. za pośrednictwem infolinii telefonicznej ubezpieczyciela zgłosiła szkodę i złożyła wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu nieszczęśliwego wypadku objętego zakresem zawartej polisy. W trakcie rozmowy z konsultantem wskazała, że do wypadku doszło wskutek jej zasłabnięcia za kierownicą samochodu. Po odczytaniu przez konsultanta ubezpieczyciela treści zgłoszenia szkody, A. K. potwierdziła jego treść, nie wnosząc również o jego sprostowanie lub uzupełnienie.

Sąd Rejonowy ustalił, że w toku postępowania likwidacyjnego ubezpieczyciel w decyzji z dnia 6 marca 2017 roku odmówił A. K. wypłaty świadczenia, wskazując, że zdarzenie z dnia 21 grudnia 2016 roku nie spełnia kryteriów definicji „nieszczęśliwego wypadku” określonej w § 2 ust. 2 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...). Za przyczynę wypadku przyjęto bowiem zasłabnięcie poszkodowanej.

Sąd Rejonowy ustalił, że A. K. odwołała się od powyższej decyzji, wskazując, że zgłaszając szkodę konsultantowi w dniu 28 lutego 2017 roku błędnie podała, iż do wypadku doszło wskutek jej zasłabnięcia. Podniosła również, że podczas zgłaszania szkody zwyczajnie przejęczyła się, a przez zasłabnięcie rozumie szok i otumanienie powypadkowe.

Sąd Rejonowy ustalił, że swoje stanowisko ubezpieczyciel podtrzymał w kolejnych decyzjach z dnia 16 i 30 marca 2017 roku, odmawiających przyznania poszkodowanej świadczenia.

Sąd Rejonowy ustalił, że w następstwie wypadku A. K. doznała obrażeń ciała w postaci powierzchownego urazu głowy, złamania kości skroniowej prawej, złamania żebra XI prawego, złamania wyrostka poprzecznego kręgu L2, sarkoidozy. Istniało również podejrzenie niewielkiego ogniska stłuczenia płuca prawego. Bezpośrednio po zdarzeniu

została przewieziona na Oddział (...) Publicznego Wojewódzkiego Szpitala (...) w C., gdzie przebywała do dnia 29 grudnia 2017 roku.

Sąd Rejonowy ustalił, że następnie A. K. trafiła do (...) Publicznego Szpitala (...) w L. na Oddział (...) Ogólnej i (...) (...), gdzie rozpoznano u niej stan po urazie wielonarządowym, krwiaka biodra prawego i złamanie wyrostka poprzecznego L2. W trakcie zabiegu operacyjnego przeprowadzono ekstrakcję zęba ze szczeliny złamania. A. K. przebywała w tym szpitalu od dnia 2 do 5 stycznia 2017 roku.

W okresie od dnia 22 do dnia 28 stycznia 2017 roku A. K. przebywała w (...) Publicznym Szpitalu (...) w L., gdzie rozpoznano u niej złamanie czaszki i kości twarzoczaszki – złamanie żuchwy. W trakcie zabiegu operacyjnego przeprowadzona została ekstrakcja zęba ze szczeliny złamania.

W okresie od dnia 16 stycznia 2017 roku do dnia 27 lutego 2017 roku A. K. leczyła się w (...) Publicznego Szpitala (...) w L. z powodu rozpoznania u niej złamania odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy S32. Ponadto, po ukończonym leczeniu ortopedycznym, została skierowana na rehabilitację, gdzie przeszła po 10 zabiegów laseroterapii oraz mobilizacji kręgosłupa lędźwiowego.

Sąd Rejonowy ustalił, że w lipcu 2017 roku A. K. przeszła kolejną rehabilitację. Aktualnie leczenie zostało ukończone. Pomimo to A. K. odczuwa dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowego i krzyżowego, co utrudnia jej codzienną pracę pielęgniarce.

Sąd Rejonowy wskazał dowody, na podstawie których dokonał ustaleń faktycznych, oraz przedstawił stanowisko w zakresie oceny wskazanych dowodów.

W szczególności Sąd Rejonowy wskazał, że w zakresie koniecznym dla rozstrzygnięcia sprawy Sąd oparł swoje ustalenia faktyczne również na treści nagrania telefonicznego zgłoszenia szkody, w całości na zeznaniach A. K. z postępowania przygotowawczego w sprawie (...)Prokuratury Rejonowej w Krasnymstawie oraz częściowo na zeznaniach A. K. złożonych w trybie art. 299 k.p.c. w zw. z art. 304 k.p.c.

Sąd Rejonowy wyjaśnił, że zeznaniom A. K. dał wiarę jedynie częściowo, gdyż zeznania te w części dotyczącej faktu i momentu zaślubienia w trakcie zdarzenia z dnia 21 grudnia 2016 roku są sprzeczne z jej zeznaniami z postępowania przygotowawczego w sprawie (...)Prokuratury Rejonowej w Krasnymstawie, treścią nagrania telefonicznego zgłoszenia szkody oraz zapisami w karcie zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego z dnia 21 grudnia 2016 roku nr (...).

Sąd Rejonowy uznał, że roszczenie A. K. przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. o zapłatę świadczenia z tytułu naprawienia szkody doznanej w wyniku zdarzenia z dnia 21 grudnia 2016 roku jest usprawiedliwione w zasadzie.

Sąd Rejonowy przytoczył treść przepisów art. 805 § 1 k.c. oraz art. 829 § 1 k.c. i wyjaśnił, że ubezpieczenie osobowe ma więc zapewnić ubezpieczonemu ochronę życia i zdrowia poprzez zagwarantowanie określonych świadczeń w postaci sum ubezpieczenia, ustalonych na wypadek śmierci, dożycia określonego wieku lub nastąpienia nieszczęśliwego wypadku. W przypadku ubezpieczeń osobowych przedmiotem umowy będzie życie, zdrowie lub zdolność do pracy osoby ubezpieczonej.

Sąd Rejonowy wskazał, że Kodeks cywilny nie definiuje pojęcia nieszczęśliwego wypadku, czy też wypadku ubezpieczeniowego; precyzują go zawsze ogólne warunki ubezpieczenia czy też umowa ubezpieczenia. Sposób ich zdefiniowania rozstrzyga zawsze o zaistnieniu lub nie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Sąd Rejonowy wskazał, że w ubezpieczeniach osobowych świadczenie ubezpieczyciela polega nie na wypłacie odszkodowania, lecz na świadczeniu w wysokości określonej sumy ubezpieczenia. Zależy ona właściwie wyłącznie od woli stron. Suma ta stanowi podstawę do obliczenia składki ubezpieczeniowej. Dlatego ubezpieczający musi

uwzględnić swoje możliwości finansowe przy ustalaniu wysokości sumy ubezpieczeniowej. Z drugiej strony, suma ubezpieczeniowa stanowi w zasadzie górną granicę świadczenia ubezpieczyciela.

Sąd Rejonowy wskazał, że w rozpoznawanej sprawie kwestiami spornymi były: przyczyna doznania przez A. K. obrażeń ciała w wypadku z dnia 21 grudnia 2016 roku, rozstrzygnięcie, czy było nią zasłabnięcie za kierownicą samochodu marki S. (...), jeżeli w ogóle do niego doszło, następnie ocena, czy wystąpiła „przyczyna zewnętrzna zdarzenia ubezpieczeniowego” w rozumieniu § 2 ust. 2 Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Wreszcie, należało rozstrzygnąć, czy pozwany ponosi odpowiedzialność za szkodę na osobie doznaną przez powódkę, a więc czy zdarzenie z dnia 21 grudnia 2016 roku jest „nieszczęśliwym wypadkiem”, czy może wystąpiły w sprawie jakiegokolwiek okoliczności wyłączające tę odpowiedzialność.

Sąd Rejonowy ustalił, że wypadek drogowy z dnia 21 grudnia 2016 roku w miejscowości S., gmina L., poprzedziło zasłabnięcie powódki A. K., kierującej samochodem marki S. (...), numer rejestracyjny (...).

Sąd Rejonowy przytoczył treść przepisów art. 385 § 2 zd. 1 i 2 k.c., art. 65 § 2 k.c. oraz art. 15 ust. 3 i 5 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1170) i wskazał, że celem ustawodawcy było zwiększenie ochrony strony nieprofesjonalnej w umowie ubezpieczenia, to jest ubezpieczonego.

Sąd Rejonowy wskazał, że z analizy oferowanych na rynku ubezpieczeniowym ogólnych warunków umów wynika, iż praktyka ubezpieczeniowa zmierza do coraz dalej idącego zawężenia zakresu pojęcia „wypadku” w umowach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Można twierdzić, że aktualnie istnieje po stronie ubezpieczycieli – podmiotów profesjonalnych, zatrudniających wielu specjalistów z różnych dziedzin prawa – tendencja do wzmoczonej, często prowadzącej do zachwiania równowagi stron stosunku cywilnoprawnego, ochrony własnych interesów.

Sąd Rejonowy wskazał, że dostrzega to również w rozpoznawanej sprawie. Powódka korzysta z tego rodzaju ubezpieczeń od przeszło 30 lat i pojęcie „nieszczęśliwego wypadku” w chwili zawierania umowy rozumiała w taki sposób, jak każdy przeciętny konsument, który jest dostatecznie dobrze poinformowany i uważny. Zamiarem A. K. przy zawarciu przedmiotowej umowy ubezpieczenia było niewątpliwie objęcie nim wypadków samochodowych, bez względu na ich przyczynę. Z drugiej strony, gdyby istotę „nieszczęśliwego wypadku” pojmować tak wąsko i rygorystycznie, jak czyni to pozwana, bardzo mało zdarzeń faktycznych wchodziłoby w zakres samego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Co za tym idzie, doszłoby do tak poważnej i nieuprawnionej ingerencji ubezpieczyciela w samą istotę tej instytucji, że straciłaby ona swój dalszy sens istnienia w obrocie prawnym.

Sąd wskazał, że „dostrzega więc potrzebę” takiej interpretacji niejednoznacznego i niezrozumiałego „§ 2 ust. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia”, jakiej dokonuje przeciętny ubezpieczony, co implikuje konieczność rozstrzygnięcia tych niejednoznacznych czy niezrozumiałych sformułowań na korzyść powódki.

Sąd wskazał, że przy ustalaniu bowiem, czy zachodzi wypadek ubezpieczeniowy przewidziany w umowie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków powódki kluczowe znaczenie odgrywa istnienie przyczyny zewnętrznej jako składnika pojęcia „nieszczęśliwego wypadku”. W ocenie Sądu przez przyczynę zewnętrzną należy rozumieć przyczynę (czynnik) pochodzącą ze świata zewnętrznego, czyli leżącą poza organizmem człowieka. Nie musi być to jednak przyczyna wyłączna. Wystarczy bowiem, że dany czynnik ze świata zewnętrznego jedynie przyczynił się, umożliwił powstanie uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego. Za taką przyczynę zewnętrzną można zatem uznać narzędzie pracy, maszynę czy działanie sił przyrody.

Sąd wskazał, że w rozpoznawanej sprawie to ruch pojazdu mechanicznego – samochodu osobowego marki S. (...), kierowanego przez A. K., był oczywistą, w sensie bezpośredniości i adekwatności związku, przyczyną zdarzenia. Była to zatem przyczyna zewnętrzna wobec poszkodowanej, niezależna od jej woli. Zasłabnięcie powódki za kierownicą nie jest bowiem bezpośrednią przyczyną obrażeń ciała w postaci: pęknięcia kości skroniowej, wstrząśnienia mózgu, zwichnięcia zuchwy, złamania żebra i stłuczenia płuca po prawej stronie oraz złamania wyrostka poprzecznego trzonu

kregu L2 po stronie lewej, ogólnych potłuczeń ciała oraz pozostałych obrażeń ciała. Naturalnym (zwykłym) skutkiem zasłabnięcia nie mogą być tak rozległe i dotkliwe obrażenia ciała ubezpieczonego. Przyczyna wewnętrzna w postaci zasłabnięcia spowodowała jedynie, że poszkodowana nie miała kontroli nad prowadzonym przez siebie pojazdem. Możliwe jest, że gdyby pojazd obrał inną drogę bezwładnego ruchu lub gdyby nie doszło do zderzenia z autobusem marki R. (...), numer rejestracyjny (...), kierowanym przez W. G., to wtedy powódka nie doznałaby tak poważnych obrażeń ciała, a jedynie drobnych urazów lub w ogóle wyszłaby z tego zdarzenia bez szwanku. W związku z powyższym nie można więc przyjąć, że fakt zasłabnięcia, bez względu na jego przyczynę (uznając, iż leży ona w organizmie człowieka) spowodował skutek w postaci trwałych uszkodzeń ciała ubezpieczonej.

Sąd Rejonowy wskazał, że wjechanie pod inny pojazd na skutek ruchu samochodu powódki było oczywistą – w sensie bezpośredniości i adekwatności związku – przyczyną zdarzenia. Była to zatem przyczyna zewnętrzna wobec poszkodowanej. Zasłabnięcie A. K. (a zatem to, co było „wewnętrzne” w okolicznościach zdarzenia), nie jest przyczyną nagłego zdarzenia w rozumieniu § 2 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Sąd Rejonowy wskazał, że powyższa interpretacja pojęcia nieszczęśliwego wypadku posiada ugruntowane poparcie w judykaturze.

*

Od wyroku z dnia 1 marca 2018 roku apelację wniósł (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W., reprezentowany przez pełnomocnika, zaskarżając wyrok w całości.

Pozwany zarzucił:

„I. naruszenie przepisów prawa procesowego mogących mieć istotny wpływ na treść rozstrzygnięcia, tj.

- art. 233 § 1 k.p.c., poprzez wyprowadzenie z materiału dowodowego wniosków z niego niewynikających oraz dokonanie oceny materiału dowodowego, z pominięciem reguł interpretacyjnych wynikających z art. 65 kc, co skutkowało uznaniem, że pojęcie nieszczęśliwego wypadku na gruncie łączącej strony umowy zostało zdefiniowane niejednoznacznie i niezrozumiale, a zamiarem powódki przy zawieraniu umowy było niewątpliwie objęcie ubezpieczeniem wypadków samochodowych, bez względu na ich przyczynę, w sytuacji gdy:

- spór pomiędzy stronami dotyczył obszaru okoliczności faktycznych tj. ustalenia czy do wypadku z dnia 21 grudnia 2016 r. doszło na skutek zasłabnięcia powódki podczas prowadzenia pojazdu, zaś pomiędzy stronami nie było sporu co do interpretacji terminu nieszczęśliwego wypadku użytego w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia;

- w toku postępowania powódka nie formułowała zarzutów, co do treści łączącej strony umowy, a w szczególności definicji nieszczęśliwego wypadku, nie wskazywała aby to pojęcie było dla niej niejasne i niezrozumiale, zaś konsekwentne twierdzenie od momentu uzyskania odmownej decyzji, że do zasłabnięcia doszło po wypadku a nie za kierownicą pojazdu, świadczy o tym, że powódka rozumiała pojęcie nieszczęśliwego wypadku, tak jak wynika to z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;

co w konsekwencji skutkowało błędnym ustaleniem, że doszło do nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

II. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.

- art. 65 k.c. w zw. z art. 805 k.c. w zw. z § 2 ust. 1 pkt. 2 Ogólnych Warunków Grupowego (...) (...) P (...) (kod (...)) w zw. z § 2 ust. 2 Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego (...) na Wypadek Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Ubezpieczonego Spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem (kod (...)) poprzez dokonanie błędnej wykładni postanowień łączącej strony umowy i przyjęcie, że zdarzenie z dnia 21 grudnia 2016 r. wypełnia definicję nieszczęśliwego wypadku zawartą w powyższych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, w sytuacji gdy

prawidłowa wykładnia oświadczeń woli wyrażonych w umowie wskazuje, że strony jednoznacznie postanowiły, iż odpowiedzialność ubezpieczyciela będzie dotyczyć tylko wypadków spowodowanych czynnikami zewnętrznymi;

- art. 65 k.c. w zw. z § 14 Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego (...) na Wypadek Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Ubezpieczonego Spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem (kod (...)) poprzez dokonanie błędnej wykładni i przyjęcie, że pozwana nie przewidziała wśród przypadków wyłączających odpowiedzialność pozwanej „zasłabnięcia” ubezpieczonego poprzedzającego powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu, co w istocie prowadzi do wniosku, że w sprawie nie wystąpiła okoliczność wyłączająca odpowiedzialność pozwanej, podczas gdy prawidłowa wykładnia §14 (...) wskazuje, że pozwana nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwego wypadku, w sytuacjach, w których doszło do nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu OWU, co do zasady determinowałoby odpowiedzialność pozwanej, ale z uwagi na szczególne okoliczności enumeratywnie tam wskazane, odpowiedzialność pozwanej zostaje wyłączona”.

Pozwany wniósł o:

„1. zmianę zaskarżonego wyroku wstępnego w całości i uznanie, że powództwo w niniejszej sprawie jest nieusprawiedliwione co do zasady;

2. zasądzenie od powódki na rzecz pozwanej kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów następstwa procesowego według norm prawem przepisanych”¹ (k. 248-250v).

÷

W odpowiedzi na apelację A. K., reprezentowana przez pełnomocnika, wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych (k. 258-259v).

÷

Na rozprawie apelacyjnej pełnomocnik pozwanego popierał apelację i wniósł o zasądzenie zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych. Pełnomocnik powódki wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych (k. 269v).

*

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja pozwanego jest zasadna w całym zakresie zaskarżenia.

Odnosząc się do ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji, należy na wstępie wskazać, że definicję nieszczęśliwego wypadku na potrzeby zawartej przez strony umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków określa postanowienie zawarte w § 2 ust. 1 pkt 2 dokumentu zatytułowanego „Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...)” (k. 28-29v).

Powyższa uwaga jest konieczna, ponieważ w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku oznaczenie postanowienia określającego definicję nieszczęśliwego wypadku zostało podane nieprecyzyjnie, między innymi jako „§ 2 ust. 2 (...)”.

Postanowienie zawarte w § 2 ust. 1 pkt 2 dokumentu zatytułowanego „Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...)”² stanowi, że nieszczęśliwy wypadek jest to niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) SA”.

Postanowienie zawarte w § 2 ust. 2 dokumentu zatytułowanego „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem”³ stanowi natomiast, że jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie,

określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego, używane są w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia w takim samym znaczeniu (k. 30).

÷

Nie jest prawidłowe ustalenie Sądu pierwszej instancji, że A. K. przed zawarciem umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków nie otrzymała „Ogólnych Warunków Ubezpieczenia”. Z treści uzasadnienia zaskarżonego wyroku nie wynika czy powódka nie otrzymała ogólnych warunków ubezpieczenia oznaczonych symbolem (...), czy też ogólnych warunków ubezpieczenia oznaczonych symbolem (...), czy też jednych i drugich.

Powyższe ustalenie Sąd Rejonowy oparł jedynie na zeznaniach powódki złożonych na rozprawie, chociaż w treści pozwu powódka w ogóle o takiej okoliczności nie wspomina.

W treści deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków A. K. złożyła oświadczenie, że otrzymała warunki ubezpieczenia i zapoznała się z nimi, w szczególności w zakresie postanowień ograniczających lub wyłączających odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki (k. 10v).

Biorąc pod uwagę treść powyższego oświadczenia, a także fakt nieprawdziwych twierdzeń powódki co do rzeczywistej przyczyny wypadku, przytoczonych w pozwie i na rozprawie, należy uznać, że zeznania powódki dotyczące faktu nieotrzymania dokumentów obejmujących ogólne warunki ubezpieczenia są niewiarygodne.

Ustalenie Sądu pierwszej instancji, że A. K. przed zawarciem umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków nie otrzymała „Ogólnych Warunków Ubezpieczenia” pozostaje przy tym w sprzeczności z ustaleniem tego Sądu przedstawionym na stronach 10-11 uzasadnienia wyroku, a mianowicie, że w chwili wypadku A. K. wiązała z pozwanym ważna umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, której integralną część stanowiły ogólne warunki ubezpieczenia oznaczone symbolami (...) i (...) oraz dokument zatytułowany jako „Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu”⁴.

Sąd Rejonowy nie wskazał przy tym jakichkolwiek skutków prawnych, które mogłyby wiązać się z okolicznością, że powódka nie otrzymała ogólnych warunków ubezpieczenia.

÷

W rozpoznawanej sprawie Sąd Rejonowy niewłaściwie zastosował przepisy art. 385 § 2 zd. 1 i 2 k.c., oceniając, że postanowienie zawarte w § 2 ust. 2 pkt 1 dokumentu zatytułowanego „Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...)” zostało sformułowane w sposób niejednoznaczny i niezrozumiały. W istocie Sąd Rejonowy nie wyjaśnił w uzasadnieniu wyroku w czym wyraża się niejednoznaczność wskazanego postanowienia ogólnych warunków umowy i dlatego postanowienie to zostało sformułowane w sposób niezrozumiały. Wprawdzie niewłaściwe zastosowanie przepisów art. 385 § 2 zd. 1 i 2 k.c. nie jest przedmiotem zarzutów apelacyjnych, jednak Sąd Okręgowy, jako sąd odwoławczy, w granicach zaskarżenia bierze z urzędu pod uwagę naruszenie prawa materialnego przez Sąd pierwszej instancji, nawet bez powołania się na nie stron⁵.

÷

Uzasadniony jest zarzut apelacji naruszenia przepisu art. 65 k.c. przy wykładni postanowienia zawartego w § 2 ust. 2 pkt 1 dokumentu zatytułowanego „Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...)”.

Na wstępie należy wskazać, że okoliczność, jak kształtuje się praktyka określania treści pojęcia „nieszczęśliwego wypadku” w umowach ubezpieczenia, nie ma istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia rozpoznawanej sprawy, niezależnie od tego czy chodzi o aspekt podmiotowy tego zagadnienia, związany z osobami konkretnych ubezpieczycieli, czy też o aspekt czasowy, związany ze zmianami treści tego pojęcia w oznaczonym okresie czasu, czy wreszcie o oba aspekty łącznie.

Niezależnie od tego należy ubocznie stwierdzić, że błędne jest ustalenie Sądu pierwszej instancji, że praktyka ubezpieczeniowa zmierza do co raz dalej idącego zawężenia zakresu pojęcia „wypadku” w umowach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Ustalenie to pozostaje w sprzeczności z zebraniem w sprawie materiałem dowodowym, gdyż w sprawie nie zostały przeprowadzone dowody z umów ubezpieczenia i wzorców umownych (na przykład ogólnych warunków umów) innych niż te, które znajdują się w aktach sprawy. Żadna ze stron nie złożyła do akt sprawy dokumentów obejmujących umowy ubezpieczenia lub wzorce umowne, które dotyczyłyby innych niż pozwany ubezpieczycieli, a także które pochodziłyby z innych, wcześniejszych dat niż dokumenty znajdujące się w aktach sprawy, albo też dokumentów zawierających jakieś dane statystyczne lub innego rodzaju opracowania zagadnienia kształtowania się treści umów ubezpieczenia. Jeżeli Sąd Rejonowy przeprowadził taki dowód lub dowody poza postępowaniem dowodowym w rozpoznawanej sprawie, to tego rodzaju czynność sądową należy uznać za niedopuszczalną.

Jeżeli intencją Sądu pierwszej instancji było odwołanie się do faktów powszechnie znanych, to stanowi to w oczywisty sposób naruszenie przepisu art. 228 § 1 k.p.c., gdyż nie można uznać, że okoliczność kształtowania się w czasie treści umów ubezpieczenia i treści wzorców tych umów w zakresie pojęcia „nieszczęśliwy wypadek”, jak również okoliczność znaczenia tego pojęcia w praktyce zawierania umów ubezpieczenia przez poszczególnych ubezpieczycieli, jest faktem powszechnie znany.

Jeżeli wreszcie intencją Sądu pierwszej instancji było odwołanie się do faktów znanych temu Sądowi urzędowo, to stanowi to naruszenie przepisu art. 228 § 2 k.p.c., ponieważ Sąd ten nie wskazał źródeł urzędowej wiedzy o tego rodzaju faktach, ani też nie zwrócił na te fakty uwagi stron.

W szczególności należy podkreślić, że chociaż powódka twierdziła, iż od wielu lat zawierała umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (w związku z zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę), to jednak nie przedstawiła żadnych dokumentów, które wskazywałyby jaka była treść poszczególnych umów ubezpieczenia. Nie można zatem dokonać jakichkolwiek ustaleń w aspekcie porównawczym.

Nie można zgodzić się z zawartym w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku twierdzeniem Sądu pierwszej instancji, że rozumienie pojęcia „nieszczęśliwego wypadku” przedstawione przez stronę pozwaną powoduje, iż bardzo mało zdarzeń faktycznych objętych byłoby ubezpieczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków. Najlepszym argumentem na nietrafność powyższego stanowiska jest wskazanie, że gdyby w rozpoznawanej sprawie przyczyną wypadku komunikacyjnego z udziałem powódki nie było jej zasłabnięcie w czasie poruszania się samochodem, lecz jedynie samo niezachowanie należytej ostrożności przy przejeżdżaniu przez skrzyżowanie, wypadek komunikacyjny byłby nieszczęśliwym wypadkiem w znaczeniu określonym przez „Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...)”.

÷

Całkowicie błędne jest stanowisko Sądu pierwszej instancji odwołujące się do argumentacji zawartej w uzasadnieniach wyroków Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 2013 roku, I UK 505/12, i z dnia 12 października 2007 roku, I UK 205/07, przytoczonych w uzasadnieniu wyroku z dnia 1 marca 2018 roku.

Nie kwestionując trafności argumentacji prawnej zawartej w uzasadnieniach wskazanych wyżej wyroków Sądu Najwyższego, należy stwierdzić, iż odnosi się ona do wykładni przepisów prawa powszechnie obowiązującego, które nie miały zastosowania w rozpoznawanej sprawie.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 2013 roku, I UK 505/12, rozstrzygał sprawę z zakresu ubezpieczeń społecznych, a w uzasadnieniu tego wyroku Sąd Najwyższy dokonał wykładni przepisu art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2009 r. Nr 167, poz. 1322 ze zm.)⁶.

Przepis art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 roku stanowi, że za wypadek przy pracy uważa się nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:

- 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych;
- 2) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia;
- 3) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 października 2007 roku, I UK 205/07, rozstrzygał sprawę z zakresu ubezpieczeń społecznych, a w uzasadnieniu tego wyroku Sąd Najwyższy dokonał wykładni przepisu art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25 ze zm.)⁷.

Przepis art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 roku stanowi, że za wypadek przy pracy rolniczej uważa się nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło podczas wykonywania czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo pozostających w związku z wykonywaniem tych czynności:

- 1) na terenie gospodarstwa rolnego, które ubezpieczony prowadzi lub w którym stale pracuje, albo na terenie gospodarstwa domowego bezpośrednio związanego z tym gospodarstwem rolnym lub
- 2) w drodze ubezpieczonego z mieszkania do gospodarstwa rolnego, o którym mowa w pkt 1, albo w drodze powrotnej, lub
- 3) podczas wykonywania poza terenem gospodarstwa rolnego, o którym mowa w pkt 1, zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo w związku z wykonywaniem tych czynności, lub
- 4) w drodze do miejsca wykonywania czynności, o których mowa w pkt 3, albo w drodze powrotnej.

Powołane wyżej przepisy ustawowe regulują pojęcie wypadku przy pracy oraz wypadku przy pracy rolniczej wyłącznie dla celów określonych odpowiednio przepisami ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz ustawy z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Obie wskazane wyżej ustawy dotyczą problematyki ubezpieczeń społecznych, nie zaś problematyki ubezpieczeń z zakresu prawa cywilnego materialnego, czyli tak zwanych ubezpieczeń gospodarczych.

Z przepisu art. 805 § 1 k.c. wynika, że umowa ubezpieczenia powinna przewidywać wypadek, z którego zajściem łączy się obowiązek ubezpieczyciela spełnienia określonego w umowie świadczenia.

Przepis art. 805 § 1 k.c. jest przepisem ogólnym, określającym istotne postanowienia umowy ubezpieczenia. Pojęcie „wypadku”, określane w praktyce także mianem „zdarzenia ubezpieczeniowego”, ma w ujęciu przepisu art. 805 § 1 k.c. jedynie charakter ramowy. Rodzaj konkretnych zdarzeń, mających stanowić wypadek, o którym mowa w przepisie art. 805 § 1 k.c., określa zawsze umowa ubezpieczenia, o ile nic innego nie wynika z przepisów szczególnych.

Z przepisu art. 805 § 2 pkt 2 k.c. wynika, że przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Przepis art. 829 § 1 k.c. stanowi, że ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć:

- 1) przy ubezpieczeniu na życie – śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku;

2) przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków – uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Przepis art. 829 § 1 k.c. nie określa pojęcia nieszczęśliwego wypadku, jako przyczyny uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci osoby fizycznej.

Pojęcie nieszczęśliwego wypadku określane jest każdorazowo w umowie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Kodeks cywilny nie definiuje tego pojęcia, co stanowi w szczególności konsekwencję tego, że zawarcie umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ma charakter dobrowolny, a więc to strony określają, jak należy rozumieć zdarzenie mające stanowić nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci osoby fizycznej.

Należy również zwrócić uwagę, że przepisy art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników posługują się wyrażeniem o treści „nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną”. W tym zakresie podobne brzmienie ma postanowienie zawarte w § 2 ust. 1 pkt 2 „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...)”, a w związku z tym nie ma podstaw do uznania, że postanowienie to jest sformułowane niejednoznacznie lub w sposób niezrozumiały, w znaczeniu określonym przez przepis art. 385 § 2 zd. 1 i 2 k.c. Zajęcie stanowiska odmiennego oznaczałoby konieczność przyjęcia, że także treść powołanych wyżej przepisów art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 roku i art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 roku jest niejednoznaczna lub niezrozumiała.

Przy wykładni postanowienia zawartego w § 2 ust. 1 pkt 2 „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...)” Sąd Rejonowy nie wziął pod uwagę, że w treści tego postanowienia zostało zawarte sformułowanie, że nieszczęśliwym wypadkiem jest zdarzenie niezależne od stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Przesłanka niezależności zdarzenia od stanu zdrowia osoby ubezpieczonej jest cechą nieszczęśliwego wypadku odrębną od innych jego cech, jakimi są między innymi gwałtowność zdarzenia oraz wywołanie zdarzenia przez przyczynę zewnętrzną. Wskazana przesłanka nie została natomiast wymieniona w treści przepisów art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 30 października 2002 roku i art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 roku.

Prawidłowe jest ustalenie Sądu pierwszej instancji, że bezpośrednio przed wypadkiem powódka zasłała w czasie jazdy samochodem i ta okoliczność była przyczyną kolizji. W omawianym zakresie Sąd Rejonowy dokonał trafnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego i swoje stanowisko w tym zakresie obszernie i szczegółowo uzasadnił. Zaistnienie tej okoliczności sprawia, że zdarzenie drogowe, w jakim powódka uczestniczyła w dniu 21 grudnia 2016 roku, nie może być uznane za nieszczęśliwy wypadek w znaczeniu określonym przez zawartą przez strony umowę ubezpieczenia.

÷

Nie jest trafne stanowisko Sądu pierwszej instancji, że także z przepisu art. 65 § 2 k.c. wynika, iż celem ustawodawcy było zwiększenie ochrony strony nieprofesjonalnej w umowie ubezpieczenia, to jest ubezpieczonego.

Powołany przepis dotyczy wszystkich umów, a nie tylko umów ubezpieczenia, i odnosi się do wszystkich podmiotów prawa cywilnego, a więc także takich, które są przedsiębiorcami lub konsumentami.

Nie jest także trafne odwołanie się przez Sąd Rejonowy przy wykładni postanowienia zawartego w § 2 ust. 1 pkt 2 „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...)” do treści postanowień zawartych w § 14 „Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem”. Te ostatnie postanowienia mają charakter szczególny w stosunku do postanowienia zawartego w § 2 ust. 1 pkt 2 „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...)”. Niezależność zdarzenia od stanu zdrowia ubezpieczonego, jako cecha nieszczęśliwego wypadku, wymienione zostało już w postanowieniu ogólnym (§ 2 ust. 1 pkt 2) i brak powtórzenia w tym zakresie

w treści postanowień zawartych w § 14 „Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem” nie daje podstaw do wnioskowania, że niezależność zdarzenia od stanu zdrowia ubezpieczonego jest okolicznością obojętną z punktu widzenia odpowiedzialności ubezpieczyciela.

÷

Mając na uwadze powyższe rozważania, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

- 1) oddalił powództwo w całości,
- 2) zasądził od A. K. na rzecz (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 1000 zł tytułem zwrotu części kosztów procesu.

Wprawdzie wyrok Sądu pierwszej instancji nie zawierał i nie mógł zawierać rozstrzygnięcia o kosztach procesu za pierwszą instancję, ponieważ nie był orzeczeniem kończącym postępowanie w sprawie, jednak w związku z tym, że taki charakter ma wyrok Sądu drugiej instancji, Sąd Okręgowy miał obowiązek orzec również o kosztach procesu za pierwszą instancję.

Podstawę prawną rozstrzygnięcia o kosztach procesu za pierwszą instancję stanowią przepisy art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. i w zw. z art. 102 k.p.c.

W związku z tym, że powództwo zostało oddalone w całości, powódka jest stroną przegrywającą sprawę w całości w pierwszej instancji. Co do zasady powódka powinna zatem zwrócić pozwanemu koszty niezbędne do celowej obrony. Koszty te obejmują wynagrodzenie pełnomocnika procesowego pozwanego w kwocie 3600 zł.

Mając jednak na uwadze takie okoliczności jak wysokość dochodów powódki, rodzaj wykonywanego zawodu, okoliczności w jakich doszło do wypadku, a mianowicie podróż w celu wykonywania czynności zawodowych związanych z opieką nad ciężko chorymi dziećmi, a także rodzaj i zakres obrażeń, których doznała powódka w wyniku wypadku, Sąd Okręgowy uznał, że w sprawie zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek pozwalający na zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego tylko części kosztów za pierwszą instancję.

W ocenie Sądu Okręgowego kwota 1000 zł jest kwotą odpowiednią do okoliczności sprawy. Zwrócić przy tym należy uwagę, że nawet gdyby była usprawiedliwiona sama zasada roszczenia, powództwo A. K. nie mogłoby zostać w całości, ponieważ ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczeniowej pozwanego wynikało już z określenia sumy ubezpieczenia na poziomie 10000 zł. Nawet zatem gdyby powództwo zostało uwzględnione w zakresie maksymalnej możliwej kwoty 10000 zł, to i tak wynik stosunkowego rozdzielenia kosztów dawałby podstawę do zasądzenia kosztów od powódki na rzecz pozwanego.

*

Na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. w zw. z art. 102 k.p.c. i w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy zasądził od A. K. na rzecz (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 1000 zł tytułem zwrotu części kosztów postępowania odwoławczego.

W związku z tym, że apelacja pozwanego została uwzględniona w całości, powódka jest stroną przegrywającą sprawę w całości w postępowaniu odwoławczym. Powódka powinna zatem zwrócić pozwanemu koszty postępowania odwoławczego. Koszty te obejmują opłatę od apelacji – 1060 zł oraz wynagrodzenie pełnomocnika procesowego pozwanego – 1800 zł.

Mając jednak na uwadze te same dodatkowe okoliczności faktyczne, które stanowiły podstawę zastosowania przepisu art. 102 k.p.c. w odniesieniu do rozstrzygnięcia o kosztach procesu za pierwszą instancję, Sąd Okręgowy zasądził od powódki na rzecz pozwanego tylko część kosztów postępowania odwoławczego, a mianowicie kwotę 1000 zł.

*

Z tych wszystkich względów i na podstawie powołanych wyżej przepisów Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji wyroku.

Dorota Modrzewska-Smyk Dariusz Iskra Marta Postulska-Siwiek

1 Przytoczono dosłowne brzmienie zarzutów i wniosków apelacyjnych.

2 Oznaczenie skrótowe „(...)”.

3 Oznaczenie skrótowe „(...)”.

4 Sąd Rejonowy określa też ten dokument nieściśle jako „Tabele procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku”.

5 Por.: wyrok SN z dnia 15 maja 2001 roku, I CKN 350/00, Lex nr 52667; postanowienie SN z dnia 4 października 2002 roku, III CZP 62/02, OSN C 2004, z. 1, poz. 7; wyrok z dnia 11 marca 2004 roku, V CK 328/03, Lex nr 183779; wyrok SN z dnia 14 lipca 2004 roku, IV CK 544/03, Lex nr 116591; wyrok SN z dnia 24 czerwca 2005 roku, V CK 704/04, Lex nr 180875; wyrok SN z dnia 25 sierpnia 2004 roku, I PK 22/03, OSN P 2005, z. 6, poz. 80; uchwała SN z dnia 31 stycznia 2008 roku, III CZP 49/07, OSN C 2008, z. 6, poz. 55.

6 Publikacja na chwilę orzekania w sprawie I UK 505/12.

7 Publikacja na chwilę orzekania w sprawie I UK 205/07.