

Sygn. akt XV Ca 273/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 maja 2014 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu Wydział XV Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący: SSO Anna Paszyńska-Michałowska (spr.)

Sędzia: SO Michał Wysocki

Sędzia: SR del. Agnieszka Wodzyńska-Radomska

Protokolant: st. protokolant sądowy Marcin Cieślik

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 20 maja 2014 roku w Poznaniu

sprawy z powództwa A. K.

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

o zapłatę

na skutek apelacji wniesionej przez powódkę

od wyroku Sądu Rejonowego Poznań-Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu

z dnia 8 października 2013 r.

sygn. akt I C 1113/11

I. oddala apelację;

II. zasądza od powódki na rzecz pozwanej kwotę 1.200 zł z tytułu zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej.

/-/ M. Wysocki/-/ A. Paszyńska - Michałowska/-/ A. Wodzyńska - Radomska

UZASADNIENIE

Powódka A. K. w pozwie złożonym do Sądu Rejonowego Poznań-Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu domagała się zasądzenia na jej rzecz od pozwanego (...) Towarzystwo (...) S.A. w W. kwoty 42.811 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 10 lipca 2010 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenia zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych. Powódka wskazała, że zawarła z pozwanym umowę ubezpieczenia na życie, która przewidywała dodatkowe ubezpieczenie w przypadku niezdolności powódki do pracy. W razie powstania niezdolności do pracy powódka miała otrzymać od pozwanego 42.811 zł. W 2009 r. powódka zachorowała na nowotwór żołądka i przeszła operację jego usunięcia, na skutek czego stała się całkowicie i trwale niezdolna do pracy. Mimo powyższego pozwany odmówił powódce wypłaty należnej sumy ubezpieczenia.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz od powódki zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych. Podkreślił, że powódka nie spełnia kryteriów wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy, wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia.

Wyrokiem z dnia 8 października 2013 r. Sąd Rejonowy Poznań-Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu powództwo oddalił, a kosztami procesu obciążył powódkę w całości, pozostawiając szczegółowe ich wyliczenie referendarzowi sądowemu.

Podstawę rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego stanowiły następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

Powódkę łączyła z pozwanym umowa ubezpieczenia na życie zawarta w 1999 r., potwierdzona polisą nr (...). W dniu 21 stycznia 2009 r. strony zmieniły umowę ubezpieczenia w ten sposób, iż przewidywała ona dodatkowe zabezpieczenie w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, niezdolności do pracy oraz wskutek poważnego zachorowania. Okres dodatkowego ubezpieczenia trwał od 14 stycznia 2009 r. do 14 stycznia 2010 r. W dniu 30 listopada 2009 r. powódka przedłużyła umowę na kolejny okres od 15 stycznia 2010 r. do 14 stycznia 2011r.

W 2009 r. powódka zachorowała na nowotwór żołądka, w wyniku czego przeszła skomplikowaną operację jego wycięcia. Przebywała wówczas w szpitalu, a następnie przeszła długotrwały okres rekonwalescencji. Po zakończeniu leczenia powódka zgłosiła do pozwanego żądanie o wypłatę stosownego odszkodowania. W dniu 29 marca 2010 r. ubezpieczyciel dokonał wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania w łącznej wysokości 38.900 zł. Pozwany odmówił wypłaty odszkodowania z tytułu niezdolności do pracy wskazując, iż resekcja żołądka z powodu raka gruczołowego nie spowodowała całkowitej i trwałej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy.

Decyzją z 11 lutego 2010 r. oraz 14 kwietnia 2011 r. lekarza orzecznika ZUS stwierdzono niezdolność powódki do pracy najpierw na okres 1 roku, a następnie na okres 2 lat, do 30 kwietnia 2013 r.

Zgodnie z § 4 Warunków Ogólnych Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej niezdolność do pracy oznacza powstałą wskutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, trwałą i całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu oraz jakiegokolwiek działalności zarobkowej, jeżeli niezdolność istnieje w chwili zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i będzie istnieć w przewidywanej przyszłości.

Powódka obecnie przebywa na rencie, która wynosi 1.150 zł. Prowadzi działalność gospodarczą - sklep, w którym pełni funkcję doradczą. Aktualnie powódka jest w dobrym stanie ogólnym, bez nawrotu choroby. Zaleceniem lekarskim jest, by powódka prowadziła oszczędzający tryb życia, unikała wysiłku fizycznego i stresu.

Sąd Rejonowy dał wiarę dokumentom zgromadzonym w aktach sprawy, bowiem nie budziły one wątpliwości co do ich autentyczności i wiarygodności, nie były kwestionowane przez żadną ze stron, a Sąd nie znalazł podstaw, by uczynić to z urzędu. Sąd I instancji uznał za wiarygodne również zeznania powódki odnośnie jej stanu zdrowia, gdyż zostały potwierdzone odpowiednimi dokumentami. Zeznania te były logiczne i spójne oraz wzajemnie się uzupełniały i nie zawierały sprzeczności.

Sąd I instancji przywołał art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Sąd Rejonowy zaznaczył, że w sprawie bezspornym była okoliczność wystąpienia u powódki stanu chorobowego raka żołądka i przebytej operacji jego usunięcia. Odmienne przedstawiała się natomiast kwestia oceny stanu zdrowia powódki z punktu widzenia możliwości świadczenia przez nią pracy. Strona pozwana zaprzeczyła by powódka znajdowała się w stanie uprawniającym do wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. Zatem to na stronie powodowej ciążyła konieczność wykazania zaistnienia przesłanek określonych w § 4 Warunków Ogólnych Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej określających, iż niezdolność do pracy oznacza powstałą wskutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, trwałą i całkowitą niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy na podstawie stosunku

pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu oraz jakiejkolwiek działalności zarobkowej, jeżeli niezdolność istnieje w chwili zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i będzie istnieć w przewidywanej przyszłości. Przywołane postanowienie umowne zawiera interpretację pojęcia niezdolności do pracy objętego ochroną ubezpieczeniową. Niezdolność do pracy oznacza w tym przypadku trwałą i całkowitą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu oraz jakiejkolwiek działalności zarobkowej, jeżeli niezdolność istnieje w chwili zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i będzie istnieć w przewidywanej przyszłości. Sąd Rejonowy wskazał, że ubezpieczenia gospodarcze, w tym na życie, w odróżnieniu od ubezpieczeń społecznych mają charakter prywatnoprawny, a treść stosunku ubezpieczenia regulowana jest umową cywilnoprawną zawieraną pomiędzy stronami. Strony mogą zatem w granicach swobody umów określić przesłanki uznania ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy w sposób odmienny niż kryteria określone przez ustawę o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, wobec czego ani Sąd, ani pozwany nie mogą stosować innych kryteriów do określenia stopnia inwalidztwa niż określone w wiążącej strony umowie.

Sąd Rejonowy wskazał, że z przeprowadzonego postępowania dowodowego wynika, że powódka wymaga nadzoru onkologicznego, zmian w stylu życia i objawowego leczenia refleksu żółciowego. Miała stwierdzoną niezdolność do pracy w okresie do dnia 30 kwietnia 2013 r. Fakt pozostawania przez powódkę w stanie całkowitej i trwałej niezdolności do pracy nie wynika zatem z przedłożonych w toku sprawy orzeczeń Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Jednocześnie, jak jednoznacznie wynika z zeznań samej powódki, nadal prowadzi ona działalność gospodarczą polegającą na prowadzeniu sklepu, gdzie w chwili obecnej praca jej polega na funkcji doradczej.

Sąd I instancji podkreślił, że okoliczność powstania ciężkiego stanu chorobowego powódki oraz zalecenia lekarskie, by powódka prowadziła oszczędzający tryb życia i unikała wysiłku fizycznego oraz stresu, nie stanowią wypełnienia przesłanek określonych w § 4 ogólnych warunków umowy. Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd Rejonowy uznał, iż powódce nie udało się wykazać zasadności swojego roszczenia.

O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. i art. 99 k.p.c., obciążając nimi powódkę jako stronę, która przegrała proces w całości, a pozostawiając szczegółowe ich wyliczenie referendarzowi sądowemu na podstawie art. 108 § 1 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniosła powódka, zaskarżając go w całości. Zaskarżonemu wyrokowi zarzuciła:

1. naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez pominięcie w rozważaniach Sądu dowodu w postaci opinii biegłej - onkologa M. L., z której jednoznacznie wynika okoliczność, iż powódka jest całkowicie niezdolna do pracy, co uprzednio ustalił także lekarz orzecznik ZUS,
2. naruszenie prawa materialnego oraz postanowień umowy ubezpieczenia łączącej strony, tj. art. 805 § 2 pkt 2 k.c. w związku z § 4 Warunków Ogólnych Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej, poprzez ich błędną wykładnię, a w konsekwencji uznanie, że nie zaistniało zdarzenie skutkujące powstaniem odpowiedzialności pozwanego, pomimo że powódka jest osobą całkowicie i trwale niezdolną do wykonywania pracy zarobkowej, co wynika z orzeczeń lekarzy oraz z przeprowadzonej w sprawie opinii biegłego i stanowi niezbędną przesłankę do wypłaty przez ubezpieczyciela świadczenia.

Z powołaniem na powyższe zarzuty powódka domagała się zmiany zaskarżonego wyroku przez uwzględnienie powództwa w całości. Nadto skarżąca wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego zwrotu kosztów procesu za obie instancje według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację pozwany domagał się oddalenia apelacji oraz zasądzenia na jego rzecz od powódki zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych. Zdaniem pozwanego Sąd Rejonowy nie pominął w swoich rozważaniach opinii biegłej. Opinia ta została nie tylko wymieniona w uzasadnieniu wyroku, lecz także stała się podstawą ustaleń faktycznych. Z opinii tej nie wynika jednakże, iż powódka jest niezdolna do pracy. Pozwany

zaznaczył, że zgodnie z § 4 Warunków Ogólnych Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej niezdolność do pracy oznacza trwałą i całkowitą niezdolność do „jakiegokolwiek pracy”, a niezdolności takiej powódka nie wykazała.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja okazała się niezasadna.

W realiach rozpoznawanej sprawy zasadność roszczenia powódki zależała od rozstrzygnięcia kwestii, czy powódka zdołała wykazać, iż jest osobą niezdolną do pracy w rozumieniu postanowień umownych, kształtujących stosunek ubezpieczenia łączący powódkę z pozwanym. W tym względzie przesądzające znaczenie miały postanowienia warunków ogólnych tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, które stanowiły postawę umowy i regulowały jej treść. Były to ogólne warunki załączone do pozwu, przywołane w umowie ubezpieczenia obowiązującej od dnia 15 stycznia 1999 r., zaakceptowane przez obie strony złożonymi w dniu 12 stycznia 1999 r. podpisami. Wskazać należy, że pozwany do odpowiedzi na pozew dołączył inne warunki ogólne, oznaczone numerem (...), jednakowoż nie wykazał, by takie warunki wiązały strony. Powódka temu zaprzeczyła w piśmie procesowym z dnia 3 stycznia 2012 r., w którym przedstawiła okoliczności świadczące o tym, że warunki złożone do akt sprawy przez pozwanego nie kształtowały stosunku umownego łączącego strony, pozwany zaś nie zajął żadnego stanowiska w tej kwestii, nie odniósł się do twierdzeń powódki w omawianym zakresie, stąd w tej sytuacji należało uznać je za przyznane przez pozwanego. Dlatego też ostatecznie właściwe było odwołanie się do warunków ogólnych załączonych do pozwu, na które powołał się również Sąd Rejonowy w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia. Zgodnie z przedmiotowymi warunkami niezdolność do pracy oznacza powstałą wskutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, trwałą i całkowitą niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu oraz jakiegokolwiek działalności zarobkowej, jeżeli niezdolność istnieje w chwili zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i będzie istnieć w przewidywanej przyszłości (punkt 4. Warunków Ogólnych Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej – k. 11). Wyżej przedstawiona definicja niezdolności do pracy wiąże zarówno strony niniejszego procesu, jak i Sąd, który w nim orzeka. Definicja ta jest wyrazem zasady swobody umów, funkcjonującej również na gruncie ubezpieczeń osobowych (art. 353¹ k.c.). Zgodnie z przywołaną zasadą, strony analizowanej umowy ubezpieczenia, układając łączący je stosunek prawny, niewątpliwie zdecydowały się nadać pojęciu „niezdolność do pracy” znaczenie rygorystyczne i odbiegające od potocznego znaczenia tego terminu. W zawartej przez siebie umowie powódka i pozwany istotnie zawężili bowiem potoczne rozumienie pojęcia „niezdolność do pracy” jedynie do przypadków niezdolności trwałej, całkowitej, wykluczającej jakiegokolwiek zarobkowanie, czyli zarobkowanie przynoszące choćby minimalny dochód - również za czynności wykonywane w odpowiednich warunkach i bardzo ograniczonym zakresie czasu. Wskazać przy tym należy, że wiążący powódkę wzorzec umowny nie zawiera regulacji o treści podobnej do art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 1440 ze zm.), z którego wynika, że na potrzeby orzecznictwa lekarzy orzeczników ZUS za całkowicie niezdolną do pracy może zostać uznana osoba, która w rzeczywistości zachowała zdolność do pracy, jednakże w warunkach określonych w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Powyższe przekonuje, że całkowita niezdolność do pracy i jakiegokolwiek działalności zarobkowej w znaczeniu nadanym przez umowę wiążącą powódkę polega na rzeczywistej utracie wszelkich możliwości zarobkowych.

Materiał zgromadzony w sprawie nie pozwala przyjąć, że powódka wykazała, iż jest osobą niezdolną do pracy w rozumieniu omawianych postanowień umownych, zaakceptowanych przez samą powódkę w chwili zawarcia przez nią umowy ubezpieczenia.

Wbrew stanowisku skarżącej wyrażonemu w apelacji, sporządzona w sprawie opinia biegłego, orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, czy wreszcie zeznania samej skarżącej nie świadczą wcale, że powódka jest niezdolna do pracy w znaczeniu nadanym temu pojęciu przez punkt 4. Warunków Ogólnych Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej. Powołana do sprawy biegła stwierdziła jednoznacznie, że powódka jest w dobrym stanie ogólnym i w chwili obecnej nie ma nawrotów choroby nowotworowej. Biegła akcentowała wprawdzie, że stres i zdenerwowanie pogarszają rokowania powódki, co stoi na przeszkodzie w wykonywaniu przez nią większości prac, a nawet podała, iż podziela

opinię orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności powódki do pracy, jednakże – jak już zostało powiedziane – należy przypisywać inne znaczenie pojęciu „niezdolność do pracy” występującemu w przepisach ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a inne temu samemu pojęciu przewidzianemu w postanowieniach umowy łączącej strony niniejszego procesu. Jak wynika natomiast ostatecznie z zeznań biegłej złożonych w toku rozprawy, biegła nie wykluczyła całkowicie możliwości podjęcia przez powódkę pracy (wskazując na prace nie wymagające większego wysiłku, np. na pół etatu w bibliotece, czy pracę świadczoną w domu). Również złożone do akt sprawy orzeczenia o całkowitej niezdolności powódki do pracy, wydane przez lekarza orzecznika ZUS, nie świadczyły, że powódka jest niezdolna do pracy w rozumieniu definicji zawartej w wiążącym ją wzorcu umownym. Należy przy tym zaznaczyć, iż orzeczenia te stwierdzały jedynie czasową niezdolność do pracy powódki, przy czym ostatnie z nich ustalało tę niezdolność do dnia 30 kwietnia 2013 r. Powódka po tej dacie nie uzyskała już dalszego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS o uznaniu jej za niezdolną do pracy, co wskazuje, że nie spełnia ona nawet bardziej liberalnych przesłanek ustalenia niezdolności do pracy, określonych w ustawie o emeryturach i rentach. Wreszcie, jeżeli chodzi o zeznania samej apelującej, to wynika z nich wymownie, że apelująca prowadzi działalność gospodarczą. Skarżąca argumentowała, iż działalność ta jest jedynie firmowana jej nazwiskiem, gdyż sama nie sprzedaje już w swoim sklepie, sklepem faktycznie zajmuje się jej córka, zaś ona pełni jedynie funkcję doradczą. Ta argumentacja nie wskazuje jednak na istnienie niezdolności do pracy w rozumieniu umowy ubezpieczeniowej. Należy podkreślić, że prowadzenie działalności gospodarczej nie musi wiązać się z osobistym obsługiwaniem klientów, czy nawet przebywaniem w miejscu prowadzenia działalności. Skarżąca zeznała, że zatrudnia zarówno swoją córkę, jak i dwóch innych pracowników. Skoro zatem powódka ma zarejestrowaną działalność gospodarczą i jest pracodawcą dla trzech pracowników, to niewątpliwie musi z tego tytułu dokonywać stosownych rozliczeń z ZUS czy urzędem skarbowym, a nadto wykazywać określone dochody. Jeśli dodatkowo weźmie się pod uwagę fakt, że skarżąca udziela swojej córce bieżących wskazówek, jak zajmować się prowadzeniem sklepu, zajmuje się zatem konsultowaniem decyzji biznesowych podejmowanych w jej firmie, to dowodzi powyższe, że skarżąca w rzeczywistości wykonuje działalność zarobkową, co stoi na przeszkodzie, by uznać, iż jest niezdolna do pracy w rozumieniu punkt 4. Warunków Ogólnych Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej. Trudno byłoby wszak przyjąć, że apelująca nie jest zdolna do pracy (działalności) faktycznie przez siebie wykonywanej. Ta okoliczność dobitnie świadczy o niespełnieniu przez powódkę warunków do uznania jej za niezdolną do pracy w rozumieniu umowy ubezpieczenia.

Nie budziło wątpliwości Sadu Okręgowego, że zdrowie powódki zostało mocno nadszarpnięte w wyniku przebytego przez nią nowotworu żołądka i skomplikowanej operacji. W świetle opinii biegłej jasne jest również, iż powódka powinna unikać większości prac, gdyż stres i zdenerwowanie pogarszają i tak już nienajlepsze rokowania co do nawrotu choroby nowotworowej. Nie zmienia to jednak zapatrywania, że skarżąca nie spełnia rygorystycznych warunków, od których zawarta przez nią umowa ubezpieczenia uzależniała uznanie ubezpieczonego za niezdolnego do pracy i wypłatę przysługującego z tego tytułu świadczenia ubezpieczeniowego.

Wobec powyższego należało przyjąć, że powódce nie przysługiwało dochodzone roszczenie, a wytoczone przez nią powództwo trafnie zostało oddalone przez Sąd Rejonowy. Apelacja powódki okazała się więc bezzasadna i zasługiwała na oddalenie, o czym orzeczono na podstawie art. 385 k.p.c.

Konsekwencją oddalenia apelacji musiało być uwzględnienie wniosku pozwanego, zawartego w odpowiedzi na apelację, o zasądzenie na jego rzecz od skarżącej zwrotu kosztów procesu w instancji odwoławczej. O kosztach tych orzeczono w oparciu o art. 98 § 1 i 3 k.p.c., art. 99 k.p.c. i § 6 pkt 5 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 490 ze zm.). Powódka przegrała postępowanie apelacyjne i dlatego powinna zwrócić pozwanemu koszty procesu poniesione przez niego w tym postępowaniu. Na koszty te złożyło się jedynie wynagrodzenie pełnomocnika strony pozwanej, ustalone na poziomie stawki minimalnej na kwotę 1.200 zł, którą to kwotę zasądzono od powódki na rzecz pozwanego.

SSO M. Wysocki SSO A. Paszyńska - Michałowska SSR del. A. Wodzyńska - Radomska