

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 7 października 2016 r., uzupełnionym w dniu 2 listopada 2016 r., S. S. wystąpił przeciwko Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą we W. o zasądzenie kwoty 93.967,49 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty oraz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. (pozew k. 3-5; pismo k. 31)

W odpowiedzi na pozew pozwane Towarzystwo (...) wniosło o oddalenie powództwa w całości, podnosząc, że powód nie wykazał zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Nadto pozwany wniósł o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. (odpowiedź na pozew k. 37-39)

Na rozprawie w dniu 11 października 2017 r. powód poparł powództwo, jednocześnie wniósł o zasądzenie kosztów procesu w kwocie obejmującej opłatę sądową, opłatę od pełnomocnictwa oraz kwotę 5.400 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego. (protokół k. 190 – 00:25:04)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 20 stycznia 2010 r. S. S. oraz M. S. zawarli umowę z (...) Bank Spółką Akcyjną z siedzibą w W.. Przedmiotem umowy było udzielenie kredytu na kwotę 187.934,98 zł. Kredyt został rozłożony na 288 miesięcznych rat, a całkowita suma kredytu na dzień zawarcia umowy wynosiła 265.122,80 zł. (umowa k. 9-14; zeznania powoda k. 189v.-190 – 00:09:23).

Powód starał się o kredyt celem konsolidacji wcześniejszych zobowiązań. Ostatecznie wybrał (...) Bank Spółkę Akcyjną z siedzibą w W. z uwagi na to, że tylko w tym banku mógł dostać kwotę około 200.000 zł. Powód był z udzielonego kredytu zadowolony, gdyż uzyskał kwotę pozwalającą na spłatę wcześniej zaciągniętych długów. Przed podpisaniem umowy przeczytał ją pobieżnie. Nikt nie tłumaczył powodowi oraz jego małżonce warunków ani potrzeby zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Powód nie zadawał w tej kwestii żadnych dodatkowych pytań. (zeznania powoda k. 189v.-190 – 00:09:23)

Zgodnie z § 4 ust. 1 lit a) umowy z dnia 20 stycznia 2010 r. powód wyraził zgodę na uczestnictwo w programie (...) w ramach ubezpieczenia na wypadek następstw nieszczęśliwych wypadków do nowo udzielonego kredytu (§ 4 i § 19 ust. 2 umowy). Wysokość składki za pierwsze trzy lata ubezpieczenia, z tego tytułu, określono na kwotę 11.276,10 zł. W § 19 umowy wskazano zasady działania programu (...) i ubezpieczenia. Strony określiły, że uczestnictwo w Programie (...) jest dobrowolne. W kolejnych latach trwania ubezpieczenia za każde 12 miesięcy wysokość składki miała wynosić 1% kwoty kredytu pozostającej do spłaty w ostatnim dniu miesiąca poprzedzającym odnowienie ubezpieczenia, nie więcej niż 20 000 zł. Strony przewidziały, że ubezpieczony w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej może zrezygnować z ubezpieczenia ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który została uiszczona składka. Ochronę ubezpieczeniową zapewnił pozwany - Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna z siedzibą we W.. (umowa k. 9-14)

Zasady, na jakich pozwany objął ochroną ubezpieczeniową klientów Banku zawierających umowy kredytu określały „Warunki grupowego ubezpieczenia kredytobiorców hipotecznych na wypadek następstw nieszczęśliwych wypadków do nowo udzielonego kredytu” (obowiązujące od 13 lipca 2009 r.). Określono w nich m.in. podstawowe pojęcia zawarte w warunkach ubezpieczenia, przedmiot ubezpieczenia i zakres ochrony. W § 3 wskazano, że przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków w postaci:

- zgonu ubezpieczonego lub
- trwałej i całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji

oraz, że w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaci odpowiednio Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie ubezpieczenia określonej w § 7, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień WU.

Zgodnie z § 2 pkt 2 warunków grupowego ubezpieczenia - za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określono - w przypadku

- a) zgonu - dzień zgonu Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku wskazany w akcie zgonu,
- b) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji - dzień powstania niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji wskazany w orzeczeniu. W przypadku, gdy orzeczenie nie wskazuje dnia powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia.

Przy czym w § 2 pkt 6, 14, 15 b wskazano, że:

- jako orzeczenie - należy rozumieć prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską lub prawomocny wyrok sądu, wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające trwałą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na okres powyżej 2 lat;

- za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji - należy rozumieć stan zdrowia Ubezpieczonego będący wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w okresie odpowiedzialności, powodujący wydanie orzeczenia;

- za zdarzenie ubezpieczeniowe - należy rozumieć zajście w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zdarzenia w postaci trwałej i całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Sumę ubezpieczenia stanowiła równowartość kwoty udzielonego kredytu netto wynikająca z umowy kredytu z zastrzeżeniem § 7 ust. 3, jednak nie więcej niż 2.000.000 zł. (Warunki Ubezpieczenia k. 15-18)

Z dostępnych danych statystycznych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynika, że w 2015 r.:

- orzeczenia pierwszorazowe wydane dla celów rentowych o całkowitej niezdolności do pracy na okres powyżej 2 lat stanowiły 34,7 % wszystkich orzeczeń ustalających po raz pierwszy całkowitą niezdolność do pracy;

- orzeczenia ponowne wydane dla celów rentowych o całkowitej niezdolności do pracy na okres powyżej 2 lat stanowiły 73,6 % wszystkich orzeczeń ustalających ponownie całkowitą niezdolność do pracy. (pismo k. 164)

S. S. w dniu 10 marca 2011 r. uległ wypadkowi przy pracy i doznał ciężkiego urazu obu kończyn dolnych wskutek ich przygniecenia konstrukcją stalową o znacznym ciężarze. Bezpośrednio po zdarzeniu powód był leczony na Oddziale (...) w G., gdzie przebywał w okresie od 10 marca 2011r. do 15 kwietnia 2011r. Rozpoznano u niego: ciężkie obrażenia goleni obu kończyn dolnych, złamanie otwarte wieloodłamowe trzonów obu kości lewej goleni z subamputacją tkanek miękkich, złamanie trzonów obu kości prawej goleni oraz cukrzycę. Następnie powód był wielokrotnie hospitalizowany na tym oddziale (od 17 lipca 2011r. do 20 lipca 2011r.; od 20 października 2011r. do 15 listopada 2011r.; od 7 marca 2012 r. do 6 kwietnia 2012r.; od 28 maja 2012 r. do 11 czerwca 2012r.; od 3 lutego 2013r. do 18 lutego 2013r.; od 3 lipca 2013 r. do 16 sierpnia 2013r.; od 15 października 2013r. do 10 grudnia 2013r.).

W dniu 12 stycznia 2014r. powód został ponownie przyjęty do szpitala, a w dniu 14 stycznia 2014r. przeprowadzono u niego zabieg amputacji lewego podudzia. Wczesny okres pooperacyjny przebiegł u powoda bez powikłań, gojenie kikuta było prawidłowe, zaś w 3 dobie usunięto dren z rany operacyjnej. Od pierwszej doby po zabiegu rozpoczęto

ćwiczenie kikuta oraz jego hartowanie, a następnie podjęto naukę chodzenia z pomocą kul łokciowych. Powód opuścił szpital w dniu 28 stycznia 2014r. w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, z zaleceniem kontynuacji leczenia rehabilitacyjnego. (dokumentacja lekarska k. 19 i k. 85-158)

Powód w dniu 11 lutego 2014r. został zbadany przez lekarza orzecznika ZUS, który ustalił u niego 60% stały uszczerbek na zdrowiu. Lekarz orzecznik ZUS w tym samym dniu uznał, że S. S. jest całkowicie niezdolny do pracy - okresowo - do 28 lutego 2015r., natomiast jest niezdolny do samodzielnej egzystencji w okresie do 31 sierpnia 2014r.

Kolejne badanie przez lekarza orzecznika ZUS odbyło się w dniu 13 sierpnia 2014r. Wówczas powód został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy oraz niezdolnego do samodzielnej egzystencji do 28 lutego 2015r.

Następne badanie powoda przez lekarza orzecznika ZUS miało miejsce w dniu 10 lutego 2015r. Tym razem powód został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy oraz nadal niezdolnego do samodzielnej egzystencji do dnia 29 lutego 2016r.

Ponownie powód był badany przez lekarza orzecznika ZUS w dniu 18 sierpnia 2016r. Wówczas powód został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy do 31 lipca 2017r. oraz niezdolnego do samodzielnej egzystencji, również do dnia 31 lipca 2017r. (orzeczenia ZUS k. 20-26 i k. 82-84)

Z punktu widzenia medycyny pracy powód w dniu 10 marca 2011r. doznał ciężkiego zmiążdżeniowego urazu kończyn dolnych w miejscu pracy wskutek ich przygniecenia konstrukcją stalową o znacznym ciężarze. Powód w dniu wypadku przebył stosowne leczenie operacyjne - ortopedyczne, natomiast z uwagi na późniejsze powikłania wspomnianego urazu, w tym rozwinięcie się zakażonego stawu rzekomego w zakresie lewego podudzia, wymagał wielokrotnych hospitalizacji w Oddziale (...) w G., gdzie ostatecznie w dniu 14 stycznia 2014r. przebył zabieg amputacji lewego podudzia poniżej stawu kolanowego. (opinia biegłego z zakresu medycyny pracy k. 60-64)

W ocenie medycyny pracy w dacie wydania pierwszego orzeczenia przez lekarza orzecznika ZUS w dniu 11 lutego 2014r. nie istniały wobec powoda przesłanki wskazujące, że będzie on w okresie, co najmniej dwóch lat całkowicie niezdolny do pracy oraz niezdolny do samodzielnej egzystencji. Nie istniały w tej dacie również podstawy, aby przyjąć, że powód będzie trwale całkowicie niezdolny do pracy oraz trwale niezdolny do samodzielnej egzystencji. W dniu 11 lutego 2014r. nie istniały przesłanki, które czyniłyby wysoce prawdopodobnym to, że niezdolność do samodzielnej egzystencji będzie u powoda trwała dłużej niż orzeczone sześć miesięcy.

Z punktu widzenia medycyny pracy, w dniu 11 lutego 2014r., można było założyć, że powód, z uwagi na poziom posiadanych kwalifikacji, będzie trwale częściowo niezdolny do pracy zarobkowej. Ewentualne uznanie powoda za całkowicie niezdolnego do pracy w okresie dłuższym niż jeden rok, a tym bardziej niezdolnego do samodzielnej egzystencji wymagało jego bieżącej oceny klinicznej. (opinia biegłego z zakresu medycyny pracy k. 60-64, k. 166-168, k. 187-188)

W okresie od lutego 2014r. do lipca 2017r. powód - w sposób ciągły - był i jest nadal uznawany za osobę całkowicie niezdolną do pracy zarobkowej oraz niezdolną do samodzielnej egzystencji. Nie ma podstaw do retrospektywnego kwestionowania orzeczeń lekarzy orzeczników ZUS, którzy uznawali, że powód w okresie od lutego 2014r. do lipca 2017r. jest uznawany za całkowicie niezdolnego do pracy oraz niezdolnego do samodzielnej egzystencji. (opinia biegłego z zakresu medycyny pracy k. 60-64, k. 166-168, k. 187-188)

Osoby po częściowej amputacji kończyny dolnej, niezależnie od przyczyny, po kilkumiesięcznym okresie adaptacji do niepełnosprawności oraz przyzwyczajeniu do protezy, stają się zazwyczaj osobami samoobsługowymi w większości czynności życia codziennego, a zatem nie spełniają po tym okresie kryterium niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Zgodnie ze standardami orzecznictwa lekarskiego, po okresie kilku miesięcy od częściowej amputacji kończyny dolnej ustaje przyczyna niezdolności do samodzielnej egzystencji, rozumianej, jako ciężkie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje konieczność zaangażowania osób trzecich w sprawowaniu stałej opieki, pielęgnacji,

pomocy w możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymywania higieny osobistej, a także pomocy w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza itp. (opinia biegłego z zakresu medycyny pracy k. 60-64, k. 166-168, k. 187-188)

W ocenie medycyny pracy, lekarz orzekający o stopniu i długotrwałości niezdolności do pracy u konkretnego pacjenta winien wziąć pod uwagę przede wszystkim posiadane przez niego kwalifikację oraz stopień adaptacji do niepełnosprawności narządu ruchu, która powstała u niego w następstwie amputacji kończyny dolnej. Osoby z niskim poziomem formalnych kwalifikacji, predestynowane do pracy jedynie fizycznej oraz w zaawansowanym wieku mogą być uznane w takim przypadku za całkowicie i trwale niezdolne do pracy w warunkach otwartego rynku pracy. Z kolei osoby z wysokimi kwalifikacjami, które wykonywały przede wszystkim prace administracyjno-biurowe mogą zostać zaliczone na stałe do osób jedynie częściowo niezdolnych do pracy. (pisemna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu medycyny pracy k. 187-188)

W 2015 r. powód zgłosił szkodę pozwanemu. Decyzją z dnia 24 kwietnia 2015 r. pozwany odmówił przyznania świadczenia, wskazując, że nie doszło do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. (decyzja k. 27)

S. S. ma 61 lat, z zawodu jest malarzem. Przed wypadkiem pracował w (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ż., jako malarz konstrukcji stalowych. Był zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony, jego zarobki wynosiły ponad 4.000 zł miesięcznie. Powód obecnie jest na rencie i pobiera z tego tytułu 3.000 zł miesięcznie, nie posiada innych źródeł dochodów. S. S. choruje na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, ma problemy z nerkami.

Powód zażywa na stałe leki, na które miesięcznie wydaje ponad 200 zł, spłaca ratę miesięczną kredytu w wysokości 1.410 zł. Nie ma i nigdy nie miał zaległości w spłacie kredytu, nie spóźnił się z zapłatą którejkolwiek z rat. Przed wypadkiem nie płacił większych rat niż wynikały z umowy kredytowej. (zeznania powoda k. 189v.-190 – 00:09:23).

Powyższy – niesporny - stan faktyczny, Sąd ustalił na podstawie zgromadzonych w sprawie dokumentów, opinii biegłego z zakresu medycyny pracy oraz zeznań powoda. W szczególności opinia biegłego z zakresu medycyny pracy była spójna, konsekwentna i metodologicznie poprawna. Wszelkie wątpliwości strony powodowej zostały wyjaśnione w ramach pisemnych opinii uzupełniających. Ostatecznie powód nie wnosił o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego.

Sąd zważył, co następuje:

Zgodnie z art. 805 § 1 i 2 k.c. przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Przy czym świadczenie zakładu ubezpieczeń przy ubezpieczeniu majątkowym polega w szczególności na zapłacie określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku. Natomiast przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Z uwagi na to, że ani przepisy kodeksu cywilnego ani też ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie mogą regulować całokształtu zagadnień związanych z ubezpieczeniem w każdym z licznych rodzajów ubezpieczeń, szczególne zasady wypłaty odszkodowań określone są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń, które stanowią integralną część umowy ubezpieczenia. Wskazać należy, iż postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia lub postanowienia umowy ubezpieczenia są nieważne, jeśli stoją w sprzeczności z przepisami kodeksu cywilnego dotyczącymi umów ubezpieczenia o charakterze bezwzględnie obowiązującym (art. 807 § 1 k.c.).

W rozpoznawanej sprawie pomiędzy stronami obowiązywała umowa ubezpieczenia w ramach programu (...) m.in. na wypadek następstw nieszczęśliwych wypadków do nowo udzielonego kredytu. Natomiast „Warunki grupowego ubezpieczenia kredytobiorców hipotecznych na wypadek następstw nieszczęśliwych wypadków do nowo

udzielonego kredytu” (dalej WU) określały zasady, na jakich pozwany objął ochroną ubezpieczeniową klientów Banku zawierających umowy kredytu, regulowały przedmiot ubezpieczenia, zakres ochrony i podstawowe definicje.

Istotą sporu w niniejszej sprawie było rozstrzygnięcie, czy pozwane Towarzystwo (...) było uprawnione do odmowy przyznania świadczenia powodowi. Strona pozwana podnosiła, że nie doszło do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Pozwany odmawiając powodowi wypłaty powołał się na § 2 pkt 2 b i § 2 pkt 6 WU, wskazując, że żadne z załączonych orzeczeń lekarskich orzecznika ZUS nie zostało wystawione jednorazowo na okres powyżej 2 lat. Tym samym nie został spełniony warunek z § 2 pkt 6 WU, co skutkowało odmową wypłaty świadczenia.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że zgodnie z WU zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowano, jako zajście zdarzenia w postaci trwałej i całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela (§ 2 pkt 15 WU). Natomiast za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji uznano stan zdrowia Ubezpieczonego będący wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w okresie odpowiedzialności, powodujący wydanie orzeczenia (§ 2 pkt 14 WU). Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – określono na dzień powstania w/w niezdolności wskazany w orzeczeniu, a w przypadku, gdy orzeczenie nie wskazuje dnia powstania tej niezdolności - dzień wydania orzeczenia (§ 2 pkt 2 lit. b WU). Z kolei orzeczenie – zostało określone - jako prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską lub prawomocny wyrok sądu, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające trwałą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na okres powyżej 2 lat (§ 2 pkt 6 WU).

Powyższe postanowienia WU, jako część łączącej strony umowy, są dla stron wiążące i ograniczają zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do zakresu obowiązku odszkodowawczego wyznaczonego ogólnie w art. 361 § 2 k.c. Przy czym wskazać należy, iż brak jest szczegółowych przepisów ustawy zakazujących wprowadzenia w tym względzie ograniczeń przez strony umowy. Strony umowy ubezpieczenia mogły, zatem wprowadzić szczegółowe warunki powstania odpowiedzialności odszkodowawczej i określić jej zakres. Znajduje to również potwierdzenie w samej istocie stosunku ubezpieczeniowego, w ramach, którego ubezpieczyciel odpowiada za szkodę powstałą w wyniku określonego w umowie zdarzenia i w określonym w umowie zakresie. Gdyby brak było zezwolenia na wprowadzanie w umowie ubezpieczenia warunków powstania odpowiedzialności odszkodowawczej, prowadziłoby to do nieograniczonej odpowiedzialności ubezpieczyciela za wszelkie zdarzenia i zaistniałe szkody bez względu na źródło ich powstania, co byłoby nieracjonalne.

Uznać, zatem należy, iż powód zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia, w której w granicach obowiązujących przepisów i zasady swobody umów określone zostały szczegółowe warunki powstania odpowiedzialności po stronie ubezpieczyciela na wypadek określonego zdarzenia - trwałej i całkowitej niezdolności powoda do pracy i samodzielnej egzystencji, potwierdzonej orzeczeniem, które stwierdzało tę niezdolność na okres powyżej 2 lat.

Wskazać także należy, że w orzecznictwie przyjmuje się, że wymogi transparentności wzorców umownych oraz konsekwencje zawartych w nich postanowień niejednoznacznych określił ustawodawca w art. 385 § 2 k.c. Wykładnia postanowień wzorca umowy stworzonego m.in. przez ubezpieczyciela musi uwzględniać określony cel umowy ubezpieczenia (art. 65 §2 k.c.), którym jest ochrona ubezpieczonego realizowana poprzez uwzględnienie, jako zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela, przy jednoczesnym ograniczonym rozumieniu przesłanek wyłączających tę odpowiedzialność. Ma to szczególne znaczenie zwłaszcza przy interpretacji postanowień nieostrych czy wprowadzających kryteria ocenne. Cel umowy, jako kryterium wykładni także postanowień wzorca umowy nakazuje położenie nacisku na ochronny charakter stosunku prawnego ubezpieczenia. Wykładnia postanowień wzorca umowy stworzonego przez ubezpieczyciela nie może prowadzić do zaostrzenia wymagań stawianych ubezpieczającemu i ograniczania obowiązków ubezpieczyciela. Taki kierunek wykładni przesądzałby o naruszeniu art. 65 § 2 k.c. w powiązaniu z celem i istotą umowy ubezpieczenia wynikającymi z art. 805 § 1 k.c. (por. wyrok SN z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK 155/13 LEX nr 1523347). Podkreślenia jednak wymaga, że postanowienia ogólnych warunków umów ubezpieczenia podlegają wykładni według reguł określonych w art. 65 § 2 k.c., gdy ich postanowienia nie są precyzyjne

i stwarzają wątpliwości, co do ich istotnej treści, a wykładnia taka nie może pomijać celu, w jakim umowa została zawarta, a także natury i funkcji zobowiązania. Umowa ubezpieczenia pełni przecież funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny dla wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony, a wątpliwości interpretacyjne nie mogą obciążać ubezpieczonego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 lutego 2015 r. II CSK 295/14, LEX nr 1652719).

Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sprawy, wskazać należy, że przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków dwojakiego rodzaju: zgon lub trwała i całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji. A zatem zdarzenia szczególne i najdalej idące dla życia i zdrowia ludzkiego. Nie każde, bowiem konsekwencje nieszczęśliwego wypadku rodziły, w realiach niniejszej sprawy, odpowiedzialność po stronie pozwanej. W ocenie Sądu postanowienia WU są precyzyjne, jasne i nie budzą wątpliwości, co do ich interpretacji, nie ma, zatem potrzeby sięgania do wykładni postanowień wzorca umowy stworzonego przez ubezpieczyciela. W § 2 pkt 6 WU użyto sformułowania „orzeczenie” (liczba pojedyncza), a nie „orzeczenia”, czy też „kilka następujących po sobie orzeczeń”. Nadto wskazano, że orzeczenie takie ma określać niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na okres powyżej 2 lat. Podkreślenia wymaga, że gdyby intencją stron było takie rozszerzenie odpowiedzialności strony pozwanej, że obejmowałoby ono kilka następujących po sobie orzeczeń, które stwierdzałyby łącznie okres niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji powyżej 2 lat, to nie było przeszkód, aby takie sformułowanie znalazło się w WU. Wolą stron ochrona kredytobiorcy (będąca celem umowy) została WU zawężona do sytuacji, w której orzeczenie określa niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na okres powyżej 2 lat.

W rozpoznawanej sprawie nie doszło, zatem do spełnienia warunku powstania odpowiedzialności wynikającego z § 2 pkt 6 WU. Na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego, Sąd ustalił, iż nie wydano orzeczenia, jakie wymagane było przez WU oraz że brak było podstaw do jego wydania. Każda z decyzji ZUS dotyczyła okresu poniżej 2 lat. Natomiast warunkiem wypłaty świadczenia przez pozwanego, jak już wyżej wskazano, było jednorazowe orzeczenie, które stwierdzałoby trwałą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji powoda na okres powyżej 2 lat. Tym samym fakt, że powód, w sposób ciągły, przez okres co najmniej 2 lat, w kolejnych następujących po sobie orzeczeniach był uznawany za osobę całkowicie niezdolną do samodzielnej egzystencji oraz niezdolny do pracy zarobkowej ma dla niniejszego rozstrzygnięcia charakter irrelevantny.

Nie bez znaczenia jest również jednoznaczna opinia biegłego z zakresu medycyny pracy, że w dniu 11 lutego 2014 r. nie istniały przesłanki do stwierdzenia, że powód będzie w okresie co najmniej 2 lat całkowicie niezdolny do pracy oraz niezdolny do samodzielnej egzystencji. Charakter, bowiem urazu powoda wskazuje, że w przypadku tego typu urazów, po kilkumiesięcznym okresie adaptacji do niepełnosprawności oraz przyzwyczajenia się do protezy, pokrzywdzony zazwyczaj wraca do samoobsługi w większości czynności życia codziennego. Pośrednio potwierdzają to kolejne decyzje ZUS, które stwierdzają niezdolność powoda do pracy i samodzielnej egzystencji każdorazowo na okres poniżej 2 lat. Lekarze orzecznicy ZUS, zatem, w trakcie bieżącej oceny klinicznej (średnio raz w roku) oceniali stan zdrowia powoda, który rokował poprawę.

Z powyższych względów powództwo podlegało oddaleniu w całości.

Na marginesie powyższych rozważań zauważyć należy, że jak wynika z danych ZUS odsetek orzeczeń pierwszorazowych wydanych dla celów rentowych o całkowitej niezdolności do pracy na okres powyżej 2 lat stanowi niemal 35%, a orzeczenia ponowne o całkowitej niezdolności do pracy powyżej 2 lat stanowią około 74%. Oznacza to, że zasady odpowiedzialności określone w WU nie stanowią postanowień, które zmierzałyby do nadzwyczajnego wyłączenia odpowiedzialności pozwanego, a tym samym nie prowadzą one do pokrzywdzenia powoda.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. Uznając, iż pomimo tego, że powód przegrał proces w całości, szczególne względy, w tym przede wszystkim charakter sprawy, stan zdrowia S. S., a także porównanie sytuacji materialnej powoda, jako osoby fizycznej z możliwościami finansowymi pozwanego ubezpieczyciela, przemawiają za tym, aby nie obciążać go obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.