Sygn. akt III Ca 1069/16

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 6 maja 2016 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi - Widzewa w Łodzi zasądził od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz powoda G. J. kwotę 12.000 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 17 czerwca 2014 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty a także kwotę 3.017 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

Orzeczenie to zapadło na podstawie następujących ustaleń faktycznych:

G. J. urodził się (...) w miejscowości D..

W okresie od 7 listopada 1983 roku do 13 maja 2014 roku powód był zatrudniony w (...) Spółce Akcyjnej (...) w Ł. na stanowisku maszynisty pojazdu trakcyjnego (ostatnio na stanowisku starszego maszynisty pojazdu trakcyjnego).

W dniu 20 lipca 2010 roku G. J. podpisał deklarację przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...), prowadzonego przez (...) Spółkę Akcyjną w W..

W dniu 1 listopada 2010 roku pomiędzy (...) Związkiem Zawodowym (...) w Z. a (...) Spółką Akcyjną w W. doszło do zawarcia obejmującej powoda umowy grupowego ubezpieczenia pracowników, która została potwierdzona polisą ubezpieczeniową o numerze (...).

Umowa została zawarta na okres jednego roku - od 1 listopada 2010 roku do 31 października 2011 roku, z możliwością jej przedłużenia.

Stosownie do § 3 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zgodnie z § 3 zawartej umowy, zakres ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności (...) Spółki Akcyjnej w W. obejmował takie zdarzenia jak śmierć ubezpieczonego bądź wystąpienie u niego trwałej niezdolności do pracy na stanowisku bezpośrednio związanym z prowadzeniem i bezpieczeństwem ruchu kolejowego oraz prowadzących pojazdy kolejowe.

Stosownie do § 4 ust. 2 umowy, jako wspomnianą niezdolność do pracy oznaczono utratę, w okresie odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela, zdolności fizycznych i psychicznych do wykonywania zawodu m.in. maszynisty pojazdów trakcyjnych, będącej rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, orzeczoną przez komisję lekarską (...) Zakładu (...) lub Centrum Naukowego Medycyny Kolejowej.

W myśl § 4 ust. 4 umowy (modyfikującej § 5 o.w.u.), pozwany zakład ubezpieczeń zobowiązał się do wypłaty na rzecz ubezpieczonego świadczenia w przypadku wystąpienia wyżej opisanej niezdolności do pracy w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu spełnienia warunków niezdolności do pracy, to jest w kwocie 12.000 zł (§ 3 pkt 2 umowy).

Natomiast, zgodnie z § 33 ust. 1 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego TYP P PLUS, stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia z modyfikacjami określonymi w tej umowie, pozwany ubezpieczyciel zobowiązał się wykonać świadczenia na rzecz ubezpieczonego w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym odpowiedzialnością (...) Spółki Akcyjnej w W.. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności (...) Spółki Akcyjnej w W. w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, pozwany ubezpieczyciel miał wykonać zobowiązanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, z tym, że część bezsporna świadczenia zostanie wypłacona w terminie 30 dni od zgłoszenia (§ 33 ust. 2 o.w.u.).

Stosownie do § 4 ust. 12 umowy ubezpieczenia, zgłaszając roszczenie o wykonanie zobowiązania wnioskujący powinien złożyć wypełniony formularz deklaracji zgłoszenia, deklarację przystąpienia, zaświadczenie lekarskie wydane przez jednostkę będącą komórką organizacyjną (...) Zakładu (...) i Centrum Naukowego Medycyny Kolejowej o istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych i utracie zdolności do wykonywania zawodów maszynisty oraz oświadczenie ubezpieczającego o zaprzestaniu świadczenia pracy w takim charakterze, jak również inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, w szczególności dokumentację medyczną dotyczącą choroby albo nieszczęśliwego wypadku na życzenie (...) Spółki Akcyjnej w W..

W dniu 25 sierpnia 2011 roku, na skutek przeprowadzonych negocjacji, (...) Spółka Akcyjna w W. i (...) Związek Zawodowy (...) w Z. zwarły aneks numer (...) do Umowy (...) z dnia 1 listopada 2010 roku.

W § 1 aneksu wskazano, że w umowie ubezpieczenia dodaje się w § 4 ust. 13, zgodnie z którym:

1. W umowie ubezpieczenia w stosunku do ubezpieczonych, którzy ukończyli 55 rok życia i u których w okresie od początku ubezpieczenia do dnia 31 lipca 2011 roku wystąpiła niezdolność do pracy na stanowisku bezpośrednio związanym z prowadzeniem i bezpieczeństwem ruchu kolejowego oraz prowadzących pojazdy kolejowe będąca rezultatem choroby, zapis § 5 ogólnych warunków ubezpieczenia TN otrzymuje brzmienie:

(...) Spółka Akcyjna w W. wypłaca świadczenie w przypadku wystąpienia niezdolność do pracy na stanowisku bezpośrednio związanym z prowadzeniem i bezpieczeństwem ruchu kolejowego oraz prowadzących pojazdy kolejowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu spełnienia warunków niezdolności do pracy stanowisku bezpośrednio związanym z prowadzeniem i bezpieczeństwem ruchu kolejowego oraz prowadzących pojazdy kolejowe";

2. W umowie ubezpieczenia w stosunku do ubezpieczonych, którzy ukończyli 55 rok życia i u których niezdolność do pracy wystąpiła po dniu 1 sierpnia 2011 roku niezdolność do pracy na stanowisku bezpośrednio związanym z prowadzeniem i bezpieczeństwem ruchu kolejowego oraz prowadzących pojazdy kolejowe będącą rezultatem choroby, zapis § 5 ogólnych warunków ubezpieczenia TN otrzymuje brzmienie:

(...) Spółka Akcyjna w W. wypłaca świadczenie w przypadku wystąpienia niezdolności do pracy na stanowisku bezpośrednio związanym z prowadzeniem i bezpieczeństwem ruchu kolejowego oraz prowadzących pojazdy kolejowe, potwierdzonej zaświadczeniem wydanym po przeprowadzeniu badania okresowego lub kontrolnego, na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę (nie dotyczy badania na wniosek ubezpieczonego) w wysokości 50% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu spełnienia warunków niezdolności do pracy na stanowisku bezpośrednio związanym z prowadzeniem i bezpieczeństwem ruchu kolejowego oraz prowadzących pojazdy kolejowe".

Strony ustaliły, że aneks wchodzi w życie z dniem 1 sierpnia 2011 roku.

W wyniku badania psychologicznego, przeprowadzonego w dniu 4 listopada 2013 roku, G. J. został uznany za przydatnego do pracy na stanowisku maszynisty pojazdów trakcyjnych. Kolejne badanie psychologiczne powoda miało odbyć się w 2015 roku.

Po przeprowadzonym w dniu 16 kwietnia 2014 roku badaniu kontrolnym w (...) Zakładzie (...) w Z. – K., G. J. został uznany za osobę, która wobec przeciwwskazań zdrowotnych utraciła zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy maszynisty pojazdu trakcyjnego z dniem 16 kwietnia 2014 roku. Przyczyną problemów zdrowotnych powoda było nadciśnienie tętnicze o charakterze chwiejnym, trudnym do ustabilizowania, wywołujące bóle i zawroty głowy.

Z uwagi na niezdolność do pracy, z dniem 13 maja 2014 roku doszło do rozwiązania umowy o pracę pomiędzy G. J. a (...) Spółką Akcyjną na mocy porozumienia stron.

W związku ze stwierdzoną niezdolnością do pracy wynikającą ze zdiagnozowanych schorzeń, powód w dniu 15 maja 2014 roku zgłosił pozwanemu ubezpieczycielowi roszczenie o wypłatę świadczenia odszkodowawczego przewidzianego umową ubezpieczenia.

Pismem z dnia 16 maja 2014 roku, wydanym sprawie o numerze (...), (...) Spółka Akcyjna w W. powiadomił G. J., iż przedłożona przez niego dokumentacja jest niewystarczająca do podjęcia decyzji w sprawie uznania roszczeń z wyżej wymienionego tytułu oraz wypłaty świadczenia, w związku z czym pozwany wystąpił do placówki medycznej K. Medycyna Pracy w Z. o nadesłanie dodatkowej dokumentacji. Zakład ubezpieczeń poinformował jednocześnie powoda, iż z uwagi na konieczność uzupełnienia dokumentacji termin rozpatrzenia zgłoszenia szkody ulegnie wydłużeniu. Ponadto, zakład ubezpieczeń zwrócił się do powoda o dostarczenie dokumentacji medycznej dotyczącej przebywania na zasiłku chorobowym w 2014 roku.

Pismem z dnia 30 maja 2014 roku, placówka medycyny kolejowej, w której stwierdzono niezdolność powoda do pracy, na żądanie ubezpieczyciela przesłała mu komplet dokumentacji medycznej.

Pismem z dnia 4 czerwca 2014 roku ubezpieczyciel zobowiązał powoda do przedłożenia aktualnego orzeczenia o utracie zdolności psychologicznej do wykonywania zawodu maszynisty.

W piśmie datowanym na dzień 27 maja 2014 roku G. J. ponowił wezwanie ubezpieczyciela do dobrowolnej wypłaty świadczenia wynikającego z umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego.

Natomiast w piśmie z 16 czerwca 2014 roku powód podniósł wobec pozwanego zakładu ubezpieczeń, iż żądanie dodatkowej dokumentacji w przedmiocie aktualnego orzeczenia o utracie zdolności psychologicznej do wykonywania zawodu maszynisty, w świetle załączonej już dokumentacji medycznej oraz treści zawartej polisy jest pozbawione podstaw faktycznych i prawnych.

Pismem z dnia 17 czerwca 2014 roku pozwany zakład ubezpieczeń powiadomił G. J., iż odmawia mu wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia z dnia 1 listopada 2010 roku. Uzasadniając zajęte stanowisko ubezpieczyciel wskazał, iż powód udokumentował jedynie fizyczną utratę zdolności do wykonywania zawodu, podczas gdy warunkiem wypłaty świadczeń jest jednoczesna utrata zdolności fizycznych oraz psychicznych do wykonywania zawodu, co miałoby wynikać z § 4 ust. 2 umowy ubezpieczenia z 1 listopada 2010 roku. Zajęte stanowisko ubezpieczyciel potwierdził w piśmie z dnia 15 lipca 2014 roku.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał powództwo za zasadne.

Wskazał, że zgodnie z art. 805 § 1 k.c., 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.

Na gruncie niniejszej sprawy wypadkiem, którego zaistnienie aktualizowało obowiązek pozwanego do wypłaty świadczenia pieniężnego, było powstanie u powoda niezdolności do pracy w charakterze maszynisty pojazdu trakcyjnego (§ 4 ust. 2 umowy).

Spór stron co do zasadności roszczenia koncentrował się na ustaleniu tego, jakiego rodzaju zdarzenie, biorąc pod uwagę treść łączącego strony stosunku prawnego, wyczerpuje znamiona „niezdolności do pracy".

Ogólne warunki tego ubezpieczenia ustala co do zasady zakład ubezpieczeń. Zgodnie z art. 12a ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz.U. z 2010 roku, Nr 11, poz.66), obowiązującej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia oraz aneksu do niej, określają one, w szczególności, rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot, warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują, prawa i obowiązki każdej ze stron umowy ubezpieczenia, zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, przy ubezpieczeniach majątkowych - sposób ustalania rozmiaru szkody, sposób określania sumy

odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad ogólnych, sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej, metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia indeksację przewidują, tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony, przesłanki i terminy wypowiedzenia umowy przez każdą ze stron, a także tryb i warunki wypowiedzenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość.

Jak wynika z brzmienia przepisu art. 807 § 1 k.c., postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami k.c. regulującymi umowę ubezpieczenia są nieważne, chyba, że przepisy szczególne stanowią inaczej. W pozostałych wypadkach wiążą strony umowy ubezpieczenia stając się immanentnym elementem jej treści.

W niniejszej sprawie, nie zachodzi sprzeczność ogólnych warunków ubezpieczenia z przepisami kodeksu cywilnego normującymi umowę ubezpieczenia ani regulującymi posługiwanie się przy zawieraniu umowy wzorcami umownymi. Miały one, zatem charakter wiążący dla stron przedmiotowej umowy - zarówno pozwanego, jak i powoda.

Zgodnie z art. 12 ust. 3 ustawy ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. W myśl zaś ust. 4 powołanego przepisu postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

W razie niejasności, niedomówień, braku jednoznaczności sformułowań ogólnych warunków umów, wynikające z tego wątpliwości należy tłumaczyć na korzyść ubezpieczonego. Przy wykładni postanowień ubezpieczenia, w tym ogólnych warunków ubezpieczenia, należy uwzględniać cel umowy i interesy ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego. Wykładnia ta nie może pomijać celu, w jakim umowa została zawarta, a także natury i funkcji zobowiązania. Celem umowy jest zaś niewątpliwie udzielenie ubezpieczonemu ochrony na wypadek określonego w umowie ryzyka, w zamian za zapłatę składki. Umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny do wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony. W konsekwencji, postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego uposażonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. W związku z tym, niedopuszczalne jest niejednoznaczne formułowanie zakresu odpowiedzialności i wyłączeń, odsyłanie do aktów prawnych czy regulacji niezałączonych do umowy, używanie niejasnych sformułowań itp. Wszystkie tego rodzaju uchybienia powinny być brane pod uwagę na korzyść ubezpieczającego przy wykładni woli stron umowy ubezpieczenia i powinny prowadzić do przyjęcia takiej jego woli oraz treści umowy ubezpieczenia, do jakiej zawarcia doszłoby zgodnie z wolą ubezpieczającego, gdyby wspomnianych uchybień nie było.

Zgodnie z brzmieniem § 4 ust. 2 umowy ubezpieczenia z dnia 1 listopada 2010 roku, niezdolnością do pracy na stanowisku bezpośrednio związanym z prowadzeniem i bezpieczeństwem ruchu kolejowego oraz prowadzących pojazdy kolejowe jest utrata przez ubezpieczonego, na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, zdolności fizycznych i psychicznych do wykonywania zawodu m.in. maszynisty pojazdów trakcyjnych.

W ocenie pozwanego ubezpieczyciela, literalna wykładnia przywołanego zastrzeżenia umownego sugeruje, iż dla powstania obowiązku wypłaty świadczenia na rzecz ubezpieczonego konieczne jest łączne zaistnienie dwojakiego rodzaju niedyspozycji zdrowotnej, to jest odnoszącej się zarówno do sfery fizycznej, jak i psychicznej. Jak się wydaje, za takim kierunkiem interpretacji miałoby przemawiać posłużenie się przez strony w § 4 ust. 2 umowy spójnikiem „i", świadczącym o nadaniu wyrażeniu „zdolności fizycznych i psychicznych" charakteru koniunkcji. Rzecz jednak w tym, iż w odniesieniu do dwustronnych czynności prawnych ustawodawca przewidział specyficzne dyrektywy interpretacyjne, diametralnie różniące się od zasad wykładni np. tekstu aktu normatywnego. Zgodnie bowiem z art. 65 § 2 k.c., w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Dla wykładni treści oświadczeń woli składających się na umowę konieczne jest zatem umiejscowienie ich w konkretnym kontekście sytuacyjnym, mając na uwadze skutek, jaki chciały osiągnąć strony danej czynności prawnej decydując się na jej podjęcie. Ponadto, wykładni poszczególnych wyrażeń użytych w umowie należy dokonywać z

uwzględnieniem tzw. kontekstu umownego, a więc związków treściowych występujących między zawartymi w tekście postanowieniami. Innymi słowy wskazane jest przyjmowanie takiego sensu oświadczenia woli, które uwzględnia logikę całego tekstu obejmującego czynność prawną.

Ogólna dyrektywa prymatu wykładni umów w oparciu o zgodny zamiar stron i cel umowy nad jej literalnym brzmieniem znajduje jeszcze pełniejsze zastosowanie w odniesieniu do umowy ubezpieczenia, co związane jest ze specyficzną funkcją tego rodzaju umowy. Celem umowy ubezpieczenia jest bowiem udzielenie ubezpieczonemu ochrony na wypadek zajścia określonego ryzyka w zamian za zapłatę składki. Konsekwencją ochronnego charakteru umowy ubezpieczenia jest to, iż dla wykładni postanowień umowy podstawowe znaczenie ma punkt widzenia tego, kto jest chroniony.

Mając na uwadze przedstawione wcześniej rozważania, Sąd Rejonowy wskazał, iż dla zrozumienia znaczenia użytego w umowie wyrażenia o „niezdolności fizycznej i psychicznej", w myśl art. 65 § 2 k.c. konieczne było wyjście poza dosłowne brzmienie tego zastrzeżenia i odwołanie się do kontekstu zawarcia umowy oraz argumentów natury teleologicznej. Poprzestanie tylko na dosłownym brzmieniu interpretowanego postanowienia umowy stanowi poważny błąd metodologiczny, mogący doprowadzić w rezultacie do wadliwego wyniku wykładni.

W przedmiotowej sprawie nie ulega wątpliwości, iż celem umowy ubezpieczenia, którą na zasadzie dobrowolności został objęty G. J., było zapewnienie powodowi środków utrzymania na wypadek zaistnienia niezależnych od niego okoliczności związanych ze stanem zdrowia, które uniemożliwiałyby dalsze świadczenie pracy w dotychczasowym charakterze. Oczywistym jest, że tego rodzaju okoliczności mogłyby dotyczyć zarówno ograniczenia sprawności fizycznej powoda, jak i jego zdolności umysłowych. Wymaga podkreślenia, iż umowę ubezpieczenia zawarł z pozwanym związek zawodowy maszynistów, a zatem podmiot ze swej natury dbający o należytą ochronę słusznych uprawnień osób, na rzecz których działa. Decydując się na zawarcie umowy, strona związkowa z pewnością miała więc na względzie konieczność uzyskania dla ubezpieczanych pracowników jak najszerszej ochrony, respektując przy tym również uzasadnione interesy zakładu ubezpieczeniowego. Wydaje się więc, że podmiot działający niejako w imieniu beneficjentów umowy ubezpieczenia baczył, aby umowna opieka ubezpieczeniowa nie miała charakteru iluzorycznego, lecz stanowiła dla ubezpieczonych rzeczywistą gwarancję bezpieczeństwa. Z konieczności zapewnienia beneficjentom należytego standardu ochrony z pewnością zdawał sobie sprawę także ubezpieczyciel, od wielu lat działający na rynku pracowniczych ubezpieczeń grupowych.

W przekonaniu Sądu Rejonowego, to właśnie cel zawieranej umowy ubezpieczenia nakierowany na zapewnienie ubezpieczanym efektywnej ochrony, przeczy takiej wykładni § 4 ust. 2 umowy, zgodnie z którą niezdolność do pracy aktualizująca obowiązek ubezpieczyciela do zapłaty świadczenia powinna polegać na jednoczesnym zaistnieniu niedyspozycji fizycznej i psychicznej ubezpieczonego. Biorąc pod uwagę, że kumulatywne wystąpienie powyższych okoliczności w praktyce zaistnieje niezwykle rzadko, to przy przyjęciu kierunku wykładni zaproponowanego przez pozwanego ubezpieczony, który stał się niezdolny do pracy np. z przyczyn fizycznych, nie będzie mógł uzyskać ochrony ubezpieczeniowej pomimo tego, że de facto zaistniał wypadek ubezpieczeniowy w postaci utraty zdolności do pracy. Pomimo więc faktycznej i obiektywnej utraty zdolności do pracy, beneficjent nie mógłby uzyskać należących mu się z tytułu ubezpieczenia niezbędnych środków utrzymania, co w oczywisty sposób kłóciłoby się z celem zawierania umów ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy.

Wymaga podkreślenia, że biorąc pod uwagę restrykcyjny charakter wymogów zdrowotnych stawianych maszynistom pojazdów trakcyjnych, nie jest możliwe stwierdzenie częściowej niezdolności do pracy na tym, konkretnym stanowisku. W tej materii przydatne może okazać się odwołanie do regulacji z zakresu ubezpieczeń społecznych, zgodnie z którymi częściowo niezdolny do pracy jest ten, kto choćby w znacznym stopniu utracił zdolność do pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami (art. 12 ust. 3 ustawy o emeryturach i rentach z FUS). Fakt, iż dana osoba może być częściowo zdolna do podjęcia innej pracy nie stoi więc w sprzeczności z tym, że stała się ona całkowicie niezdolna do dalszego wykonywania dotychczasowego zawodu – na przykład maszynisty pojazdów trakcyjnych.

W ocenie Sądu Rejonowego, w wypadku wspomnianej kategorii pracowników istnieje logiczny podział na osoby zdolne do wykonywania tej pracy oraz osoby, które tego przymiotu nie posiadają. Nie można byłoby zatem przyjąć, że dana osoba pomimo stwierdzonej niesprawności fizycznej, lecz znajdująca się w pełni sił psychicznych jest zdolna do świadczenia pracy jako maszynista, albowiem do pracy w tym charakterze konieczne jest legitymowanie się dobrym stanem zdrowia zarówno ogólnego, jak i psychicznego. W razie utraty któregokolwiek z tych przymiotów, dana osoba staje się niezdolna do wykonywania zawodu maszynisty, a więc materializuje się ryzyko, którego wystąpienie ubezpiecza zawarta na zasadzie dobrowolności umowa ubezpieczenia grupowego pracowników. Tym samym należy przyjąć, że dla powstania po stronie G. J. roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na wypadek utraty zdolności do pracy, wystarczające było ustalenie, że powód stał się niezdolny do pracy z przyczyn natury fizycznej bądź psychicznej. Odmienne wnioski, zważywszy na charakter i cel umowy ubezpieczenia, jawiłyby się jako nieracjonalne i jako takie nie mogłyby zostać uznane za uzyskane w wyniku prawidłowej wykładni.

Pomiędzy stronami postępowania nie było sporne to, że powód został uznany za niezdolnego do pracy z przyczyn zdrowotnych o charakterze fizycznym od dnia 16 kwietnia 2014 roku, to jest w okresie ochrony ubezpieczeniowej gwarantowanej przez pozwanego, a wynikającej z przedłużonej umowy z dnia 1 listopada 2010 roku. Wobec tego, że w stosunku do powoda rzeczywiście zaistniało ryzyko objęte ubezpieczeniem, to zgodnie z art. 805 § 1 k.c. i § 5 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia (zmodyfikowanego przez § 4 ust. 4 umowy z 1 listopada 2010 roku) ubezpieczyciel powinien wypłacić powodowi umówione świadczenie.

Tym samym, należało uznać roszczenie powoda za usprawiedliwione co do zasady, otwierając pole do rozważań dotyczących jego wysokości.

Dalej Sąd Rejonowy wskazał, że dla ustalenia wysokości świadczenia należnego powodowi kluczowe znaczenie ma to, czy w odniesieniu do niego znajdą zastosowanie postanowienia aneksu do umowy ubezpieczenia, mocą których obniżono sumę świadczenia wobec niektórych pracowników ze 100% sumy bazowej do 50%.

W dniu 25 sierpnia 2011 roku, na skutek przeprowadzonych negocjacji, (...) Spółka Akcyjna w W. i (...) Związek Zawodowy (...) w Z. zwarły aneks numer (...) do Umowy (...) z dnia 1 listopada 2010 roku. W § 1 aneksu wskazano, że w umowie ubezpieczenia w dodaje się w § 4 ust. 13, zgodnie z którym: w stosunku do kategorii osób określonych w pkt 1 i 2 ulega zmianie zapis § 5 ogólnych warunków ubezpieczenia TN. I tak zgodnie z pkt 1, zapis ten ulegał zmianie, w umowie ubezpieczenia w stosunku do ubezpieczonych, którzy ukończyli 55 rok życia i u których w okresie od początku ubezpieczenia do dnia 31 lipca 2011 roku wystąpiła niezdolność do pracy na stanowisku bezpośrednio związanym z prowadzeniem i bezpieczeństwem ruchu kolejowego oraz prowadzących pojazdy kolejowe będąca rezultatem choroby, a zgodnie z pkt 2 wskazany zapis uległ zmianie, w umowie ubezpieczenia w stosunku do ubezpieczonych, którzy ukończyli 55 rok życia i u których niezdolność do pracy wystąpiła po dniu 1 sierpnia 2011 roku niezdolność do pracy na stanowisku bezpośrednio związanym z prowadzeniem i bezpieczeństwem ruchu kolejowego oraz prowadzących pojazdy kolejowe będącą rezultatem choroby.

Strona powodowa wskazywała, że postanowienia aneksu obniżały należne uposażonym świadczenie do 50% sumy bazowej jedynie w odniesieniu do osób, które w dacie wejścia w życie aneksu ukończyły 55 lat. Z kolei, ubezpieczyciel podnosił, że zmiana ta dotyczyła wszystkich uposażonych z chwilą ukończenia przez nich 55 roku życia. Sformułowanie § 1 aneksu określające krąg osób, których dotyczy zmiana ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jasne. Nie wskazuje, w jakim momencie ubezpieczony winien ukończyć 55 lat, aby postanowienia w nim zawarte znalazły do niego zastosowanie – czy chodzi o moment wejścia w życie aneksu, czy też moment wystąpienia niezdolności do pracy, czy też zmiana treści umowy ubezpieczenia następuje w momencie ukończenia przez każdego z ubezpieczonych 55 lat. Sformułowanie § 1 aneksu „w stosunku do ubezpieczonych, którzy ukończyli 55 rok życia" i użycie czasu przeszłego, jak podnosiła strona powodowa, wskazywać może, iż zmiana treści § 5 ogólnych warunków ubezpieczenia TN dotyczyła tylko tych osób, które w dacie wejścia w życie aneksu, czyli w dniu 1 sierpnia 2011 roku ukończyły 55 lat. Tak rozumiane postanowienie umowne skutkowałoby zmianą umowy w stosunku do węższego kręgu ubezpieczonych niż interpretacja dokonana przez pozwanego. Na uwagę zasługuje przy tym okoliczność, iż do zawarcia aneksu doszło na skutek negocjacji ubezpieczyciela z (...) Związkiem Zawodowym (...) w Z. reprezentującym interesy maszynistów,

który z pewnością dążył to tego, aby zminimalizować ewentualne niekorzystne dla uposażonych zmiany zawartej już umowy. Natomiast, zmiana § 5 ogólnych warunków ubezpieczenia i ograniczenie wysokości należnego świadczenie o połowę w stosunku do wszystkich ubezpieczonych, którzy ukończyli 55 rok życia z chwilą jego ukończenia, stanowiłoby istotne pogorszenie sytuacji ubezpieczonych w trakcie trwania umowy.

Z kolei, w interesie ubezpieczyciela było wprowadzenie takiej zmiany do umowy, która prowadziłaby do zmniejszenia wysokości należnego świadczenia w stosunku do wszystkich uposażonych, którzy ukończyli 55 rok życia.

W świetle zaoferowanych w przedmiotowej sprawie dowodów, Sąd Rejonowy uznał, że nie sposób dokonać wykładni § 1 aneksu przez pryzmat art. 65 § 2 k.c., czyli z uwzględnieniem zgodnego zamiaru stron i celu umowy. Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego nie wynika z jakich przyczyn ani z czyjej inicjatywy doszło do zwarcia aneksu z dnia 25 sierpnia 2011 roku ani jaki cel chciały w ten sposób osiągnąć strony umowy. Jak wskazano w toku wcześniejszych rozważań, zgodnie z art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Zaś zgodnie z art.12 ust. 4 ustawy postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

W konsekwencji, w niniejszej sprawie, niejasne postanowienie § 1 aneksu wskazujące krąg ubezpieczonych, w stosunku do których następuje zmiana § 5 ogólnych warunków ubezpieczenia TN, winno być interpretowane na korzyć powoda – ubezpieczonego. Należało zatem przyjąć, że § 1 aneksu dokonujący zmiany § 5 ogólnych warunków ubezpieczenia TN miał zastosowanie jedynie do osób, które w dacie wejścia w życie aneksu ukończyły 55 rok życia, a zatem zmiana ta nie dotyczyła powoda, urodzonego (...), który w dniu 1 sierpnia 2011 roku nie ukończył 55 lat.

Pozwany jest profesjonalistą działającym od wielu lat na rynku ubezpieczeń w tym grupowych ubezpieczeń pracowników z tytułu niezdolności do pracy. W świetle powołanych przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 2003 roku oraz aktualnej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, winien w sposób jasny i nie budzący wątpliwości formułować postanowienia zwieranych umów i ogólnych warunków ubezpieczenia.

W rezultacie, w ocenie Sądu Rejonowego, wysokość świadczenia należnego powodowi odpowiadała wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu spełnienia warunków niezdolności do pracy, to jest kwocie 12.000 zł.

Odnośnie zgłoszonego roszczenia odsetkowego Sąd Rejonowy wskazał, że jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, to za czas opóźnienia wierzyciel może żądać zapłaty odsetek, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi (art. 481 § 1 k.c.). Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe (od 1 stycznia 2016 roku – odsetki ustawowe za opóźnienie). Termin wymagalności świadczenia przysługującego powodowi wynika z art. 817 § 1 i 2 k.c. i zasadniczo powtarzającego jego treść zastrzeżenia § 33 ust. 1 i 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego TYP P PLUS. Zgodnie ze wspomnianymi regulacjami, ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni od zawiadomienia o wypadku chyba, że w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe. W takim przypadku, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Obowiązek udowodnienia istnienia okoliczności z art. 817 § 2 k.c. oraz ich zasięgu obciąża ubezpieczyciela, zgodnie z ogólną zasadą ciężaru dowodu przewidzianą w art. 6 k.c. Obowiązany jest on w szczególności wykazać, że uzupełnienie postępowania likwidacyjnego nastąpiło bez nieuzasadnionej zwłoki, z zachowaniem interesu wierzyciela (art. 354 § 1 k.c. i art. 355 § 2 k.c.).

Powód wezwał pozwanego do zapłaty świadczenia w dniu 15 maja 2014 roku, a zatem 30-dniowy termin do jego spełnienia upłynął z dniem 14 czerwca 2014 roku. Przed upływem tego terminu pozwany uzyskał komplet dokumentów medycznych wymaganych dla wypłaty świadczenia, albowiem dokumentacja ta została doręczona pozwanemu przy piśmie placówki medycznej z dnia 30 maja 2014 roku, czyli najpóźniej w dniu 6 czerwca 2014 roku.

Konsekwencją uznania, że ubezpieczyciel dysponował faktyczną możnością ustosunkowania się do żądania powoda w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia było przyjęcie, że wynikający z art. 817 § 2 k.c. dodatkowy, szczególny 14-dniowy termin do spełnienia świadczenia w ogóle nie rozpoczął biegu. Skoro więc ubezpieczyciel powinien był spełnić świadczenie w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia i termin ten upłynął bezskutecznie z dniem 14 czerwca 2014 roku, to należało uznać, iż od dnia 15 czerwca 2014 roku pozwany popadł w opóźnienie.

O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c..

Apelację od powyższego orzeczenia złożył pozwany, zaskarżając wyrok w całości.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

1) naruszenie prawa materialnego przez błędną wykładnię przepisu art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w związku z § 4 ust. 2 umowy ubezpieczenia dla Członków Związku Zawodowego (...) z dnia 1 listopada 2010 roku (...)) poprzez zasądzenie na rzecz powoda świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w sytuacji, gdy nie została spełniona definicja niezdolności do pracy zawarta w § 2 ust. 1 pkt 3 OWU zmieniona w/w umową;

2) naruszenie prawa materialnego tj. art. 65 § 2 k.c. poprzez uznanie przez Sąd, iż zgodnym zamiarem stron umowy ubezpieczenia było określenie zakresu odpowiedzialności pozwanego w ten sposób, że do wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy wystarczy wystąpienie niezdolności do pracy spowodowanej utratą zdolności fizycznych lub psychicznych, zamiast spełnienia tych warunków łącznie;

3) naruszenie prawa procesowego tj. art. 233 k.p.c. poprzez dowolną a nie swobodną ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności poprzez uznanie przez Sąd, iż postanowienia § 4 ust. 2 umowy ubezpieczenia z dnia 1 listopada 2010 roku są sprecyzowane w sposób niejasny i niezrozumiały oraz, iż sformułowanie § 1 aneksu z dnia 25 sierpnia 2011 roku określające krąg osób, których dotyczy zmiana ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jasna.

Przy tak sformułowanych zarzutach skarżący wniósł o:

1) zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa, ewentualnie poprzez zmianę wyroku i zasądzenie kwoty 6.000 złotych zamiast kwoty 12.000 złotych;

2) skorygowanie kosztów procesu za I instancję i zasądzenie kosztów procesu za II instancję.

Sąd Okręgowy zważył:

Apelacja nie jest zasadna i jako taka podlega oddaleniu.

Sąd Rejonowy dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych i wydał trafne, odpowiadające prawu rozstrzygnięcie przedstawiając logiczną argumentację prawną.

Ustalenia sądu I instancji i wyprowadzone na ich podstawie wnioski Sąd Okręgowy w pełni podziela i przyjmuje za własne. Sprawia to, że nie zachodzi potrzeba powtarzania szczegółowych ustaleń faktycznych oraz dokonanej w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku interpretacji przepisów prawa mających zastosowanie w niniejszej sprawie (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 22 kwietnia 1997 r., sygn. akt II UKN 61/97 - OSNAP 1998 r. nr 3, poz. 104; wyrok Sądu Najwyższego z 8 października 1998 r., sygn. akt II CKN 923/97 - OSNC 1999 r., z. 3, poz. 60; wyrok Sądu Najwyższego z 12 stycznia 1999 r., sygn. akt I PKN 21/98 - OSNAP 2000, nr 4, poz. 143).

Zarówno poczynione przez Sąd Rejonowy ustalenia faktyczne jak i rozważania prawne Sąd Okręgowy w pełni podziela i przyjmuje za własne.

Przechodząc do oceny zarzutów podniesionych w wywiedzionej apelacji, na wstępie koniecznym jest odniesienie się do sformułowanych w niej zarzutów naruszenia przepisów postępowania, gdyż wnioski w tym zakresie z istoty swej

determinują rozważania co do pozostałych zarzutów apelacyjnych, bowiem jedynie nieobarczone błędem ustalenia faktyczne, będące wynikiem należycie przeprowadzonego postępowania mogą być podstawą oceny prawidłowości kwestionowanego rozstrzygnięcia w kontekście twierdzeń o naruszeniu przepisów prawa materialnego.

Za całkowicie chybiony należało uznać podniesiony w apelacji zarzut błędnego ustalenia przez Sąd pierwszej instancji stanu faktycznego, czyli naruszenia dyspozycji art. 233 § 1 k.p.c. W myśl powołanego przepisu ustawy Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Ocena dowodów polega na ich zbadaniu i podjęciu decyzji, czy została wykazana prawdziwość faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. Celem Sądu jest tu dokonanie określonych ustaleń faktycznych, pozytywnych bądź negatywnych i ostateczne ustalenie stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia.

Ocena wiarygodności mocy dowodów przeprowadzonych w danej sprawie wyraża istotę sądzenia w części obejmującej ustalenie faktów, ponieważ obejmuje rozstrzygnięcie o przeciwnych twierdzeniach stron na podstawie własnego przekonania sędziego powziętego w wyniku bezpośredniego zetknięcia ze świadkami, stronami, dokumentami i innymi środkami dowodowymi. Powinna odpowiadać regułom logicznego rozumowania wyrażającym formalne schematy powiązań między podstawami wnioskowania i wnioskami oraz uwzględniać zasady doświadczenia życiowego wyznaczające granice dopuszczalnych wniosków i stopień prawdopodobieństwa ich występowania w danej sytuacji.

Jeżeli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami, lub gdy wnioskowanie Sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych to przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona.

W kontekście powyższych uwag należy stwierdzić, iż wbrew twierdzeniom apelującego w rozpoznawanej sprawie Sąd Rejonowy dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych w oparciu o cały zgromadzony materiał dowodowy i nie naruszył dyspozycji art. 233 § 1 k.p.c.

Odnosząc się do kwestii szczegółowych podniesionych przez skarżącego w ramach tego zarzutu należy zauważyć w pierwszej kolejności, że jakkolwiek skarżący sformułował w apelacji w sposób formalny zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c., to sama treść tego zarzutu przesądza o jego bezzasadności.

Skarżący bowiem w ramach przedmiotowego zarzutu nie wskazuje jakie to ustalenia faktyczne zostały przez Sąd Rejonowy poczynione w sposób błędny i w czym Sąd Rejonowy uchybił zasadom oceny dowodów określonym w powyższym przepisie.

Sformułowanie zarzutu wskazuje na to, że skarżący upatruje naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. w uznaniu przez Sąd Rejonowy za niejasne niektórych sformułowań zawartych w OWU. Ocena treści łączących strony OWU nie należy do sfery ustaleń faktycznych, lecz do sfery wykładni i interpretacji stosunku zobowiązaniowego.

Odnosząc się do pozostałych zarzutów apelacji, to również one muszą być uznane za chybione.

W świetle poczynionych ustaleń nie sposób zakwestionować stanowiska Sądu Rejonowego co do niejasnych postanowień OWU.

Spór w tym zakresie dotyczył postanowień aneksu numer (...) do Umowy (...) z dnia 1 listopada 2010 roku, a konkretnie zapisu obniżającego należne uposażonym świadczenie do 50% sumy bazowej, dla określonej grupy osób objętych tym ubezpieczeniem.

Zgodzić należy się z Sądem Rejonowym, że dotyczące tej kwestii sformułowanie § 1 aneksu określające krąg osób, których dotyczy zmiana ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jasne. Nie wskazuje, w jakim momencie ubezpieczony winien ukończyć 55 lat, aby postanowienia w nim zawarte znalazły do niego zastosowanie – czy chodzi o moment wejścia w życie aneksu, czy też moment wystąpienia niezdolności do pracy, czy też zmiana treści umowy ubezpieczenia następuje w momencie ukończenia przez każdego z ubezpieczonych 55 lat.

Dopuszczalna jest zarówno taka interpretacja powyższego zapisu zgodnie z którą postanowienia aneksu obniżały należne uposażonym świadczenie do 50% sumy bazowej jedynie w odniesieniu do osób, które w dacie wejścia w życie aneksu ukończyły 55 lat, jak i taka, że zmiana ta dotyczyła wszystkich uposażonych z chwilą ukończenia przez nich 55 roku życia. Powyższe przesądza o tym, że przedmiotowy zapis został sformułowany w sposób niejasny i niejednoznaczny.

W konsekwencji należy podzielić stanowisko sądu I instancji, iż ryzyko wątpliwości wynikających z niejasnych postanowień umów zawieranych z konsumentami winno obciążać stronę, która umowę zredagowała, jak też - w ślad za ugruntowanym w orzecznictwie poglądem - że obciążenie konsumenta negatywnymi konsekwencjami wadliwej i niedbałej redakcji naruszałoby zasady współżycia społecznego.

Nie naruszył wreszcie Sąd Rejonowy art. 65 § 2 k.c. poprzez uznanie przez, iż zgodnym zamiarem stron umowy ubezpieczenia było określenie zakresu odpowiedzialności pozwanego w ten sposób, że do wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy wystarczy wystąpienie niezdolności do pracy spowodowanej utratą zdolności fizycznych lub psychicznych, zamiast spełnienia tych warunków łącznie a w konsekwencji, że w realiach przedmiotowej sprawy spełniona została definicja niezdolności do pracy zawarta w § 2 ust. 1 pkt 3 OWU.

Sąd pierwszej instancji dostrzegł konieczność dokonania wykładni w oparciu o dyrektywy zawarte w art. 65 k.c.. Sąd Rejonowy stanął na słusznym stanowisku, że art. 65 § 2 k.c. określa sposób wykładni oświadczeń woli stron umowy w sposób odmienny, niż ma to miejsce przy interpretacji teksu prawnego: w umowach należy bowiem przede wszystkim badać zamiar stron i cel umowy, a dopiero w dalszej kolejności ma znaczenie jej dosłowne brzmienie (tak: wyroki SN z 8 czerwca 1999 r. II CKN 379/98 i z 26 lipca 2012 r. II CSK 9/12).

Jeżeli chodzi o oświadczenia woli ujęte w formie pisemnej, czyli wyrażone w dokumencie, to sens tych oświadczeń ustala się przyjmując za podstawę wykładni przede wszystkim tekst dokumentu. Co ważne, wykładni poszczególnych wyrażeń należy dokonywać z uwzględnieniem kontekstu, a więc także związków treściowych występujących między zawartymi w tekście postanowieniami (tak: S. Rudnicki Komentarz do art. 65 k.c., J. Gudowski (red) Kodeks cywilny. Komentarz. Część ogólna Lexis Nexis 2014 r. str. 589). Ustalanie zgodnego zamiaru stron i celu umowy wymaga zatem nie tylko zbadania konkretnego postanowienia umowy, ale analizy jej całości; innymi słowy wskazane jest przyjmowanie takiego sensu oświadczenia woli, które uwzględnia logikę całego tekstu, który je wyraża czyli kontekstu umownego (tak: wyrok SN z 26 lipca 2012 r. II CSK 9/12).

W ocenie sądu odwoławczego, Sądowi pierwszej instancji nie sposób zarzucić naruszenia którejkolwiek ze wzmiankowanych wyżej reguł interpretacyjnych. Dokonując wykładni umowy, Sąd ten w pełni respektował dyrektywę wykładni, nakazującą badać zgodny zamiar stron i cel umowy (art. 65 § 2 k.c.), bacząc jednocześnie na konieczność poszukiwania znaczenia klauzul umownych w całym dokumencie tak, by nie zatracić literalnych, istotnych postanowień umowy. Sąd Rejonowy obrał zatem prawidłową, niejako dwutorową wykładnię złożonych oświadczeń woli, a to w oparciu o kontekst zawarcia i przede wszystkim wykonywania umowy oraz analizując całą jej treść.

Niezależnie od tego z art. 65 § 2 k.c. wynika nakaz kierowania się przy wykładni umowy jej celem (por. uchwałę Sądu Najwyższego z 11 września 1997 r., III CZP 39/97, OSNC 1997, nr 12, poz. 191). Nie jest konieczne, aby był to cel uzgodniony przez strony, wystarcza - cel zamierzony przez jedną stronę, który jest wiadomy drugiej. Wątpliwości interpretacyjne, które nie dają się usunąć w drodze ogólnych dyrektyw wykładni oświadczeń woli, powinny być rozstrzygnięte na niekorzyść strony, która zredagowała tekst je wywołujący (in dubio contra proferentem). Ryzyko

nie dających się usunąć w drodze ogólnych dyrektyw wykładni oświadczeń woli niejasności tekstu umowy powinna ponieść ta strona, która tekst zredagowała.

Biorąc powyższe pod uwagę, należy wskazać, że uzasadnionym jest przyjęcie, iż celem umowy ubezpieczenia, którą na zasadzie dobrowolności został objęty powód, było zapewnienie maszynistom, będącym członkami związku zawodowego, środków utrzymania na wypadek zaistnienia niezależnych od nich okoliczności związanych ze stanem zdrowia, które uniemożliwiałyby dalsze świadczenie pracy w dotychczasowym charakterze. Oczywistym jest, że tego rodzaju okoliczności mogłyby dotyczyć zarówno ograniczenia sprawności fizycznej powoda, jak i jego zdolności umysłowych. Kontrahentem pozwanego był przy zawieraniu umowy ubezpieczenia związek zawodowy, a zatem podmiot ze swej natury dbający o należytą ochronę słusznych uprawnień osób, na rzecz których działa.

Decydując się na zawarcie umowy, strona związkowa z pewnością miała więc na względzie konieczność uzyskania dla ubezpieczanych pracowników jak najszerszej ochrony, respektując przy tym również uzasadnione interesy zakładu ubezpieczeniowego. Wydaje się więc, że podmiot działający niejako w imieniu beneficjentów umowy ubezpieczenia baczył, aby umowna opieka ubezpieczeniowa nie miała charakteru iluzorycznego, lecz stanowiła dla ubezpieczonych rzeczywistą gwarancję bezpieczeństwa. Z konieczności zapewnienia beneficjentom należytego standardu ochrony z pewnością zdawał sobie sprawę także ubezpieczyciel, od wielu lat działający na rynku pracowniczych ubezpieczeń grupowych.

Przyjęcie takiego rozumienia niezdolności do pracy jak chce tego apelujący, prowadziłoby w praktyce do sytuacji w której wypłata świadczenia następowałaby w zupełnie wyjątkowych, jednostkowych wypadkach, co niewątpliwie nie było celem związku zawodowego zabiegającego o ochronę ubezpieczeniową dla swych członków.

Wobec tego wywód Sądu Rejonowego musi być uznany za w pełni prawidłowy.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy z mocy art. 385 k.p.c. oddalił apelację.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c., obciążając nimi w całości pozwanego jako stronę przegrywającą.

Zasądzona z tytułu zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego kwota stanowi wynagrodzenie pełnomocnika powoda w postępowaniu apelacyjnym, ustalone na podstawie § 2 pkt 5 w związku z § 10 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 roku, poz. 1804).

Biorąc pod uwagę niezbędny nakład pracy pełnomocnika, a także charakter sprawy i wkład pracy pełnomocnika w przyczynienie się do jej wyjaśnienia i rozstrzygnięcia brak było podstaw do przyznania powyższego wynagrodzenia w stawce innej niż stawka minimalna.