

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 10 lutego 2020 roku, sygn. akt I C 311/16, Sąd Rejonowy w Skierniewicach w sprawie z powództwa K. Ś. przeciwko Towarzystwu (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą we W., o zapłatę i zadośćuczynienie:

1. oddalił powództwo,
2. nie obciążył powoda kosztami procesu;
3. przejął na rachunek Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Skierniewicach nieuiszczoną opłatę od pozwu w wysokości 1.355 zł;
4. przejął na rachunek Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Skierniewicach kwotę 2.612,70 zł tytułem kosztów opinii biegłych sądowych oraz kosztów udzielenia dokumentacji medycznej poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd I instancji oparł na następujących ustaleniach faktycznych.

K. Ś. leczy się na cukrzycę od lat dziewięćdziesiątych, od około 16 lat leczy się na nadciśnienie tętnicze.

W dniu 10 lutego 2006 r. została zawarta pomiędzy TU na (...) S.A. z siedzibą we W. a (...) Bankiem S.A. z siedzibą w K. umowa grupowego ubezpieczenia na wypadek zgonu lub całkowitego inwalidztwa. Za uprawnionego w umowie uznano zgodnie z § 2 pkt 16 (...) Bank S.A. Za całkowite inwalidztwo uznano zgodnie z § 2 pkt 2.2) dzień powstania całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji wskazany w orzeczeniu, w przypadku gdy orzeczenie nie wskazuje dnia powstania całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji za dzień całkowitego inwalidztwa przyjmuje się dzień wydania orzeczenia. Zgodnie z § 3 ust 2 umowy zakład ubezpieczeń spełni na rzecz uprawnionego świadczenie ubezpieczeniowe w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Zgodnie z § 2 pkt 19 za zdarzenie ubezpieczeniowe uznano zajście w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń zgonu, całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, którego bezpośrednio przyczyny powstały w okresie ubezpieczenia. Zgodnie z § 7 pkt 2 włączenia odpowiedzialności występuje w okresie 3 lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku podania przed przystąpieniem do ubezpieczenia przez ubezpieczonego w deklaracji zgody lub innym dokumencie nieprawdziwych informacji w tym zatajenia choroby przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia.

K. Ś. zawarł 5 marca 2008 r. z (...) Bank S.A. z siedzibą w K. (obecnie (...) Bank S.A.) umowę prostej pożyczki gotówkowej. Udzielono powodowi pożyczki w wysokości 8.491,18 zł, całkowity koszt pożyczki wyniosła 2.809,74 zł. W § 9 umowy zatytułowanym „deklaracja zgody”, powód oświadczył, że po otrzymaniu i zapoznaniu się z warunkami grupowego ubezpieczenia zgadza się na objęcie go przez TU na (...) S.A. i (...) S.A. ochroną ubezpieczeniową na wypadek zgonu, całkowitego inwalidztwa. Powód oświadczył, że nie przebywa i nie przebywał w ciągu ostatnich 12 miesięcy na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni, za wyjątkiem profilaktyki lekarskiej, jego stan zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lub leczenia, powód oświadczył, że w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazuje (...) Bank S.A. jako uprawnionego do odbioru świadczenia. Pod umową znalazł się własnoręczny podpis K. Ś.. Do umowy załączono dyspozycje uruchomienia pożyczki, deklaracje zgody – ubezpieczenie na życie klientów (...) S.A..

Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem 12 marca 2010 r. uznał K. Ś. za całkowicie niezdolnego do pracy do 31 marca 2012 r. w związku ze stanem narządu ruchu.

K. Ś. w dniu 12 kwietnia 2010 r. wniósł o wypłatę odszkodowania w związku z zaistnieniem całkowitego inwalidztwa spowodowanego amputacją prawej nogi.

Pismem z 22 czerwca 2011 r. odmówiono powodowi wypłaty świadczenia z tytułu całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego.

Lekarz orzecznik ZUS orzeczeniem z 10 maja 2012 r. uznał K. Ś. za trwale całkowicie niezdolnego do pracy w związku ze stanem narządu ruchu.

Komornik Sądowy przy Sądzie Rejonowym dla Łodzi – Widzewa w Łodzi A. P. w sprawie Km 1142/13 z wniosku (...) Bank S.A. z siedzibą w W. z udziałem dłużnika K. Ś. 28 stycznia 2013 r. zajął wierzytelności.

Pismami z dnia 4 sierpnia 2014 r. i 30 grudnia 2014 r. (...) Bank S.A. z siedzibą w W. poinformował K. Ś. o dokonaniu sprzedaży przysługującej mu wierzytelności na rzecz (...) Wierzytelności Niestandaryzowanego Sekurytyzacyjnego Funduszu Inwestycyjnego Zamkniętego z siedzibą w W.. (...). N.S.F.I.Z. z siedzibą w W. wystosowała do powoda 13 kwietnia 2015 r. pismo z propozycją spłaty zadłużenia.

Przeciwko K. Ś. został wydany nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym przez Sąd Rejonowy Lublin – Zachód w Lublinie VI Wydział Cywilny nakazujący zapłatę na rzecz easyDebt N.S.F.I.Z. z siedzibą w W. kwoty 8.198,30 zł wraz z kosztami procesu. Postępowanie egzekucyjne prowadzone jest także przeciwko K. Ś. z wniosku (...) Bank S.A. przez Komornika Sądowego przy Sądzie Rejonowym w Skierniewicach T. C..

K. Ś. denerwuje się telefonami, w których formułowane są żądania zwrotu zaciągniętych pożyczek i kredytów przez firmę (...). Zaciągnięte pożyczki są nadal niespłacone. Powód zalega obecnie na ponad 25.000 zł. Powód ma 67 lat, jest schorowany, ma amputowane obie nogi, używa protez. Powód z małżonką spłacają kredyt hipoteczny, żona powoda ma swoje dodatkowe zobowiązania finansowe. Powód jest emerytem, otrzymuje świadczenie w wysokości około 1.430 zł miesięcznie. Na leczenie powód wydaje miesięcznie około 200 – 300 zł, na telefon około 60 zł, na energię elektryczną około 200 zł, do tego dochodzą koszty utrzymania samochodu, który jest powodowi bardzo potrzebny. Żona powoda otrzymuje świadczenie w wysokości około 1.800 zł. Raty kredytu hipotecznego wynoszą 800 zł miesięcznie. Powód ma zajęcie komornicze, nie wie w jakiej wysokości. Powód z żoną nie mają oszczędności, brakuje im pieniędzy po opłaceniu wszelkich należności.

W dacie zawierania przedmiotowej umowy ubezpieczenia, powód chorował na powikłaną cukrzycę. Problemy z ukrwieniem kończyn dolnych występowały u powoda od 1994 r. Dokumentacja medyczna potwierdza zaawansowanie powikłań mikro i makroangiopatii od 1994 r.. Amputacja kończyny dolnej była konsekwencją przewlekłe postępujących zmian w naczyniach i w układzie neurologicznym o typie stopy cukrzycowej oraz nawracające stany zapalne pourazowe i sam uraz i była związana z wcześniejszym stanem zdrowia.

Przyczyną inwalidztwa powoda były powikłania niedokrwienne kończyn dolnych w przebiegu cukrzycy. Zgodnie z dokumentacją medyczną, początek tych przyczyn, a więc rozpoznanie cukrzycy datuje się na rok 2000. Data trwałej niezdolności do pracy powoda ustalona została przez lekarza orzecznika ZUS na 28 listopada 2009 r.. Przyczyną amputacji był bezpośrednio stan zdrowia powoda istniejący na chwilę zawierania przedmiotowej umowy, jest to prosty i oczywisty skutek schorzenia na jakie cierpiał powód w chwili zawierania umowy ubezpieczenia. Nie ma dostatecznych danych w dokumentacji, które pozwalałyby przyjąć, że istnieją inne poza powikłaniami cukrzycy, przyczyny powstania inwalidztwa u powoda. Złamanie kości podudzia prawego, jakiego doznał powód w 1993 r. ostatecznie wygoiło się w 2000 r. i nie było bezpośrednią przyczyną amputacji kończyny. Nie w każdym przypadku powikłań niedokrwiniennych w przebiegu cukrzycy musi dojść do amputacji.

W chwili zawarcia przedmiotowej umowy powód chorował na cukrzycę, rozpoznano cechy angiopatii i z tego powodu był leczony. Istniejący w chwili zawierania umowy stan zdrowia powoda był przyczyną amputacji wykonanej w 2009 r.. Istniejąca cukrzyca w konsekwencji doprowadziła do amputacji kończyny. Powód chorował na nadciśnienie tętnicze, przeżył udar mózgu – prawdopodobnie niedokrwinienny, również w przebiegu miażdżycy, zmiany zwyrodnieniowe układu kostnego. Przyczyną inwalidztwa powoda była cukrzyca, która w tym przypadku doprowadziła do konieczności wykonania amputacji goleni prawej i palców stopy lewej. Inne choroby nie miały wpływu na wykonanie zabiegu amputacji kończyny. Jedyną przyczyną amputacji była martwica rozplywna stopy w przebiegu angiopatii cukrzycowej.

Oceniając zgromadzony w sprawie materiał dowodowy Sąd Rejonowy wskazał, że stan faktyczny ustalił na podstawie zebranych w sprawie dokumentów w postaci umów, dokumentacji związanej z umową kredytu, ubezpieczenia, dokumentacji medycznej, zeznaniach świadka i powoda a także na podstawie opinii biegłych lekarzy: chorób wewnętrznych i diabetologii, ortopedy, chirurga ogólnego i naczyniowego.

Sąd I instancji podkreślił, że istotne znaczenie miały pisemne opinie biegłych wskazanych powyżej specjalności, właściwych z punktu widzenia schorzeń występujących u powoda, determinujących jego niezdolność do pracy. Opinie nie budzą wątpliwości co do swej wiarygodności i rzetelności, są jasne, rzetelne, oparte na bogatej dokumentacji medycznej. Opinie są zbieżne w swych treściach, wnioski są jednolite. Biegli po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej jednoznacznie wskazali, że w chwili zawierania przedmiotowej umowy ubezpieczenia, powód był chory na cukrzycę, a wykonana amputacja kończyny dolnej była konsekwencją zaawansowanej cukrzycy. Sąd Rejonowy ocenił, że przedłożone opinie są wyczerpujące, udzieliły odpowiedzi na wszelkie pytania postawione przez strony postępowania.

Wobec tak ustalonego stanu faktycznego Sąd Rejonowy uznał, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Powód domagał się wypłaty odszkodowania w wysokości 17.091,75 zł z tytułu ubezpieczenia, którym powód miał zostać objęty w § 9 umowy pożyczki oraz zadośćuczynienia w wysokości 10.000 zł za krzywdę spowodowaną konsekwencjami odmowy wypłaty odszkodowania. Powód precyzował, że żądanie zadośćuczynienia związane jest także z naruszeniem jego dóbr osobistych, cierpieniem związanym z trwającymi postępowaniami komorniczymi, działaniami windykacyjnymi i stresem jaki jest jego udziałem w związku z tym.

Sąd Rejonowy uznał, że powództwo nie zostało wykazane i udowodnione. Powód został objęty ochroną ubezpieczeniową w oparciu o umowę grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy pozwaną a obecnie (...) Bank S.A. (wówczas (...) Bank S.A.).

Zgodnie z art. 808 k.c. można zawrzeć umowę ubezpieczenia na życie, której przedmiotem jest życie i zdrowie innej osoby fizycznej. Zgodnie z art. 831 § 1 k.c. w brzmieniu z 2006 r., w przypadku śmierci oraz zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w życiu osoby ubezpieczonej, świadczenie jest wypłacane uposażonemu.

Zgodnie z deklaracją zgody, zawartą w § 9 umowy pożyczki, którą zawarł i podpisał powód, uprawnionym do otrzymania świadczenia jest G. (...) bank S.A., który w dniu zawierania umowy działał pod nazwą (...) Bank S.A.

Sąd I instancji zgodził się ze stanowiskiem strony pozwanej, że po stronie powoda brak jest legitymacji procesowej czynnej do występowania z roszczeniem przeciwko pozwanej. Ponadto należy stwierdzić, że zgodnie z art. 805 k.c. ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Warunkiem ponoszenia przez ubezpieczyciela odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest zajście tego zdarzenia w okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej.

W umowie grupowego ubezpieczenia w § 3 ust 2 wskazano, że zakład spełni na rzecz uprawnionego świadczenie ubezpieczeniowe w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w § 2 pkt 19 uznano zajście zdarzenia w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, zgonu, całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, którego bezpośrednio przyczyny powstały w okresie ubezpieczenia.

W przedmiotowej sprawie, ponad wszelką wątpliwość ustalono, że schorzenie będące przyczyną zgłoszonego zdarzenia istniało przed objęciem powoda ochroną ubezpieczeniową. Jak wykazały opinie biegłych, przyczyną amputacji kończyny dolnej była leczona od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia cukrzyca. Sąd Rejonowy ocenił, że nie została wykazana wysokość dochodzonego odszkodowania. Nie jest jasne skąd miałyby wynikać dochodzona kwota 17.091,75 zł, co się na nią składa. Ponadto nie zostało wykazane i udowodnione roszczenie w zakresie zadośćuczynienia.

Sąd I instancji uznał, że powód nie wykazał związku pomiędzy pogorszeniem się jego stanu zdrowia, w tym ewentualnie pogorszenia w zakresie zdrowia psychicznego a działaniem pozwanej. Po pierwsze Sąd nie uznał aby pozwana ponosiła odpowiedzialność ubezpieczeniową. Po drugie należy uznać, że stan zdrowia powoda jest konsekwencją zaawansowanej cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, schorzeń na które powód leczy się od połowy lat dziewięćdziesiątych. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w postaci dokumentów, zeznań świadka, powoda nie wykazały, aby pogorszenie stanu zdrowia powoda wynikało z innych przyczyn jak cukrzyca i nadciśnienie tętnicze. Trwające postępowania windykacyjne, komornicze są konsekwencją niespłaconej pożyczki a to pozostaje bez winy i odpowiedzialności po stronie pozwanej.

Zgodnie z art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążyć jej w ogóle kosztami. Ocena czy w sprawie zachodzi podstawa do zastosowania art. 102 k.p.c. musi obejmować całokształt okoliczności sprawy. Sąd oceniając możliwość zastosowania tej regulacji bierze pod uwagę okoliczności związane z przebiegiem procesu a także związane ze stanem majątkowym, sytuacją życiową. Okoliczności te Sąd ocenia przy uwzględnieniu zasad współżycia społecznego.

W ocenie Sądu Rejonowego w przedmiotowej sprawie wystąpiły takie szczególne okoliczności. Powód znajduje się w trudnej sytuacji majątkowej i osobistej. Otrzymywane przez niego i jego małżonkę świadczenia nie wystarczają na pokrycie wszelkich zobowiązań finansowych związanych z utrzymaniem, leczeniem, spłatą kredytów i długów. Powód jest osobą schorowaną. Przedmiotowe powództwo było spowodowane chęcią poprawy trudnej sytuacji majątkowej i życiowej w jakiej znalazł się powód. Sąd I instancji uznał, że obciążanie go kosztami procesu byłoby niewspółmiernie nadmiernym obciążeniem. Ponadto Sąd Rejonowy przejął na rachunek Skarbu Państwa nieuiszczoną opłatę od pozwu oraz koszty opinii biegłych i udzielonej dokumentacji medycznej.

Apelację od wskazanego orzeczenia wniosła strona powodowa, zaskarżając wyrok w części tj. w zakresie punkt 1.

Zaskarżonemu orzeczeniu skarżący zarzucił:

1. naruszenie prawa materialnego tj.:
  - a. art. 815 § 1 i 3 k.c. poprzez jego nieprawidłowe zastosowanie,
  - b. art. 384 § 1 k.c. poprzez jego pominięcie,
  - c. art. 5 k.c. poprzez jego niezastosowanie i nie uznanie, że całokształt działań pozwanego, w szczególności po zgłoszeniu roszczeń do niego przez powoda jest niezgodny z zasadami współżycia społecznego;
  - d. przepisu art. 471 k.c. poprzez jego pominięcie i nie uznanie, że strony łączyła umowa, której pozwany nie wykonał prawidłowo,
  - e. przepisu art. 415 k.c. poprzez jego pominięcie i nie uznanie, że działania pozwanego, stanowiły czyn niedozwolony;
2. prawa procesowego, co miało wpływ na treść wydanego wyroku, tj.:
  - a. przepisu art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej oceny materiału dowodowego i pominięcie zeznań powoda złożonych podczas ostatniej rozprawy w zakresie po pierwsze rozmiaru szkody majątkowej i niemajątkowej, jakiej doznał, po drugie w zakresie sposobu zawierania umowy z ubezpieczycielem, przy czym zeznania powoda nie zostały w żaden sposób podważone przez pozwanego, a zatem koniecznym było uznanie ich za wiarygodne, a także pominięcie dowodu z dokumentów załączonych do akt sprawy, z których wynikała wysokość szkody majątkowej, a także zachowanie pozwanego powodujące szkodę niemajątkową na osobie powoda;
  - b. błąd w ustaleniach faktycznych polegający na pominięciu istotnych dla rozstrzygnięcia faktów w postaci:

- okoliczności towarzyszących podpisywaniu umów pomiędzy powodem a pozwanym, w szczególności, że powód podpisywał umowę w pośpiechu, nie otrzymał jej wcześniej celem zapoznania, sposobu umieszczenia klauzuli ubezpieczeniowej w umowie w sposób nieczytelny, różnicy pomiędzy jej czytelnością w umowie z powodem oraz w umowie z bankiem, braku zadawania powodowi szczegółowych pytań dotyczących jego stanu zdrowia, niejasnych sformułowań zawartych w klauzuli ubezpieczeniowej (zeznania powoda złożone na ostatniej rozprawie);
- okoliczności dotyczących pogorszenia się stanu zdrowia powoda na skutek sytuacji z pozwanym, a tym samym powstania szkody niemajątkowej (zeznania powoda złożone na ostatniej rozprawie, załączone do pozwu dokumenty w postaci pism powoda, odpowiedzi pozwanej, pisma Rzecznika Ubezpieczonych);
- kwoty, jaką powód musi uiścić na rzecz banku w związku z niewykonaniem umowy przez pozwanego, a która stanowi szkodę majątkową powstałą w majątku powoda na skutek niewykonania zobowiązania przez pozwanego (umowy pożyczki, pisma komornicze).

W związku z tak postawionymi zarzutami skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia i zasądzenie na rzecz powoda żądanej kwoty oraz kosztów postępowania przed Sądem I instancji lub uchylenie skarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania. Ponadto apelujący wniósł o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów niniejszego postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację, pozwany wniósł o jej oddalenie w całości i zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów postępowania według norm przepisanych.

### **Sąd Okręgowy zważył:**

Apelacja okazała się bezzasadna i jako taka podlegała oddaleniu.

Zdaniem Sądu Okręgowego, wyrok Sądu Rejonowego odpowiada prawu i jako taki musi się ostać. Podniesione przez apelującego zarzuty nie zasługują na uwzględnienie. Sąd Okręgowy podziela zarówno ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd I instancji i przyjmuje je, jako własne, czyniąc je postawą własnego rozstrzygnięcia.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do podniesionego zarzutu naruszenia przepisu prawa procesowego, tj. art. 233 k.p.c. oraz błędu w ustaleniach faktycznych, należy wskazać, że są one niezasadne.

Jak wielokrotnie wyjaśniano w orzecznictwie Sądu Najwyższego, zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. może być uznany za zasadny jedynie w wypadku wykazania, że ocena materiału dowodowego jest rażąco wadliwa, czy w sposób oczywisty błędna, dokonana z przekroczeniem granic swobodnego przekonania sędziowskiego, wyznaczonych w tym przepisie. Sąd drugiej instancji ocenia bowiem legalność oceny dokonanej przez Sąd I instancji, czyli bada czy zostały zachowane kryteria określone w art. 233 § 1 k.p.c. Należy zatem mieć na uwadze, że - co do zasady - Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, dokonując wyboru określonych środków dowodowych. Jeżeli z danego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona tylko wtedy, 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 (por. przykładowo postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 2001 r., I CKN 1072/99, Prok. i Pr. 2001 r., Nr 5, poz. 33, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2000 r., I CKN 1114/99, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2000r., I CKN 1169/99, OSNC 2000 r., nr 7-8, poz. 139).

Jak wskazał Sąd Najwyższy w licznych orzeczeniach (np. wyrok z dnia 16 grudnia 2005 r., sygn. akt III CK 314/05, wyrok z dnia 21 października 2005 r., sygn. akt III CK 73/05, wyrok z dnia 13 października 2004 r. sygn. akt III CK 245/04, LEX nr 174185), skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd przepisu art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem może być jedynie przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie o innej, niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie, niż ocena sądu. Dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 19 czerwca 2008 r., I ACa 180/08, LEX nr 468598).

Takiego działania skarżącego zabrakło w rozpoznawanej sprawie, w niniejszej sprawie Sąd Okręgowy opierając się na całokształcie materiału dowodowego zgromadzonego w aktach, uznał, że Sąd Rejonowy w sposób prawidłowy ustalił stan faktyczny i ocenił zgromadzony w sprawie materiał dowodowy. Sąd I instancji uznał, że zabrany w sprawie materiał dowodowy nie pozwala ustalić, iż działanie pozwanego spowodowało powstanie szkody niemajątkowej na osobie powoda. W tym miejscu należy stanowczo podkreślić, że podstawą oddalenia wytoczonego powództwa były trzy zasadnicze kwestie – po pierwsze Sąd Rejonowy uznał, że powód nie posiada czynnej legitymacji w przedmiotowej sprawie. K. Ś. zawierając umowę w dniu 5 marca 2008 r. z (...) Bank S.A. z siedzibą w K., oświadczył, że w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, na podstawie art. 831 § 1 k.c., wskazuje (...) Bank S.A. jako uprawnionego do odbioru świadczenia. Co za tym idzie pozwany Ubezpieczyciel w żadnej chwili nie był zobowiązany do wypłaty odszkodowania na rzecz powoda. Postanowienia łączącej strony umowy ubezpieczenia kwalifikowały tę umowę jako zawartą na rzecz osoby trzeciej, przynajmniej do czasu spłaty zadłużenia kredytowego. Wprawdzie wierzycielowi z umowy zawartej na rzecz osoby trzeciej przysługuje legitymacja procesowa do samodzielnego występowania w procesie, niemniej może on jako powód żądać spełnienia świadczenia tylko na rzecz uprawnionej z tej umowy osoby trzeciej a nie na swoją rzecz. Zasadnie zatem Sąd Rejonowy uznał, że powód nie był legitymowany do żądania zasądzenia należności z umowy ubezpieczenia na swoją rzecz, nie dotyczy to innych roszczeń zgłoszonych przez powoda. Drugą zasadniczą przyczyną oddalenia powództwo było jego nieudowodnienie co do wysokości. W tym miejscu należy wskazać, że udowodnienie wysokości roszczenia wymaga wskazania przez powoda w jaki sposób dokładnie ustalił kwotę dochodzoną pozwem, nie może to być dowolnie wybrana wartość. Natomiast biorąc pod uwagę zaoferowane przez powoda dowody w sprawie nie sposób ustalić, w jaki sposób powód obliczył kwotę dochodzoną pozwem. Natomiast trzecią przyczyną oddalenia był fakt, że powód zawierając umowę ubezpieczenia złożył oświadczenia dotyczące swojego stanu zdrowia, które było niezgodne z prawdą. Apelujący oświadczył w umowie pożyczki w §9 że nie przebywa i nie przebywał w ciągu ostatnich 12 miesięcy na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni, za wyjątkiem profilaktyki lekarskiej, jego stan zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lub leczenia. Podczas gdy w rzeczywistości powód chorował na powikłaną cukrzycę, a problemy z ukrwieniem kończyn dolnych występowały u niego już od 1994 r.. W tym miejscu należy podkreślić, że nie można się zgodzić z argumentacją skarżącego, iż złożenie nieprawdziwego oświadczenia usprawiedliwiają okoliczności, że powód podpisywał umowę w pośpiechu, nie otrzymał jej wcześniej celem zapoznania, klauzula ubezpieczeniowa zawarta w umowie została sformułowana w sposób nieczytelny oraz niezadawania powodowi szczegółowych pytań dotyczących jego stanu zdrowia. Powód zawierając umowę powinien dolożyć należytej starannością i zapoznać się z treścią oświadczenia, które podpisuje, a które brzmiało zgodnie z § 9 umowy pożyczki, że po otrzymaniu i zapoznaniu się z warunkami grupowego ubezpieczenia zgadza się na objęcie go ochroną ubezpieczeniową przez TU na (...) S.A. i (...) S.A.. W okolicznościach przedmiotowej sprawy skarżący również nie przedstawił żadnego dowodu na okoliczność, że nie miał faktycznej możliwości zapoznania z treścią warunków grupowego ubezpieczenia. Będąc słuchany w charakterze strony zeznał, że czytał umowę ubezpieczenia przed jej podpisaniem (k. 95 w zw. z k. 398). Co za tym idzie to powód ponosi negatywne skutki swego zaniechania w postaci nieprzeczytania umowy jeżeli jej nie przeczytał (choć twierdził, że przeczytał) i deklaracji, które podpisał, a co za tym idzie zatajenia informacji dotyczących swojego stanu zdrowia. Nie można w tym zakresie czynić zarzutów

pozwanemu, albowiem każdy podmiot prawa cywilnego jest zobowiązany do zachowania elementarnej dbałości o swoje interesy przy zawieraniu umów różnego rodzaju. Jednymi z przejawów takiej dbałości powinno być po pierwsze czytanie zawieranych umów przed ich podpisaniem, a po drugie niewprowadzenia drugiej strony w błąd odnośnie istotnych elementów konkretnej umowy.

Przechodząc z kolei do podniesionych zarzutów naruszenia prawa materialnego w pierwszej kolejności wymaga wyjaśnienia, że niezasadny jest zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 5 k.c.. Należy podkreślić, że przeważająca obecnie w doktrynie i judykaturze wąska koncepcja nadużycia prawa akcentuje możliwość stosowania art. 5 k.c. tylko do przypadków "czynienia użytku ze swojego prawa" i wyklucza jego rozumienie, jako ogólne upoważnienie sędziego do dokonywania własnych, z konieczności subiektywnych ocen oraz modyfikowania w ten sposób praw i obowiązków obywateli (tak A. S., akceptując również M. P.-S. w tezie 7-8 Komentarza do art. 5 k.c., Lex nr 22/2015).

Powszechnie dostrzega się związek zasad współżycia społecznego z normami moralnymi, których treść i nasilenie w różnych stanach faktycznych i prawnych może być odmiennie akcentowane w ramach ogólnego odniesienia do "naturalnego porządku rzeczy" (por. M. Safjan). Uniwersalną wskazówką adresowaną do organów stosujących prawo jest jednak nakaz powściągliwego stosowania art. 5 k.c., ponieważ "istotą prawa cywilnego jest strzeżenie praw podmiotowych, a zatem wszelkie rozstrzygnięcia prowadzące do redukcji bądź unicestwienia tych praw wymagają z jednej strony ostrożności, a z drugiej bardzo wnikliwego rozważenia wszystkich aspektów rozpoznawanego wypadku" (tak S.N. w wyroku z dnia 22 listopada 1994 r., II CRN 127/94, Lex nr 82293; por. też wyroki S.N. z dnia 9 grudnia 2009 r., IV CSK 290/09, Lex nr 560607 i z dnia 25 sierpnia 2011 r., II CSK 640/10, Lex nr 964496).

Wykonywanie praw podmiotowych chronione jest domniemaniem zgodności takiego zachowania podmiotu uprawnionego z zasadami współżycia społecznego. Obowiązek obalenia owego domniemania spoczywa na stronie, która z zaprzeczenia powyższej zgodności wywodzi skutki prawne (por. SN w wyroku z dnia 22 listopada 2000 r., II CKN 1354/00, Lex nr 51966 oraz w postanowieniu z dnia 20 czerwca 2012 r., I CSK 590/11, Lex nr 1232228). W przedmiotowej sprawie, natomiast jak słusznie zauważył Sąd Rejonowy, należy przede wszystkim pamiętać, że schorzenie powoda będące przyczyną zgłoszonego zdarzenia ubezpieczonego istniało na wiele lat przed objęciem powoda ochroną ubezpieczeniową. Poza tym udzielenia ochrony na podstawie art. 5 k.c. nie może domagać się osoba, która sama zachowała się w sposób niewłaściwy, a takim zachowaniem bez wątpienia było złożenie oświadczenia, że po otrzymaniu i zapoznaniu się z warunkami grupowego ubezpieczenia zgadza się na objęcie go przez TU na (...) S.A. i (...) S.A. ochroną ubezpieczeniową na wypadek zgonu, całkowitego inwalidztwa, a jednocześnie, że nie przebywa i nie przebywał w ciągu ostatnich 12 miesięcy na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni, za wyjątkiem profilaktyki lekarskiej, jego stan zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lub leczenia. Biorąc natomiast pod uwagę całokształt materiału dowodowego zgromadzonego w aktach sprawy to nie ulega żadnej wątpliwości, że było to w sposób ewidentny niezgodne z prawdą, albowiem w chwili składania tego oświadczenia powód chorował i leczył się na powikłaną cukrzycę oraz na nadciśnienie tętnicze, co zataił zarówno przed pozwanym ubezpieczycielem, jak również przed kredytodawcą (...) Bank S.A..

Przechodząc do kolejnych podniesionych zarzutów naruszenia prawa materialnego tj. art. 415 k.c. oraz art. 471 k.c. należy uznać je również za oczywiście bezzasadne. Stosownie do treści przepisu art. 415 k.c., przesłankami odpowiedzialności deliktowej są zaistnienie szkody, wystąpienie zdarzenia, za które ustawa czyni odpowiedzialnym określony podmiot oraz związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym, a szkodą w tej postaci, że stanowi ona jego zwykle następstwo. Należy podnieść, że ciężar udowodnienia wszystkich tych okoliczności obciąża co do zasady poszkodowanego. Przy odpowiedzialności na zasadzie winy poszkodowany ma obowiązek wykazania okoliczności, które dadzą podstawę do postawienia zarzutu zawinionego działania lub zaniechania. W okolicznościach przedmiotowej sprawy żadnym wypadku nie można uznać za zawinione działanie pozwanego polegające na przestrzeganiu zapisów umowy, w której wyraźnie było zastrzeżone, że zakład spełni na rzecz uprawnionego świadczenie ubezpieczeniowe w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w § 2 pkt 19 uznano zajście zdarzenia w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, zgonu, całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, którego bezpośrednie przyczyny powstały w okresie ubezpieczenia. Powyższa regulacja koresponduje również z treścią art. 805 k.c., zgodnie z którym, ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w

razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Warunkiem ponoszenia przez ubezpieczyciela odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest zajście tego zdarzenia w okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej. W przedmiotowej sprawie, ponad wszelką wątpliwość ustalono, że schorzenie będące przyczyną zgłoszonego zdarzenia istniało przed objęciem powoda ochroną ubezpieczeniową.

Wreszcie również w okolicznościach niniejszej sprawy nie może być również mowy o naruszeniu przez Sąd Rejonowy treści art. 815 k.c. Przepis § 1 tego artykułu nakazuje ubezpieczającemu podać do wiadomości wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciela zapytywał w formularzu oferty. Zachowanie ubezpieczającego w wykonaniu powyższego obowiązku powinno być poddane zwykłym regułom odpowiedzialności kontraktowej (art. 472 k.c.). Przy czym należy pamiętać, że ubezpieczyciel nie ma obowiązku sprawdzania podanych mu wiadomości. (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 27 lutego 2020 r. I AGa 109/19, publ. LEX nr 3030518). Natomiast jak to zostało podkreślone w dotychczasowej części uzasadnienia to powód nie wykazał należytej staranności zawierając przedmiotową umowę ubezpieczenia, nie zapoznał się z jej treścią oraz złożył oświadczenie dotyczące stanu swojego zdrowia niezgodne z prawdą. A zatem to powód nie zrealizował przedkontraktowego obowiązku informacyjnego. Skoro zatem zatajone przez niego okoliczności doprowadziły do powstania zdarzenia ubezpieczeniowego, to pozwana nie ponosiła za nie odpowiedzialności (art. 815 § 3 k.c.).

Wobec wyżej poczynionych ustaleń, zarzut naruszenia art. 384 § 1 k.c. również jest nietrafny. Zgodnie z art. 384 § 1 k.c. ustalony przez jedną ze stron wzorzec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, wzór umowy, regulamin, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy. W ocenie Sądu Okręgowego warunki grupowego ubezpieczenia na życie zostały prawidłowo udostępnione powodowi przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Powód podpisał własnoręcznie oświadczenie, iż przed złożeniem wniosku otrzymał ogólne warunki ubezpieczenia i zapoznał się z ich treścią, w tym w szczególności z zakresem ubezpieczenia i je zaakceptował. Wobec powyższego, powód, który dysponował stosowanymi dokumentami, co nie budzi żadnej wątpliwości, skoro opatrzył je własnoręcznym podpisem, mógł się z nimi zapoznać i podjąć decyzję odnośnie zawarcia umowy ubezpieczenia. Natomiast okoliczność, czy powód istotnie się z nimi zapoznał stanowi kwestie drugorzędną związaną z zachowaniem należytej staranności przy zawieraniu umowy, co zostało w sposób szczegółowy omówione w dotychczasowej części uzasadnienia, wobec czego nie ma potrzeby ponownego powielania argumentacji w tym przedmiocie.

Podsumowując powyższy wywód stwierdzić należy, iż wywiedziona przez powoda apelacja nie zawierała zarzutów, mogących podważyć rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego, w związku z czym, jako bezzasadna, podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c..

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy rozstrzygnął w oparciu o art. 102 k.p.c., uznając, że w niniejszej sprawie zachodzi przypadek szczególnie uzasadniony. Ugruntowane jest stanowisko, że tylko trudna sytuacja majątkowa osoby przegrywającej sprawę nie może sama przez się stanowić podstawy do zastosowania dyrektywy zawartej w art. 102 k.p.c. Do przyjęcia, że w sprawie zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony konieczne jest także, aby przemawiały za tym fakty związane z przebiegiem procesu, oceniane przez pryzmat zasad współzycia społecznego (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19.09.2013 r., I CZ 183/12, LEX nr 1388472). W niniejszej sprawie Sąd Okręgowy uznał, że zachodzi przypadek szczególnie uzasadniony, albowiem wziął pod uwagę trudną sytuację finansowo – życiową powoda, jego zadłużenie, zły stan zdrowia, okoliczność, że jest osobą trwale niezdolną pracy, jak również szczególnie charakter roszczenia, którego dochodził oraz to, że powód mógł posiadać subiektywne przeświadczenie o zasadności przedmiotowego powództwa.