

Sygn. akt II C 404/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 maja 2016 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi, II Wydział Cywilny,

w składzie:

Przewodniczący: S.S.R. A. Z.

Protokolant: staż. M. P.

po rozpoznaniu w dniu 22 kwietnia 2016 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa G. J. (1)

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

o zapłatę kwoty 12.000 zł

1. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz G. J. (1) kwotę 12.000 zł (dwanaście tysięcy 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;

2. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz G. J. (1) kwotę 3.017 zł (trzy tysiące siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt II C 404/15

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 12 maja 2015 roku G. J. (1) wniósł o zasądzenie na swoją rzecz od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 12.000 zł tytułem świadczenia z umowy ubezpieczenia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 17 czerwca 2014 roku do dnia zapłaty. Ponadto, powód wystąpił o zasądzenie na swą rzecz od pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, iż powód od dnia 1 listopada 2010 roku był ubezpieczony u pozwanego na podstawie Umowy (...) dla Członków Związku Zawodowego (...). Zakresem ubezpieczenia objęte było między innymi wystąpienie u ubezpieczonego trwałej niezdolności do pracy na stanowisku bezpośrednio związanym z prowadzeniem i bezpieczeństwem ruchu kolejowego oraz prowadzących pojazdy kolejowe. W takim wypadku na rzecz ubezpieczonego winna być wypłacona kwota 12.000 zł. Powód wskazał, że zgodnie z przedmiotową umową niezdolność do pracy na stanowiskach wyżej wskazanych to utrata zdolności fizycznych i psychicznych do wykonywania wskazanych zawodów. Powód wyjaśnił, że został uznany za niezdolnego do pracy z uwagi na problemy kardiologiczne, na co przedstawił pozwanemu stosowne dokumenty i zażądał wypłaty świadczenia przewidzianego umową ubezpieczenia. Pozwany zaś w dniu 17 czerwca 2014 roku wydał decyzję odmowną, wskazując, iż powód utracił fizyczną zdolność wykonywania zawodu, nie utracił jednak zdolności psychicznych ku temu – a tylko w takiej sytuacji wypłata świadczenia byłaby uzasadniona. W ocenie powoda taka interpretacja umowy ubezpieczenia jest niezgodna z jej celem. Dodatkowo powód podkreślił, iż w myśl art. 58 § 2 w związku z art. 58 § 3 k.c. sprzeczne z zasadami współżycia społecznego jest wymaganie, aby wypłata świadczenia ubezpieczeniowego była zależna od kumulatywnego

wystąpienia niezdolności fizycznej do pracy oraz niezdolności psychicznej. Powód podał, iż odsetki za opóźnienie liczy od dnia 17 czerwca 2014 roku, jako dnia ostatecznej odmownej decyzji pozwanego co do wypłaty spornego świadczenia.

(pozew k. 2-9)

W odpowiedzi na pozew z dnia 29 czerwca 2015 roku, pozwany (...) Spółka Akcyjna w W. wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie na swoją rzecz od powoda kosztów procesu według norm przepisanych, kwestionując dochodzone roszczenie również co do wysokości.

Pełnomocnik pozwanego potwierdził, iż w dniu 15 maja 2014 roku powód zgłosił mu niezdolność do pracy na stanowisku maszynisty oraz, że powód w dniu 20 lipca 2010 roku podpisał deklarację przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...). Ubezpieczenie to wynikało z umowy z dnia 1 listopada 2010 roku, potwierdzonej polisą nr (...), do której zastosowanie mają ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu(...) oraz ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji. Pełnomocnik pozwanego podkreślił, iż zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego niezdolności do pracy zdefiniowanej w § 4 ust. 2 umowy ubezpieczenia z dnia 1 listopada 2010 roku i oznacza utratę zdolności fizycznych i psychicznych do wykonywania zawodu maszynisty pojazdów trakcyjnych. Natomiast, powód nie przedłożył dokumentu potwierdzającego utratę zdolności psychicznych do wykonywania zawodu. Dodatkowo pozwany wskazał, iż w świetle aneksu nr (...) do umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w przypadku wystąpienia niezdolności do pracy w wysokości 50 % sumy ubezpieczenia czyli 6.000 zł. Powód zaś w dniu 16 kwietnia 2014 roku miał ukończone 55 lat, co przy założeniu, iż spełniona zostałaby definicja niezdolności do pracy, uprawniałoby pozwanego do wypłaty świadczenia w wysokości 50% sumy ubezpieczenia. Pozwany wskazał, że orzeczenie o ewentualnych odsetkach ustawowych od zasądzanego świadczenia zapaść powinno z uwzględnieniem przepisów dotyczących umów ubezpieczenia i wskazanych w nich terminów wypłaty świadczeń przez ubezpieczycieli.

(odpowiedź na pozew k.27-32)

Do chwili zamknięcia rozprawy strony pozostały przy dotychczasowych, przedstawionych powyżej stanowiskach procesowych.

W piśmie z dnia 18 sierpnia 2015 roku pełnomocnik powoda wskazał, iż w dniu podpisania aneksu nr (...) do przedmiotowej umowy ubezpieczenia tj. w dniu 25 sierpnia 2011 roku powód nie miał ukończonych 55 lat. Wyjaśnił, że w jego ocenie poprzez użycie czasu przeszłego w słowie „ukończyli” wskazuje wprost, że chodzi o osoby, które już ukończyły 55 lat w dacie formułowania aneksu, a nie o osoby które ukończą ten wiek w dacie wystąpienia niezdolności do pracy. Pełnomocnik powoda zarzucił, iż treść aneksowanego § 4 ust. 13 pkt 2 jest niejasna i nieprecyzyjna, co zgodnie z art.385 § 2 k.c. przemawia za dokonaniem jego wykładni na korzyść konsumenta.

W piśmie z dnia 1 września 2015 roku pełnomocnik pozwanego nie zgodził się z interpretacją spornych zapisów aneksu do umowy. Wskazał, iż celem powyższego aneksu nie było ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku tylko do określonej grupy ubezpieczonych, ale w stosunku do wszystkich ubezpieczonych, którzy ukończyli 55 lat i powstała u nich niezdolność do pracy.

(pismo pełnomocnika powoda k.86-87, pismo pełnomocnika pozwanego k.90-91, protokół rozprawy z 22 kwietnia 2016 r. – k.98-100, nagranie 00:01:17-00:18:47)

### **Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:**

G. J. (1) 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).

(okoliczności bezsporne; zaświadczenie o stanie zdrowia k.17; zaświadczenie (...) k.53)

W dniu 20 lipca 2010 roku G. J. (1) podpisał deklarację przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...), prowadzonego przez (...) Spółkę Akcyjną w W..

(okoliczność bezsporna; deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia k.50-51)

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.

(okoliczności bezsporne; potwierdzenie polisy k.39)

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 (...)

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 (...), 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.).

(dowód: umowa ubezpieczenia k.13-16 i k.40-41 v., ogólne warunki ubezpieczenia k.43-45 v.)

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..

(dowód: umowa ubezpieczenia k.13-16 i k.40-41 v.)

W dniu 25 sierpnia 2011 roku, na skutek przeprowadzonych negocjacji, (...) Spółka Akcyjna w W. i (...) Związek Zawodowy (...) w Z. zawarły 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 niezdolność 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 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.

(dowód: aneks do umowy ubezpieczenia k.17-18, k.42-42 v.)

W wyniku badania psychologicznego, przeprowadzonego w dniu 4 listopada 2013 roku, G. J. (1) został uznany za przydatnego do pracy na stanowisku maszynisty pojazdów trakcyjnych. Kolejne badanie psychologiczne powoda miało odbyć się w 2015 roku.

(okoliczność bezsporna; ocena psychologicznej przydatności zawodowej k.57; zaświadczenie lekarskie k.49 i k. 58)

Po przeprowadzonym w dniu 16 kwietnia 2014 roku badaniu kontrolnym w (...) Zakładzie (...) w Z. – K., G. J. (1) 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.

(okoliczność bezsporna; zaświadczenie o stanie zdrowia k.17; opis przebiegu badania k.56-56 v.; dokumentacja medyczna k.77-80)

Z uwagi na niezdolność do pracy, z dniem 13 maja 2014 roku doszło do rozwiązania umowy o pracę pomiędzy G. J. (1) a (...) Spółką Akcyjną na mocy porozumienia stron.

(okoliczność bezsporna; zaświadczenie z (...) k.53)

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. (2), 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.

(okoliczności przyznane: pozew k.4; odpowiedź na pozew k.28; zgłoszenie zdarzenia medycznego k.46-47; pismo pozwanego z 16 maja 2014 r. – k.20, k.59; wezwanie do przedłożenia dokumentacji zasiłkowej k.60)

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.

(dowód: wniosek k.54, pismo k.81, pismo z dnia 30 maja 2014 r. k.55)

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

(okoliczność bezsporna; pismo powoda z 16 czerwca 2014 roku k.64)

W piśmie datowanym na dzień 27 maja 2014 roku G. J. (1) 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.

(dowód: pismo z 27 maja 2014 r. k.61; pismo z 16 czerwca 2014 r. k. 64)

Pismem z dnia 17 czerwca 2014 roku pozwany zakład ubezpieczeń powiadomił G. J. (1), 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 miałyby wynikać z § 4 ust. 2 umowy ubezpieczenia z 1 listopada 2010 roku. Zajęte stanowisko ubezpieczyciel potwierdził w piśmie z dnia 15 lipca 2014 roku.

(okoliczności bezsporne; pismo pozwanego z dnia 17 czerwca 2014 r. k.21; operat zgłoszenia szkody k.62, pismo pozwanego z dnia 15 lipca 2014 r. k.65)

Na przedsądowym etapie zaistniałego sporu powód zwrócił się o pomoc do Rzecznika Praw Ubezpieczonych, który wystosował do pozwanego ubezpieczyciela pismo z dnia 28 sierpnia 2014 roku, w którym zarekomendował (...) Spółce Akcyjnej w W. weryfikację dotychczasowego stanowiska ze względu na to, że już sama utrata zdolności fizycznych spowodowała niezdolność G. J. (1) do pracy na stanowisku maszynisty, stanowiącą zdarzenie objęte umową ubezpieczenia niezależnie od zdolności psychicznych powoda.

(pismo powoda do Rzecznika Praw Ubezpieczonych k.70; pismo Rzecznika Praw Ubezpieczonych – k.68-69)

Pomimo opisanych wcześniej działań powoda, pozwany ubezpieczyciel nie zmienił dotychczasowego stanowiska zasadzającego się na tym, iż zgodnie z umową do wypłaty świadczenia na rzecz ubezpieczonego mogłoby dojść wyłącznie w przypadku zaistnienia kumulatywnej, to jest zarówno fizycznej, jak i psychicznej niezdolności do pracy.

(dowód: pismo pozwanego z 19 września 2014 r. k.71-72; pismo pozwanego z 10 lutego 2015 r. k.76)

Przedstawiony powyżej stan faktyczny został ustalony na podstawie bezspornych twierdzeń stron, a także zgromadzonego w sprawie obszernego dokumentarnego materiału dowodowego.

### **Sąd Rejonowy zważył, co następuje:**

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie.

Podstawą roszczenia powoda G. J. (1) była umowa dobrowolnego, grupowego ubezpieczenia pracowniczego zawarta z pozwanym (...) Spółką Akcyjną w W..

Pozwany nie uznał powództwa. Wniósł o jego oddalenie wskazując, że powód nie spełnił łącznych przesłanek w postaci fizycznej i psychicznej niezdolności do pracy. Wskazywał, że gdyby po stronie powoda wystąpiła niezdolność do pracy przewidziana umową, należne na jego rzecz świadczenie opiewałoby na połowę sumy ubezpieczenia w związku z treścią aneksu do umowy ubezpieczenia.

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.

Analogiczna regulacja została zwarta w przepisie art.16 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, uchylającej z dniem 1 stycznia 2016 roku, ustawę z 2003 roku (Dz.2015, poz. 1844), w którym dodano jeszcze wymóg określenia przez ogólne warunki ubezpieczenia terminu wystąpienia z umowy ubezpieczenia grupowego oraz terminu i sposobu odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

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 z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151), obowiązującej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia oraz aneksu do niej, 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.

Powyzszą regulację powielił przepis art.15 ust.3 i ust. 5 obecnie obowiązującej ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Jak powszechnie przyjmuje się w judykaturze Sądu Najwyższego, w tym uchwale składu 7 sędziów z dnia 31 marca 1993 roku (III CZP 1/93, OSNCP 1993 rok, nr 10, poz.170), mającej walor zasady prawnej, oraz uchwale z dnia 8 lipca 1992 roku (III CZP 80/92, OSNCP 1993 rok, 1-2, poz.14) w razie niejasności, niedomówień, braku jednoznaczności sformułowań ogólnych warunków umów, wynikające z tego wątpliwości należy tłumaczyć na korzyść ubezpieczonego. Wskazana linia orzecznictwa jest kontynuowana w późniejszych orzeczeniach Sądu Najwyższego, w których podkreśla się, że 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 (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 września 2008 roku, I CSK 64/08, opubl. L.; w wyroku z dnia 13 maja 2004 roku, V CK 481/03, opubl. L.; w wyroku z dnia 10 grudnia 2003 roku, opub. L.). W związku z tym, niedopuszczalne jest niejednoznaczne formułowanie zakresu odpowiedzialności i wyłączeń, odsyłanie do aktów prawnych czy regulacji niezwiązanych 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 (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 stycznia 2007 roku, IV CSK 307/06, opubl. L.).

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 (tak: wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 1999 roku, II CKN 379/98 i z dnia 26 lipca 2012 roku, II

CSK 9/12). 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 wyrażen 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 (tak: S. Rudnicki Komentarz do art. 65 k.c. w: J. Gudowski (red) Kodeks cywilny. Komentarz. Część ogólna Lexis Nexis 2014 str. 589).

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 (tak: wyrok Sądu Najwyższego z 13 maja 2004 roku, V CK 481/03).

Mając na uwadze przedstawione wcześniej rozważania należy wskazać, 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. (1), było zapewnienie powodowi środków utrzymania na wypadek zaistnienia niezależnych od niego okoliczności związanych ze stanem zdrowia, które uniemożliwiłyby dalsze świadczenie pracy w dotychczasowym charakterze. Oczywiście 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 należyłą 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, 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 ubezpieczonego, 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, 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. (1) 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 (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 2 kwietnia 2014 roku, IV CSK 420/13).

Pomiędzy stronami postępowania nie było sporne to, że G. J. (1) 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.

Dla ustalenia wysokości świadczenia należnego powodowi kluczowe znaczenie ma to, czy w odniesieniu do niego znajdują 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. zawarły 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 będąca 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 zwartej 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 zaferowanych w przedmiotowej sprawie dowodów, 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 zawarcia 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 oraz art.15 ust.3 obecnie obowiązującej ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Zaś zgodnie z art.12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej oraz art.15 ust.5 obecnie obowiązującej ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, 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 korzyść 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 zawieranych umów i ogólnych warunków ubezpieczenia.

W rezultacie, w ocenie Sądu, 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 należy wskazać, 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 (...) Spółkę Akcyjną w W. 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 (zob. załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 29 kwietnia 2013 roku w sprawie warunków wykonywania usług powszechnych przez operatora wyznaczonego, Dz. U. z 2013 r. poz. 545). Ubocznie należy wskazać, iż dla wydania decyzji o wypłacie świadczenia ubezpieczyciel nie potrzebował dokumentów dotyczących pobierania przez powoda zasiłku chorobowego w 2014 roku oraz aktualnego badania psychologicznego, ponieważ w kontekście treści umowy modyfikującej ogólne warunki ubezpieczenia, nie dotyczyły one okoliczności istotnych dla rozpoznania sprawy. Konsekwencją uznania, że ubezpieczyciel dysponował faktyczną możliwością 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 (...) Spółka Akcyjna w W. popadła w opóźnienie. Z tego względu Sąd uznał za zasadne żądanie powoda i zasądził od pozwanego na jego rzecz odsetki ustawowe od dnia 17 czerwca 2014 roku, naliczone od kwoty 12.000 zł. Zróżnicowanie sposobu określenia tych odsetek wynikało ze zmian w art. 481 § 2 k.c., wprowadzonych przez art. 2 pkt a lit. a ustawy z 9 października 2015 roku o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r. poz. 1830), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. , zgodnie z którym, strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Pozwany przegrał proces w całości. A zatem, był zobowiązany do zwrotu na rzecz powoda poniesionych przez niego kosztów procesu, na które złożyła się opłata sądowa od pozwu w wysokości 600 zł, wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 2.400 zł (ustalone w oparciu o § 6 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu, Dz.U. Nr 163, poz.1349 ze zm.) oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

## ZARZĄDZENIE

(...)

(...)