

Sygn. akt *I ACa 1463/17*

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 sierpnia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSA Małgorzata Gulczyńska

Sędziowie: SSA Jan Futro

SSA Elżbieta Fijałkowska /spr./

Protokolant: st. sekr. sąd. Agnieszka Paulus

po rozpoznaniu w dniu 7 sierpnia 2018 r. w Poznaniu

na rozprawie

sprawy z powództwa **M. K.**

przeciwko (...) **Spółce Akcyjnej z siedzibą**

w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu

z dnia 21 lipca 2017 r. sygn. akt XII C 219/17

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od powoda na rzecz pozwanego 2.700 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

Elżbieta Fijałkowska Małgorzata Gulczyńska Jan Futro

Sygn. akt IACa 1463/17	
------------------------	--

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym w dniu 2 lutego 2017 r. M. K. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 250.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 3 kwietnia 2014 r. oraz o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania.

Zarządzeniem z dnia 9 lutego 2017 roku pozew został zwrócony na podstawie art. 130 (2) § 1 k.p.c. z uwagi na nieopłacenie pozwu wniesionego przez zawodowego pełnomocnika. Pełnomocnik powoda otrzymał odpis zarządzenia w dniu 14 lutego 2017 roku.

W dniu 21 lutego 2017 roku pełnomocnik opłacił pozew, a w dniu 9 marca 2017 roku wydano zarządzenie o wyznaczeniu rozprawy i doręczeniu odpisu pozwu pozwanemu.

Pismem z dnia 21 marca 2017 roku, złożonym po wysłaniu odpisu pozwu zakładowi ubezpieczeń powód cofnął pozew w części tj. co do kwoty 250.000 zł wraz ze zrzeczeniem się roszczenia, podtrzymując jednocześnie pozew w zakresie roszczenia odsetkowego, precyzując że domaga się odsetek ustawowych za opóźnienie liczonych od kwoty 250.000 zł od dnia 3 kwietnia 2014 r. do dnia 7 lutego 2017 r. Powód wskazał, że ostatecznie pozwany przyjął swoją odpowiedzialność i w dniu 7 lutego 2017 r. dokonał wypłaty dochodzonej pozwem kwoty obejmującej należność główną tj. 250.000 zł.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł m.in. o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu. W uzasadnieniu wskazał, że w dniu 6 lutego 2017 r. spełnił dochodzone przez powoda roszczenie główne w postaci obowiązku zapłaty w kwocie 250.200 zł. odnośnie do roszczenia odsetkowego pozwany wskazał, że nie pozostawał w opóźnieniu w zapłacie od dnia 3 kwietnia 2014 r.

Na rozprawie w dniu 7 czerwca 2017 r. powód ograniczył żądanie odsetkowe w ten sposób, że ostatecznie domagał się zasądzenia odsetek od dnia 7 sierpnia 2015 roku do dnia zapłaty tj. do dnia 6 lutego 2017 r. Na tej samej rozprawie pozwany podniósł, że ewentualne odsetki należałyby się od dnia 1 października 2016 r., co ma związek z reklamacją z września 2016 r.

Wyrokiem z dnia 21 lipca 2017 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu zasądził od pozwanego na rzecz powoda odsetki ustawowe za opóźnienie od kwoty 250 000 zł od dnia 31 października 2016 roku do dnia 7 lutego 2017 roku; umorzył postępowanie co do żądania głównego - kwoty 250 000 złotych. W pozostałym zakresie powództwo oddalił; zwrócił powodowi kwotę 6 250 zł tytułem połowy opłaty od pozwu; poniesione przez strony koszty procesu wzajemnie zniósł.

Podstawą wyroku były następujące ustalenia i wnioski.

W dniu 16 i 17 września 2013 roku powód zawarł z pozwanym dwie umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków OPTIMA, potwierdzone wystawionymi polisami o numerach: (...). Zawarcie umów było związane z zawodową grą powoda w piłkę nożną. W chwili zawierania umów był zawodnikiem klubu piłkarskiego (...).

Przedmiotem ubezpieczenia były: następstwa nieszczęśliwych wypadków, polegające na funkcjonalnym uszkodzeniu ciała, następstwa stanów chorobowych, dotyczące aparatu ruchu i następstwa pozostałych stanów chorobowych, powodujące co najmniej 3 – miesięczną niezdolność do uprawiania sportu. Nadto ochrona ubezpieczeniowa została rozszerzona do ryzyka trwałej niezdolności do wyczynowego uprawiania piłki nożnej. W tym ostatnim przypadku suma ubezpieczenia wynosiła 250 000 zł z obu polis.

Zgodnie z § 12 o.w.u. ubezpieczyciel zobowiązany był spełnić świadczenie z umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie winno być spełnione w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

W dniu 7 lutego 2014 r. podczas treningu powód doznał poważnego urazu kolana. Powód zgłosił pozwanemu szkodę, domagając się wypłaty świadczeń z uwagi na koszty związane zakupem leków, środków opatrunkowych i pomocniczych oraz leczenia szpitalnego. Pozwany prowadził postępowanie likwidacyjne i sukcesywnie – w miarę

zgłaszanych roszczeń dokonywał wypłat na rzecz pozwanego z tytułu ponoszonych kosztów leczenia i z tytułu uszczerbku na zdrowiu.

W dniu 8 lipca 2015 roku powód zwrócił się do pozwanego z roszczeniem o zapłatę świadczenia z tytułu trwałej niezdolności do gry w piłkę nożną. Ubezpieczyciel zwrócił się do powoda o nadesłanie pełnej dokumentacji lekarskiej, a następnie skierował powoda na komisję lekarską.

W dniu 23 lipca 2015 roku opinię o stanie zdrowia powoda wydał lekarz P. S., który po badaniu stwierdził, że powód do dnia badania nie może zawodowo grać w piłkę nożną, przy czym trudno było mu ocenić czy jest to niemożność dożywotnia. Lekarz stwierdził, że wskazana jest opinia lekarza prowadzącego i operującego kolano.

Następnie konsultant medyczny lekarz P. P. (1) zaopiniował, że na podstawie dostępnych dokumentów nie może jednoznacznie stwierdzić pełnej i trwałej niezdolności do uprawiania sportu. Powoda skierowano na dalsze badania. W dniu 2 września 2015 roku powoda zbadał lekarz ortopeda K. J.. Następnie wykonano badanie obrazowe.

W dniu 8 września 2015 roku opinię o stanie zdrowia powoda wydał lekarz chirurg – ortopeda M. S., na podstawie badania ortopedycznego powoda i na podstawie wykonanego badania obrazowego. Lekarz stwierdził uszczerbek na zdrowiu, a dalej zaopiniował na podstawie analizy dokumentacji i badania klinicznego, że oba kolana są w badaniu ortopedycznym porównywalne, a więc nie można stwierdzić, aby obecny uraz całkowicie i trwale wyłączał poszkodowanego z gry w piłkę nożną. Ubezpieczyciel ponownie zasięgnął opinii lekarza P. P. (1), który w dniu 10 września 2015 roku podtrzymał poprzednią opinię.

Po uzyskaniu tych opinii ubezpieczyciel wezwał powoda do uzupełnienia dokumentacji medycznej m.in. o zaświadczenie lekarza prowadzącego. Powód nie odpowiedział.

Reklamacją z dnia 23 września 2016 r., doręczoną pozwanemu w dniu 30 września 2016 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty świadczeń z tytułu całkowitej niezdolności do gry w piłkę nożną, na podstawie polis. Do reklamacji powód dołączył zaświadczenie lekarza prowadzącego - specjalisty z zakresu (...), leczącego powoda w ramach kliniki (...) sp. z o.o., stwierdzające, że M. K. jest pacjentem szpitala od wielu lat, z powodu następstw uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego lewego stanu kolanowego. Był wielokrotnie operowany - w roku 2014 dwukrotnie w związku z urazem doznany 7 lutego 2014 roku. Dalej wskazano, że pacjent chodzi sprawnie, ale skarży się na objawy niestabilności stawu. W opinii lekarza obecna niestabilność stawu, choć umiarkowana, pozwalająca na normalne funkcjonowanie w życiu codziennym zdecydowanie nie pozwala na zawodową grę w piłkę nożną. Do zaświadczenia dołączono zapis z wizyty lekarskiej u tego lekarza w dniu 27 kwietnia 2015 roku, gdzie w zaleceniach lekarz K. K. stwierdził, że ze względu na obecne objawy niezdolny do zawodowego uprawiania gry w piłkę nożną. Następnie do akt szkodowych złożono zapis konsultacji lekarskiej z dnia 21 września 2016 roku – lekarz ortopeda A. P. z kliniki (...) stwierdził: stan po leczeniu operacyjnym – rewizyjna rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego i uznał, że obecny stan zdrowia jest przeciwwskazaniem do czynnego uprawiania piłki nożnej na poziomie profesjonalnym.

W dniu 28 października 2016 roku pozwany w odpowiedzi na reklamacje powoda poinformował, że musi podjąć dodatkowe czynności wyjaśniające i nie jest w stanie odpowiedzieć na reklamację w trzydziestodniowym terminie.

W dniu 6 lutego 2017 roku pozwany wydał decyzję o przyznaniu świadczeń z polis w wysokości 200 500 zł i 49 700 zł. W dniu 7 lutego 2017 roku sumy te wpłynęły na konto pełnomocnika powoda.

Powód dochodził od pozwanego roszczeń z umów ubezpieczenia, na podstawie art. 822 § 1 k.c. W ocenie Sądu po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego, na skutek zgłoszenia dokonanego w lipcu 2015 roku nie zachodziły przesłanki do wypłaty świadczenia, a pozwany wyczerpał możliwości wyjaśnienia sprawy, tj. jednoznacznego stwierdzenia (czego wymagała umowa), że powód w sposób trwały jest niezdolny do gry w piłkę nożną. W tej sytuacji słusznie pozwany zażądał dalszych informacji o stanie zdrowia powoda, pochodzących od lekarza prowadzącego.

Powód przez dłuższy czas nie odpowiedział na to zobowiązanie. Natomiast w dniu 30 września 2016 roku do pozwanego wpłynęła reklamacja powoda, z załączoną dodatkową dokumentacją medyczną.

Zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o rzeczniku finansowym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1348 ze zm.) odpowiedzi na reklamację pozwany powinien udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni.

W ocenie Sądu nie zaszły żadne przeszkody do uwzględnienia reklamacji powoda we wskazanym wyżej terminie. Do reklamacji została dołączona brakująca dokumentacja medyczna, na podstawie której pozwany podjął decyzję o wypłacie świadczeń z tytułu trwałej niezdolności do gry w piłkę nożną. W szczególności dołączone zostało zaświadczenie lekarza prowadzącego powoda z kliniki (...), w której powód był dwukrotnie operowany, w związku z doznanym urazem.

Powód nie wykazał, by wcześniej złożył pozwanemu zaświadczenie lekarza prowadzącego w tej sprawie. Wobec wątpliwości wyrażanych przez lekarzy orzeczników co do trwałości następstw urazu, pozwany słusznie domagał się opinii lekarza prowadzącego, która wcześniej nie została załączona.

Dlatego Sąd uznał, że pozwany powinien spełnić świadczenie do 31 października 2017 roku i zasądził odsetki ustawowe od należności głównej od dnia 1 października 2016 roku do dnia zapłaty, tj. 7 lutego 2017 roku – na podstawie art. 481 § 1 k.c.

Powód skutecznie wycofał pozew co do kwoty 250.000 zł, dlatego co do tego żądania postępowanie umorzono, na podstawie art. 355§ 1 w zw. z art. 203 § 1 k.p.c.

W pozostałym zakresie powództwo Sąd oddalił.

Rozstrzygając o kosztach procesu Sąd miał na względzie art. 3 k.p.c., zgodnie z którym strony i uczestnicy postępowania obowiązani są dokonywać czynności procesowych m.in. zgodnie z dobrymi obyczajami.

Powód wnosił o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego kwoty 250.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczony od tej kwoty od dnia 3 kwietnia 2014 r.

Pozwany spełnił świadczenie główne w dniu 7 lutego 2017 roku (na konto pełnomocnika), zatem po wniesieniu pozwu, poprzedzonym wezwaniem do zapłaty, ale przed nadaniem sprawie biegu. Zarządzeniem z dnia 9 lutego 2017 roku pozew został zwrócony na podstawie art. 130 (2) § 1 k.p.c. z uwagi na nieopłacenie pozwu wniesionego przez zawodowego pełnomocnika. Pełnomocnik otrzymał odpis zarządzenia w dniu 14 lutego 2017 roku. Oplatę od należności głównej, co do której wiedział, że została już uregulowana pełnomocnik wniósł w dniu 21 lutego 2017 roku. Zatem w sytuacji kiedy spór dotyczył już jedynie odsetek (ostatecznie za okres od 7 sierpnia 2015 roku do 7 lutego 2017 roku) powód doprowadził do niepotrzebnego nadania sprawie dalszego biegu.

Dopiero pismem z dnia 21 marca 2017 roku pełnomocnik powoda wycofał pozew co do należności głównej, co nastąpiło już po wysłaniu odpisu pozwu pozwanemu, która to okoliczność uniemożliwiła zwrot całej opłaty od pozwu. Zgodnie bowiem z art. 79 ust. 1 pkt 1b ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd z urzędu zwraca stronie całą opłatę sądową od pisma cofniętego, jeżeli cofnięcie miało miejsce przed wysłaniem odpisu pisma drugiej stronie. Z uwagi jednak na wysłanie odpisu pozwu pozwanemu przed cofnięciem roszczenia nie mogło dojść do zwrotu całej uiszczonej przez powoda opłaty. Zgodnie jednak z art. 79 ust. 1 pkt 3a Sąd z urzędu zwraca stronie połowę uiszczoną opłatę od pisma cofniętego przed rozpoczęciem posiedzenia, na które sprawa została skierowana. Powód wycofał pozew przed pierwszą rozprawą, uiszczył opłatę od pozwu w kwocie 12.500 zł, a tym samym Sąd zwrócił powodowi połowę tej opłaty, tj. kwotę 6.250 zł.

W tej sytuacji Sąd wzajemnie zniósł poniesione przez strony koszty procesu. Z jednej strony bowiem powód wygrał sprawę niemal w całości, z drugiej jednak strony powód mógł łatwo zapobiec konieczności uiszczenia opłaty od pozwu i zawisłości sporu co do należności głównej. Ostatecznie bowiem spór między stronami dotyczył jedynie odsetek.

W tych okolicznościach Sąd uznał, że koszty procesu należy wzajemnie znieść na podstawie art. 100 k.p.c.

Apelację od wyroku wniósł powód zaskarżając go w części w zakresie punktów 3 i 5 tj. co do oddalenia powództwa i rozstrzygnięcia o kosztach procesu.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

1. naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. poprzez nienależyte wskazanie podstawy faktycznej wyroku z dnia 21 lipca 2017 roku, w zakresie początkowego dnia opóźnienia pozwanego w zapłacie należności głównej, w tym w szczególności niezrozumiałe określenie w jakim terminie, zdaniem Sądu I instancji, pozwany winien był spełnić świadczenie względem powoda oraz dlaczego termin wskazany w wyroku został uznany za zgodny z obowiązującymi przepisami, co mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy,

2. naruszenie art. 233 § 1 Kodeksu postępowania cywilnego poprzez błędną ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego - opinii z dnia 23 lipca 2015 roku sporządzonej przez dr P. S. - ortopedę, a w konsekwencji błędne przyjęcie, że lekarze orzecznicy mieli wątpliwości co do trwałości następstw urazu powoda (co w ocenie Sądu spowodowało, że pozwany pozostawał w opóźnieniu z zapłatą odszkodowania dopiero od dnia 31 października 2016 roku), podczas gdy z powołanej powyżej opinii a także opinii konsultanta medycznego, jednoznacznie wynika, że w wyniku doznanego urazu powód na moment wydania opinii, na pewno nie może zawodowo grać w piłkę nożną, a zatem już 23 lipca 2015 roku pozwany dysponował ogółem dokumentów i informacji pozwalających na spełnienie świadczenia w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia okoliczności uzasadniających odpowiedzialność ubezpieczyciela, tj. do dnia 6 sierpnia 2015 roku, co mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy,

3. naruszenie art. 233 § 1 Kodeksu postępowania cywilnego poprzez błędną ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i pominięcie wniosków zawartych w opinii medycznej konsultanta medycznego P. P. (1) z dnia 17 sierpnia 2015 roku oraz 10 września 2015 r. co do kompletności zgromadzonej dokumentacji medycznej w procesie likwidacji szkody oraz braku możliwości obiektywnego sprawdzenia stanu niezdolności do uprawiania piłki nożnej u powoda, a w konsekwencji błędne przyjęcie, że uzyskanie przez pozwanego kolejnej dokumentacji medycznej (zaświadczenia) od lekarza prowadzącego leczenie, /w dacie 22.09.2015 r. nie istniała/, było konieczne i niezbędne w prowadzonym postępowaniu likwidacyjnym, celem ustalenia stanu trwałej niezdolności do uprawiania piłki nożnej w zakresie doznanego urazu, mimo, iż zgodnie z prawidłową wykładnią § 3 ust. 3 b OWU /Klauzula nr 3/ podstawą przyznania świadczenia ubezpieczeniowego było, orzeczenie lekarza sportowego o niezdolności do uprawiania dyscypliny sportu określonej w umowie, które to zaświadczenie zostało dostarczone przez powoda wraz ze zgłoszeniem roszczenia w ramach ryzyka trwałej niezdolności do uprawiania sportu.

4. naruszenie przepisu postępowania, tj. art. 98 k.p.c. w zw. z art. 203 § 1k.p.c. poprzez niezastosowanie tego przepisu i wzajemne zniesienie pomiędzy stronami kosztów procesu, podczas gdy biorąc pod uwagę odpowiedzialność strony przegrywającej za wynik sprawy (a za taką należy uznać pozwanego, dokonującego zapłaty roszczenia po wniesieniu pozwu), Sąd winien zasądzić od pozwanego na rzecz powoda zwrot kosztów procesu przed Sądem 1 instancji, w tym kosztów połowy opłaty sądowej w wysokości 6.250 zł oraz kosztów zastępstwa procesowego, co mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy,

5. naruszenie przepisu postępowania, tj. art. 130(2) § 2 k.p.c. poprzez pominięcie okoliczności, że w przypadku nieuiszczenia przez powoda opłaty sądowej obliczonej od wartości przedmiotu sporu wskazanej w pozwie z dnia 2 lutego 2017 roku, złożone pismo procesowe nie wywołałoby skutków od dnia pierwotnego wniesienia, co w konsekwencji spowodowałoby negatywne skutki prawne dla powoda, co mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy,

6. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 29 ust. 1 w zw. z art. 38 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (dalej: ustawa o działalności ubezpieczeniowej) poprzez niezastosowanie tych przepisów i pominięcie, iż na pozwanym jako zakładzie ubezpieczeń ciążył ciężar przeprowadzenia rzetelnego i wnikliwego postępowania likwidacyjnego, na podstawie którego możliwe byłoby ustalenie odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego oraz że pozwany dysponował środkami prawnymi pozwalającymi mu na pozyskanie informacji o stanie zdrowia powoda bezpośrednio od lekarza prowadzącego, a jednak ze względu na niedochowanie należytej staranności, pozwany przeprowadził postępowanie likwidacyjne w sposób nienależyty, co winno przesądzić o uznaniu opóźnienia pozwanego z zapłatą świadczenia głównego od dnia 7 sierpnia 2017 roku,

7. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 817 § 2 k.c. w związku z art. 355 k.c. poprzez niezastosowanie tego przepisu i pominięcie, że pozwany był zobowiązany do zapłaty odszkodowania na rzecz powoda w terminie 14 dni od kiedy, przy dochowaniu należytej staranności, było możliwe wyjaśnienie okoliczności uzasadniających odpowiedzialność ubezpieczyciela, a w konsekwencji, że pozwany od dnia 7 sierpnia 2015 roku do dnia 7 lutego 2017 roku pozostawał w opóźnieniu ze spełnieniem odszkodowania na rzecz powoda.

8. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 8 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, poprzez niezastosowanie tego przepisu i w konsekwencji przyjęcie, że pozwany zakład ubezpieczeń, może w toku procesu sądowego kwestionować swoją odpowiedzialność i prowadzić postępowanie dowodowe w tym zakresie, mimo, że w terminie 30 dni, nie zajął stanowiska w zakresie wniesionej reklamacji zgodnie regulacją art. 7 ww. ustawy, czego wynikiem winno być uznanie reklamacji za uzasadnioną i tym samym roszeń w niej przywołanych a następnie zgłoszonych w pozwie za zasadne w ramach fikcji prawnej określonej w art. 8 ww. ustawy,

9. naruszenie prawa materialnego, § 3 ust. 4 OWU /Klauzula nr 3/ poprzez niezastosowanie zapisów OWU i w konsekwencji pominięcie ich mocy wiążącej, w kontekście momentu dokonywania oceny stanu niezdolności do uprawiania wyczynowo sportu, podczas gdy zgodnie z § 3 ust 4 ww. OWU, pozwany winien ustalić, czy niezdolność do wyczynowego uprawiania sportu, nastąpiła w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty zdarzenia. W ocenie powoda prawidłowa wykładnia wymienionego zapisu oraz jego zastosowanie, wskazuje, że pozwany w procesie likwidacji szkody winien, ustalić czy w określonym okresie 12 miesięcy licząc od daty zdarzenia ubezpieczeniowego, zachodziła trwała niezdolność do gry wyczynowej w piłkę nożną. Skoro powód w tym czasie prowadził leczenie oraz rehabilitacje, uznać zatem należy, że jednocześnie był niezdolny do uprawiania wyczynowo sportu, a co za tym, idzie wzywając powoda do przedłożenia opinii medycznych lekarza prowadzącego leczenie wykraczających swym zakresem oceny stanu zdrowia powoda, poza datę 12 miesięcy od daty zdarzenia (07.02.2014r.), uznać należy za działanie niezgodne z treścią oraz istotą zawartego wyłączenia w § 3 ust 4 ww. OWU /klauzula nr 3/.

W związku z podniesionymi zarzutami powód wniósł o:

- 1) zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda także odsetek ustawowych za opóźnienie (przy czym do dnia 31 grudnia 2015 roku odsetek ustawowych) od kwoty 250.000 zł od dnia 7 sierpnia 2015 roku do dnia 30 października 2016 roku,
- 2) zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania przed Sądem I instancji, w tym kosztów połowy opłaty sądowej w wysokości 6.250,00 zł oraz kosztów zastępstwa procesowego za I instancje według norm przepisanych.
- 3) zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania przed Sądem II instancji, w tym również kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych;

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje

Sąd Okręgowy na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego, bez przekroczenia granic określonych treścią art. 233 § 1 k.p.c., dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych oraz trafnie określił ich prawne konsekwencje.

Brak jest również podstaw do przyjęcia, że uzasadnienie, we wskazanej w apelacji części, nie spełnia wymagań art. 328 § 2 k.p.c. Wobec tego ustalenia Sądu I instancji oraz ich ocenę prawną Sąd Apelacyjny podziela oraz przyjmuje za własne, uznając zarzuty apelacji za pozbawione uzasadnionych podstaw. W ramach przeprowadzonej kontroli instancyjnej nie dostrzeżono uchybień, które winny być uwzględnione przez Sąd II instancji z urzędu. W konsekwencji, dalsza argumentacja Sądu Apelacyjnego koncentrować się będzie na tych aspektach, które wyeksponowano w apelacji.

Istota sporu sprowadzała się do rozstrzygnięcia, czy w ustalonych okolicznościach sprawy pozwany pozostawał w opóźnieniu z wypłatą świadczenia objętego umową ubezpieczenia od dnia 7 sierpnia 2015 r. Powód bowiem twierdził, że już z opinii z dnia 23 lipca 2015 roku sporządzonej przez dr P. S. - ortopedę, wynikało że na skutek doznanego urazu na pewno nie będzie mógł zawodowo grać w piłkę nożną. Zdaniem pozwanego od 23 lipca 2015 roku pozwany dysponował ogółem dokumentów i informacji pozwalających na spełnienie świadczenia w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia okoliczności uzasadniających odpowiedzialność ubezpieczyciela, tj. do dnia 6 sierpnia 2015 roku.

Sąd Apelacyjny nie podziela tego stanowiska.

Wskazać należy, że po wypadku powód przedłożył pozwanemu dokumentację medyczną, w oparciu o którą pozwany uznał powoda za czasowo niezdolnego do uprawiania sportu i oprócz kwoty zadośćuczynienia wypłacił na jego rzecz szereg świadczeń, w tym zasiłek z tytułu czasowej niezdolności do uprawiania sportu.

Dopiero później broker działający w imieniu powoda wskazał, że powód w związku z wypadkiem jest niezdolny do wyczynowego uprawiania sportu. Zgłoszenie roszczenia z tego tytułu miało miejsce w dniu 8 lipca 2016 r. Powód nie dołączył do niego żadnej dokumentacji medycznej, a wyłącznie pismo lekarza, które pozwany uznał za niewystarczające. Dlatego wezwał powoda do przedłożenia dokumentacji potwierdzającej trwałą niezdolność do gry w piłkę nożną, a następnie skierował go na komisję lekarską. Jak wynikało z opinii lekarskich żaden z lekarzy nie potwierdził trwałej niezdolności powoda do gry w piłkę nożną, a tylko taka niezdolność uprawniała go do domagania się całej sumy ubezpieczenia. Wobec odpowiedzi jakiej udzielił pozwanemu broker, zgodnie z którą powód nie posiadał dodatkowej dokumentacji medycznej, pozwany nie miał obowiązku poszukiwania dokumentacji lekarskiej pozwanego. Dodać należy, że powód w ogóle nie odpowiedział na wezwanie ubezpieczyciela o uzupełnienie dokumentacji medycznej m.in. o zaświadczenie lekarza prowadzącego.

Sąd Okręgowy nie naruszył zatem art. 29 ust. 1 oraz art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U.2017 poz.1170), również dlatego, że ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2016 r. a więc na dzień zgłoszenia przez powoda dalszych roszczeń z tytułu trwałej niezdolności do pracy jeszcze nie obowiązywała. Nie naruszył także odpowiednika tego przepisu zawartego w poprzednio obowiązującej ustawie z dnia 22 maja 2003 r o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1206,1273,1348).

Zgodnie z § 10 ust. 5 pkt 3 OWU, w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową to poszkodowany ma obowiązek dostarczyć dokumentację medyczną, stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską) oraz uzasadniającą konieczność prowadzenia danego sposobu leczenia, jak również dokumentację z przeprowadzonego leczenia, prawidłowo wypełniony formularz zgłoszenia szkody oraz inne dokumenty wskazane ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia. Wobec tego przedłożenie w odpowiedzi na prośbę pozwanego jedynie zaświadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 3 lit b OWU Klauzuli nr 3 nie mogło odnieść oczekiwanego przez powoda skutku, skoro powód nie przedłożył żadnej nowej dokumentacji mającej potwierdzać trwałą niezdolność do wyczynowego uprawiania sportu.

Rację ma pozwany akcentując okoliczność, że pomimo braku przedłożenia dokumentacji medycznej przez powoda, działał on z należytą starannością (art. 355 § 2 k.c.) i podjął dalsze kroki celem ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń kierując powoda na szereg dalszych badań. Podkreślić należy, że żaden z lekarzy nie potwierdził, aby niezdolność powoda do gry w piłkę nożną była trwała. Na dzień 22 września 2015 r. były zatem podstawy do wydania decyzji odmownej. Istotne jest także i to, że pozwany udzielił informacji, że decyzja może zostać zmieniona w przypadku przedłożenia dokumentacji, z której wynikać będzie trwała niezdolność powoda do gry w piłkę nożną. Jeśli w istocie już wówczas uraz całkowicie i trwale wyłączał powoda z gry i było to jemu wiadome, to nie było w ocenie

Sądu Apelacyjnego, przeszkód do złożenia odpowiedniego zaświadczenia, tak jak to miało miejsce po upływie roku, kiedy to powód złożył zaświadczenie wystawione przez doktora P. P..

Wykładnia postanowień OWU zaproponowana przez powoda nie zasługuje na akceptację. Zgodnie z § 3 ust. 4 OWU świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że niezdolność do wykonywania pracy lub wyczynowego uprawiania sportu powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową i nastąpiła w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty zdarzenia. Pozwany odpowiada za skutki zdarzenia w sytuacji, gdy powstały one w okresie roku od wypadku. W procesie likwidacji szkody pozwany może zatem uwolnić się od odpowiedzialności gdy ustali, że niezdolność do wyczynowego uprawiania sportu nie powstała we wskazanym przedziale czasu. Nie można przyjąć, że jeśli w okresie roku od wypadku poszkodowany prowadził leczenie oraz rehabilitację to oznacza to, że jest on automatycznie trwale niezdolny do pracy, czy też do wyczynowego uprawiania sportu. Okoliczność, że powód co najmniej przez okres roku po wypadku leczył się i w tym czasie nie uprawiał sportu, oznaczała wyłącznie to, że był on niezdolny do czasowego uprawiania sportu. Leczenie nawet po tym okresie mogło zakończyć się sukcesem i powrotem do wyczynowego uprawiania sportu. Wyłączenie, na które powołuje się powód stanowi instrument ochronny dla pozwanego, ograniczający jego odpowiedzialność w czasie. Nie wynika z niego, że pozwany nie może domagać się przedłożenia dokumentacji medycznej po okresie roku od wypadku.

Zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. 2015 poz. 1348) w przypadku niedotrzymania terminu określonego w art. 6, a w określonych przypadkach terminu określonego w art. 7, reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta. Odpowiedzi, o której mowa w art. 5 ust. 1 (na reklamację) należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. Artykuł 8 wprowadza zasadę, że w przypadku niedotrzymania terminu określonego w art. 6 reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta.

Pozwany w wyznaczonym terminie 30 dni udzielił powodowi odpowiedzi na złożoną reklamację wskazując, że konieczne jest podjęcie dalszych czynności wyjaśniających.

Rację miał jednak Sąd, że nie zaszły żadne przeszkody do uwzględnienia reklamacji powoda w terminie skoro do reklamacji została dołączona brakująca dokumentacja medyczna, na podstawie której pozwany później podjął decyzję o wypłacie świadczeń z tytułu trwałej niezdolności do gry w piłkę nożną. Dlatego zasadne było przyjęcie, że od 31 października 2016 r. pozwany pozostawał w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia.

W reklamacji powód domagał się także odsetek od dnia zgłoszenia szkody tj. od dnia 3 kwietnia 2014 r. i twierdził, że skoro pozwany nie zajął w tym zakresie stanowiska zgodnie z regulacją art. 7 wymienionej ustawy, to w toku procesu nie mógł kwestionować swojej odpowiedzialności i prowadzić postępowanie dowodowe. Skutkiem tego winno być uznanie reklamacji za uzasadnioną i tym samym roszczeń w niej przywołanych (w tym przypadku roszczenia odsetkowego w całości), a następnie zgłoszonych w pozwie za zasadne w ramach fikcji prawnej określonej w art. 8 w/w. ustawy.

Sąd Apelacyjny nie podziela tego stanowiska. W postępowaniu wszczętym przez klienta przeciwko podmiotowi rynku finansowego o zapłatę kwoty roszczenia zgłoszonej w reklamacji klienta, art. 8 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 2270) nie wyłącza możliwości kwestionowania przez podmiot rynku finansowego zasadności dochodzonego roszczenia. Na podmiocie tym, w tym przypadku pozwanym (...) SA, spoczywa ciężar dowodu, że powodowi nie przysługuje roszczenie lub przysługuje w niższej wysokości (por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2018 r. III CZP 113/17). Pozwany w ocenie Sądu Apelacyjnego sprostował temu obowiązkowi i wykazał, że dopiero w postępowaniu wszczętym omawianą reklamacją przedstawione zostało orzeczenie o całkowitej niezdolności powoda do wyczynowej gry w piłkę nożną. Nie może być zatem mowy by pozwany popadł w opóźnienie ze spełnieniem świadczenia przed dniem 30 października 2016 r.

Na aprobatę zasługuje również rozstrzygnięcie odnoszące się do kosztów postępowania. Pozew wniesiony został 2 lutego 2017 r., natomiast świadczenie pozwany spełnił 6 lutego 2017 r. Nie ma wątpliwości co do tego, że powód wiedział, że w świadczenie w zakresie należności głównej wynoszącej 250.000 zł zostało spełnione. W dniu, w którym powód winien był uiścić brakującą opłatę, przedmiotem sporu były jedynie odsetki za opóźnienie. Wniesienie wobec tego opłaty od pozwu w części przekraczającej wartość zsumowanych odsetki za opóźnienie było bezzasadne, o czym powód wiedział. Błędne jest stanowisko, że nieopłacony pozew podlegałby zwrotowi w przypadku uiszczenia opłaty sądowej jedynie od kwoty dochodzonych odsetek. Zwrot pozwu mógłby nastąpić tylko w części dotyczącej należności głównej.

Takie generowanie kosztów procesu pomimo spełnienia świadczenia przez pozwanego nie może zyskać aprobaty Sądu Apelacyjnego. Brak jest podstaw aby koszty te miał ponosić pozwany i zostać uznanym za przegrywającego proces w części obejmującej należność główną.

Wobec tego apelacja na podstawie art. 385 k.p.c. podlegała oddaleniu.

O kosztach zastępstwa procesowego Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie § 2 pkt 5, § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1804) tj. z dnia 3 stycznia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 265).

Jan Futro Małgorzata Gulczyńska Elżbieta Fijałkowska