

*Sygn. akt I ACa 787/12*

*Sygn. akt I ACa 787/12*

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

*Dnia 7 grudnia 2012 r.*

*Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:*

*Przewodniczący – Sędzia SA – Beata Kozłowska /spr./*

*Sędzia SA – Ewa Kaniok*

*Sędzia SO del. – Joanna Zaporowska*

*Protokolant – st. sekr. sąd. Katarzyna Foltak*

po rozpoznaniu w dniu 7 grudnia 2012 r. w Warszawie na rozprawie

sprawy z powództwa A. D.

przeciwko A. L. Pierwszemu (...) (...) S.A. w W.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 16 kwietnia 2012 r. sygn. akt I C 958/06

***oddala apelację.***

*Sygn. akt I ACa 787/12*

***Uzasadnienie:***

***Powódka A. D.*** wystąpiła przeciwko A. L. Pierwszemu(...) (...) Towarzystwu (...) na (...) S.A. w W. o ustalenie, że pozwany będzie odpowiedzialny za wszystkie negatywne następstwa doznanego przez powódkę w dniu 11 października 2003 r. wypadku. Ponadto powódka domagała się zasądzenia od pozwanego na swoją rzecz kwoty 120 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wymagalności do dnia zapłaty.

***Pozwany A. L. Pierwsze(...) (...) Towarzystwo (...) na (...) S.A. w W.*** w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości. W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany wskazał, że powódka w chwili wypadku nie była objęta ochroną ubezpieczeniową, a ponadto nie udowodniła przesłanek wypłaty świadczenia, w tym trwałego inwalidztwa, albowiem nie każdy uszczerbek na zdrowiu powoduje powstanie inwalidztwa.

***Wyrokiem z dnia 16 kwietnia 2012 r. Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od A. L. Pierwsze (...) (...) Towarzystwo (...) na (...) S.A. w W. na rzecz A. D. kwotę 12 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 11 grudnia 2007 r. do dnia zapłaty, w pozostałym zakresie oddalił powództwo i nakazał pobrać od A. L. Pierwsze(...) (...) Towarzystwo (...) na (...) S.A. w W. na rzecz Skarbu Państwa – Kasy Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 156 zł tytułem kosztów opinii biegłego poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa oraz zniósł wzajemnie między stronami koszty procesu.***

Swe rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych i następujących ocenach prawnych:

W dniu 9 października 2003 r. powódka w swoim miejscu zamieszkania w G. zawarła z pozwanym za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego B. N. umowę ubezpieczenia asekuracja 2000+ wariant ochrony srebrny z sumą ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku 120 000 zł. Jednocześnie z podpisaniem umowy powódka uiściła gotówką agentowi roczną składkę w kwocie 470 zł. B. N. otrzymaną od powódki 9 października 2003 r. składkę wpłaciła na rachunek pozwanego dnia 13 października 2003 r.

Zgodnie z umową dodatkową ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, stanowiącej część umowy ubezpieczenia, pozwany zobowiązał się do wypłaty z tytułu tej umowy sumy ubezpieczenia m.in., jeżeli ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku, całkowite i trwałe inwalidztwo zostało stwierdzone w terminie 180 dni od daty wypadku i bezpośrednio i wyłączną przyczyną inwalidztwa były wymienione obrażenia fizyczne, a inwalidztwo trwało przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od dnia nieszczęśliwego wypadku i nadal pozostaje trwałym i całkowitym inwalidztwem po zakończeniu tego okresu. Pozwany zobowiązał się także do wypłaty świadczeń w procentach części sumy ubezpieczenia wymienionej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku i choćby jedno z wymienionych w tabeli świadczeń uszkodzeń ciała uważane za częściowe i trwałe inwalidztwo stwierdzone zostało w terminie 180 dni od daty wypadku, a bezpośrednio i wyłączną przyczyną inwalidztwa były te obrażenia fizyczne.

W dniu 11 października 2003 r. w godzinach popołudniowych powódka spadła ze schodów. Po wypadku od 12 do 17 października 2003 r. przebywała w szpitalu z rozpoznaniem wstrząśnienia pnia mózgu, skręcenia i podwichnięcia kręgosłupa szyjnego C5-C6. W listopadzie 2003 r. powódka zgłosiła się do neurologa, u którego leczyla się do maja 2005 r. z powodu pourazowej rwy barkowej z objawami ubytkowymi, pourazowego zespołu mózgowego z bólami i zawrotami głowy. Powódka była dwukrotnie leczona operacyjnie z powodu dyskopatii szyjnej. Do czerwca 2005 r. leczona była z powodu przewlekłej dyskopatii i radikulopatii szyjnej oraz depresji i cerebrastenii pourazowej.

W okresie od 7 do 20 grudnia 2004 r. przebywała w szpitalu psychiatrycznym z rozpoznaniem: epizod depresyjny, zaburzenia konwersyjne. Podkreślono przy tym wpływ czynników reaktywnych na przebieg choroby. W dacie wypadku powódka miała 48 lat. Przed wypadkiem była trzykrotnie operowana z powodu dyskopatii lędźwiowej. Przebyła zapalenie kości, resekcję żołądka i częściowe usunięcie obu sutków z powodu dysplazji.

Biegły sądowy neurolog i psychiatra M. U. w swojej opinii sporządzonej na podstawie akt sprawy i dokumentacji lekarskiej stwierdził, że istnieje dość znaczna dysproporcja pomiędzy doznanym podczas wypadku urazem głowy i kręgosłupa szyjnego, a stanem neurologicznym oraz psychicznym powódki. Zdaniem biegłego aktualny stan zdrowia pod postacią radikulopatii szyjnej, manifestującej się rwą promieniową jest z przeważającym prawdopodobieństwem następstwem przedmiotowego wypadku. Stopień trwałego inwalidztwa z tego tytułu biegły określił początkowo na 15%. Następnie stwierdził, że w wyniku wypadku powódka doznała 10% uszczerbku na zdrowiu wg tabeli A. (§ 83c). Obniżenie to było wynikiem tego, że początkowo biegły nie uwzględnił typowych dla wieku zmian. Biegły wskazał również, że nawet jeżeli powódka odczuwa dolegliwości natury psychicznej, to i tak nie pozostają one w związku przyczynowym z urazem kręgosłupa. Stwierdzony u powódki zespół subdepresyjno-lękowy nie pozostaje w związku przyczynowym z przedmiotowym wypadkiem. Biegły zakwestionował również, aby zmiany w mózgu stwierdzone podczas badania 15 listopada 2005 r. mogły mieć związek z wypadkiem. Wskazał, że encefalopatię rozpoznaje się po poważnym urazie głowy, a powódka doznała urazu kręgosłupa szyjnego. Utrata przytomności była ustalona tylko w oparciu o wywiad z powódką, która podawała, że utrata przytomności była krótkotrwała. Ponadto badanie neurologiczne, które wtedy wykonano po wypadku miało prawidłowy przebieg.

Kolejny biegły sądowy neurolog R. O. po zapoznaniu się z dokumentacją zgromadzoną w aktach sprawy, dokumentacją medyczną i po przeprowadzeniu badania powódki nie znalazł żadnych podstaw do rozpoznania encefalopatii pourazowej. Zarzucił również powódce, że symuluje objawy otępienia. Przy czym stanowisko swoje szczegółowo

uzasadnił, odnosząc się do opinii prywatnych oraz wyników przeprowadzonych badań. Potwierdził także, że stwierdzony u powódki zespół subdepresyjno-lękowy nie pozostaje w związku przyczynowym z wypadkiem. Zgodził się z opinią biegłych ortopedów, że dolegliwości korzeniowe powódki wynikają głównie ze zmian samoistnych powódki. Z tytułu pourazowego zespołu korzeniowego szyjnego uszczerbek określił na 9%.

Biegły sądowy ortopeda W. P. w swojej opinii stwierdził, że powódka wskutek upadku z dnia 11 października 2003 r. nie doznała trwałego częściowego inwalidztwa w zakresie narządów ruchu. Nie potwierdziło się podejrzenie podwichnięcia kręgosłupa szyjnego. Natomiast rozległość zmian wskazuje na chorobę samoistną, niezwiązaną z przedmiotowym wypadkiem. Zaznaczył przy tym, że nie ma danych by uznać, że przed wypadkiem istniało inwalidztwo powódki. W wyniku operacji związanych z dyskopatią lędźwiową do wiosny 2003 r. wróciła do zdrowia.

Ustalenia biegłego W. P. są zbieżne z wcześniejszymi dokonanyymi przez biegłego sądowego ortopeda – traumatologa S. W.. Wskazał on, że określenie urazu zostało wyolbrzymione a leczenie operacyjne odbyło się niezależnie od odniesionego urazu. Zmiany w kręgosłupie, które posiada powódka, zdaniem tego biegłego, nie mają żadnego związku z wypadkiem. Jednocześnie nie można wykluczyć, że zmiany te pod wpływem upadku ze schodów, uczyniły się i zaostrzyły, dając dolegliwości powódce. Biorąc pod uwagę ocenę uszczerbku na zdrowiu powódki pod względem ortopedycznym biegły zaproponował pozostanie przy ocenie uszczerbku przez biegłego neurologa, ponieważ głównie są to ubytki neurologiczne.

Powódka wystąpiła do pozwanego o wypłatę świadczenia 10 stycznia 2005 r. Pismem z 25 sierpnia 2005 r. pozwany poinformował powódkę, że odmawia uznania roszczenia z tego względu, że umowa ubezpieczenia nie zapewniała ochrony w dniu zdarzenia. Ochrona ta, zdaniem pozwanego, miała zacząć się po wypadku. Jednocześnie poinformowano powódkę, że od decyzji odmownej przysługuje jej prawo do złożenia odwołania, pod warunkiem przesłania dokumentu, w którym agent potwierdza odbiór składki ubezpieczeniowej przed wypadkiem. Również we wcześniejszych pismach pozwany wskazywał powódce, że powinna przedstawić dowód wpłaty składki ubezpieczeniowej na ręce agenta w dniu wystawienia polisy.

W dniu 18 grudnia 2007 r. wydane zostało przez Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w G. orzeczenie o zaliczeniu na stałe powódki do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności. Wskazano w nim, że niepełnosprawność istnieje od 2002 r.

W ocenie Sądu Okręgowego, opinie biegłych zawierają właściwą i logiczną analizę dostępnego biegłym materiału dowodowego. Są wzajemnie spójne i się uzupełniają. Pozwoliły one na ustalenie, że powódka w wyniku wypadku z 11 października 2003 r. doznała 10% uszczerbku na zdrowiu, który spowodował u niej częściowe inwalidztwo.

Fakt zawarcia umowy ubezpieczenia potwierdzają dołączone dokumenty – polisa oraz umowa dodatkowa ubezpieczenia. Natomiast fakt dokonania wpłaty składki ubezpieczeniowej w momencie podpisania polisy, czyli dnia 9 października 2003 r. potwierdzony został zgodnymi zeznaniami świadków oraz samej powódki. Stanowisko to powódka konsekwentnie prezentuje od początku sporu z ubezpieczycielem. Fakt ten wynika w sposób logiczny z okoliczności dotyczących podpisania polisy. Skoro umowa została podpisana w czwartek 9 października 2003 r., a przelew na rachunek ubezpieczyciela dokonała sama agentka w poniedziałek 13 października 2003 r., natomiast wypadek miał miejsce 11 października i po nim powódka trafiła następnego dnia do szpitala i nie miała możliwości kontaktu z agentem, nie ma żadnych podstaw do przyjęcia, że składka miałaby zostać zapłacona po 9 października 2003 r., a przed jej przelaniem 13 października 2003 r.. Wymagałoby to dodatkowego spotkania powódki z agentką, co nie znajduje logicznego uzasadnienia. Po pierwsze, umowa była podpisywana w miejscu zamieszkania powódki, a zatem miała ona dostęp do środków finansowych przechowywanych w domu, po drugie, żaden z zapisów wystawionej polisy nie wskazuje na to, aby zapłata miała być dokonana w innej dacie. Potwierdzeniem tego jest również to, że nie został wystawiony jakikolwiek samodzielny dokument poświadczający zapłatę składki. Dla powódki takim dowodem była otrzymana od agentki polisa.

Wobec powyższego, to pozwany powinien udowodnić, że zapłata składki nie została dokonana jednocześnie z wystawieniem polisy. Pozwany wskazywał przy tym jedynie, na kłopoty wynikające z braku kontaktu z agentką, która od lat przebywa poza granicami Polski.

Sąd Okręgowy uznał, że powództwo o zapłatę zasługuje na uwzględnienie co do zasady, jednakże w innej wysokości, niż domagała się tego powódka.

Sąd Okręgowy w pierwszej kolejności stwierdził, iż powódka w dniu 11 października 2003 r. była objęta ochroną ubezpieczeniową pozwanego.

Zgodnie z zapisem zawartym w samej polisie umowa ubezpieczenia weszła w życie o godzinie 00.00 pierwszej doby po upływie 24 godzin od momentu jej podpisania i opłacenia składki. Pozwany przy tym powoływał się na art. 5 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia, zgodnie z którym „datą opłacenia składki jest dzień zaksięgowania całej składki przez Towarzystwo”. W ocenie Sądu Okręgowego zapis ten nie znajduje zastosowania w przypadku składek uiszczanych bezpośrednio agentowi, który w imieniu ubezpieczyciela zawiera umowę. Świadczy o tym art. 5 ust. 7 ogólnych warunków ubezpieczenia, zgodnie z którym „dokumentem potwierdzającym wpłatę składki jest: (a) przekaz pocztowy zawierający nazwę i adres Towarzystwa oraz kwotę i datę wpłaty, (b) potwierdzenie dokonania przelewu wystawione przez bank”. Wynika z tego, że regulacje te dotyczą wyłącznie sytuacji, w których ubezpieczający samodzielnie płaci składki bezpośrednio na rachunek ubezpieczyciela.

Natomiast przyjmując, że art. 5 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia znajduje zastosowanie również w przypadku składek płaconych agentowi, to należy stwierdzić, że stanowi on klauzulę abuzywną (niedozwolone postanowienie umowne) stosownie do art. 385<sup>3</sup> pkt 21 k.c. (uzależnia odpowiedzialność kontrahenta konsumenta – pozwanego, od wykonania zobowiązań przez osoby, za pośrednictwem których kontrahent konsumenta zawiera umowę). Powódka wpłacając składkę agentowi nie miała żadnego wpływu na to, czy w ogóle, a jeżeli tak, to kiedy otrzymane pieniądze przekaże on ubezpieczycielowi.

Wobec opłacenia składki 9 października 2003 r. Sąd Okręgowy przyjął, że powódka została objęta ochroną ubezpieczeniową od godziny 00:00 dnia 11 października 2003 r.

Sąd Okręgowy ustalił, iż zaszedł wypadek przewidziany w umowie dodatkowej, uzasadniający wypłatę świadczenia.

Obrażenia, jakich doznała powódka w związku z wypadkiem, były bezpośrednią i wyłączną przyczyną inwalidztwa, którego zakres biegły sądowy określił ostatecznie na 10%. Skoro natomiast suma ubezpieczenia wynosiła zgodnie z umową łączącą strony 120 000 zł, to Sąd Okręgowy zasądził na rzecz powódki 10% z tej kwoty, czyli 12 000 zł.

Z uwagi na to, że na etapie postępowania przedsądowego powódka w żaden sposób nie określała jakiej kwoty domaga się od ubezpieczyciela, Sąd Okręgowy zasądził na rzecz powódki odsetki, na podstawie art. 476 i 481 § 1 k.c., od dnia następnego od daty doręczenia odpisu pozwu, tj. od 11 grudnia 2007 r.

W pozostałym zakresie, powództwo o zapłatę podlegało oddaleniu.

Sąd Okręgowy oddalił w całości żądanie ustalenia, bowiem powódka nie wykazała interesu prawnego do żądania takiego ustalenia. Większość zgłaszanych przez powódkę chorób, co stwierdzili biegli, nie ma żadnego związku z wypadkiem z 11 października 2003 r. Natomiast biegły R. O. zarzucił powódce ich symulowanie. Z opinii nie wynika również, aby ten wypadek mógł jeszcze w przyszłości spowodować u powódki dalsze szkody zwiększające jej trwałe inwalidztwo.

***Apelację od tego wyroku wniósł pozwany, zaskarżając wyrok w części, w zakresie punktów I, III i IV wyroku.***

Wyrokowi zarzucił naruszenie art. 814 § 1 k.c. w związku z art. 3 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia, przez błędne uznanie, że za datę zapłacenia składki należy uznać datę wręczenia agentowi ubezpieczeniowemu składki, podczas gdy prawidłowa wykładania w/w przepisu prawa i ogólnych warunków ubezpieczenia powinna prowadzić do przyjęcia, że datą zapłacenia składki jest data jej otrzymania przez pozwanego, a nie agenta ubezpieczeniowego, co oznacza, że w dacie wypadku powódka nie była objęta ochroną ubezpieczeniową.

Wskazując na powyższe zarzuty wniósł o zmianę wyroku w zaskarżonej części przez oddalenie powództwa w całości, a nadto o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu.

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

Apelacja pozwanego nie jest zasadna.

Pozwany w swej apelacji podniósł zarzuty zmierzające do wykazania, że w dacie, w której miał miejsce upadek powódki, tj. dnia 11 października 2003 r., powódka nie była objęta ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy ubezpieczenia zawartej dnia 9 października 2003 r., a to z uwagi na fakt, iż składka ubezpieczeniowa została uiszczona dopiero dnia 13 października 2003 r.

Przesądzenie kwestii w jakiej dacie zawarta przez strony umowa weszła w życie i co za tym idzie, czy w dniu 11 października 2003 r. powódka była objęta ochroną ubezpieczeniową pozwanego, zależy od oceny czy przekazanie składki ubezpieczeniowej do rąk agenta pozwanego ubezpieczyciela, może być uznane za uiszczenie składki w rozumieniu art. 814 § 1 k.c. oraz art. 5 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Art. 814 § 1 zd. pierwsze k.c., w brzmieniu obowiązującym w 2003 r., stanowił, iż jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po zapłaceniu składki.

Strony ukształtowały łączący je stosunek zobowiązaniowy, co jest bezsporne, według tej właśnie reguły, to jest powiązały rozpoczęcie odpowiedzialności ubezpieczyciela nie tylko z momentem zawarcia umowy, ale i uiszczenia składki. Tym niemniej zauważyć należy, iż przepis art. 814 § 1 zd. pierwsze k.c., wskazując na regułę powiązania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z opłaceniem składki, nie precyzuje, w jaki sposób składka ta winna być uiszczona. Przyjąć zatem należy, iż kwestię tę strony winny uregulować w umowie ubezpieczenia. Jeśli natomiast tego nie uczyniły, za dopuszczalne należałoby uznać wszelkie możliwe sposoby uiszczenia składki, w tym uiszczenie składki w siedzibie ubezpieczyciela czy bezpośrednio agentowi, działającemu w imieniu ubezpieczyciela.

W ogólnych warunkach ubezpieczenia, ujęty został art. 5 nazwany „Opłacanie składek”, a w art. 5 ust. 8 mowa jest o dokumentach potwierdzających wpłatę składki. Tym niemniej, w ocenie Sądu Apelacyjnego, treść poszczególnych postanowień art. 5 ogólnych warunkach ubezpieczenia, nie prowadzi do wniosku, iż przekaz pocztowy i przelew bankowy, o których mowa w art. 5 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia, to jedyne możliwe do zastosowania sposoby uiszczenia składki. Po pierwsze, w treści poszczególnych postanowień art. 5 nie ma zapisu, że przekaz pocztowy i przelew bankowy, to jedyne możliwe sposoby uiszczenia składki. Nie ma również zapisu wyraźnie wykluczającego inne sposoby uiszczenia składki. Po drugie, wniosku takiego nie uzasadnia treść art. 5 ust. 8 o.w.u., w którym mowa jest jedynie o tym, jakie konkretnie dokumenty będą uznawane za dokumenty potwierdzające wpłatę składki. W ocenie Sądu Apelacyjnego trafnie uznał Sąd Okręgowy, iż regulacja ta dotyczy jedynie sytuacji, gdy składka jest uiszczana przekazem pocztowym lub przelewem bankowym. Nie odnosi się natomiast to do innych sposobów uiszczenia składki. W tym stanie rzeczy przyjąć należy, iż w ogólnych warunkach ubezpieczenia kwestia uiszczenia składek została uregulowana jedynie fragmentarycznie. Słusznie zatem Sąd Okręgowy uznał, że nie było wykluczone uiszczenie składki bezpośrednio do rąk agenta zawierającego umowę z powódką w imieniu pozwanego ubezpieczyciela. Jedynie w uzupełnieniu w/w argumentów wskazać należy, iż pośrednio na uprawnienie agenta do poboru składki może wskazywać również treść art. 759 k.c., który stanowi, iż w razie wątpliwości poczytuje się, że agent jest upoważniony do przyjmowania dla dającego zlecenie zapłaty za świadczenie, które spełnia za dającego zlecenie,

oraz do przyjmowania dla niego świadczeń, za które płaci, jak również do odbierania zawiadomień o wadach oraz oświadczeń dotyczących wykonania umowy, którą zawarł w imieniu dającego zlecenie. Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 sierpnia 2001 r. sygn. V CKN 423/00 agent, występujący jako pośrednik i jednocześnie jako pełnomocnik, jest uprawniony nie tylko do zawarcia, ale i wykonania umowy z klientem. Z tego powodu do powstania wątpliwości, że taki agent jest upoważniony do przyjmowania dla dającego zlecenie zapłaty za świadczenie (art. 759 k.c.), muszą istnieć wyraźne okoliczności pozwalające przyjąć, że obsługujący go podmiot nie jest upoważniony do odbioru pieniędzy za zbytą rzecz. Inna interpretacja godzi zarówno w bezpieczeństwo obrotu, jak i w potrzebę ochrony uzasadnionego interesu konsumenta.

Słusznie zatem uznał Sąd Okręgowy, iż uiszczenie składki bezpośrednio agentowi zawierającemu w imieniu pozwanego ubezpieczyciela z powódką umowę ubezpieczenia, jeśli w treści umowy ubezpieczenia taka możliwość nie została wykluczona, traktować należy jako zapłacenie składki w rozumieniu art. 814 § 1 zd. pierwsze k.c. Skoro powódka wykazała, że uiszczyła składkę agentowi dnia 9 listopada 2003 r. to zgodzić się należy z Sądem Okręgowym, że w dniu 11 października 2003 r., kiedy to uległa wypadkowi, objęta była ochroną ubezpieczeniową. Pozwany w swej apelacji nie kwestionuje poczynionych w tym zakresie przez Sąd Okręgowy ustaleń. Również Sąd Apelacyjny uznaje ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego za prawidłowe i przyjmuje je za własne. Z kolei podnoszona przez pozwanego kwestia tego, w jakim konkretnie terminie agent przekazał składkę na rachunek ubezpieczyciela, nie ma znaczenia dla oceny momentu, w jakim rozpoczęła się odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny uznał, że zarzuty apelacji nie są zasadne, dlatego też, apelacja pozwanego podlegała oddaleniu w oparciu o art. 385 k.p.c.