

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 3 lipca 2013 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi - Widzewa w Łodzi oddalił powództwo J. S. o zasądzenie solidarnie od (...) S.A. w W. i Stowarzyszenia (...) w Ł. kwoty 60.000 zł oraz zasądził od powódki J. S. na rzecz pozwanego (...) S.A. w W. kwotę 3 617 zł tytułem zwrotu kosztów procesu. W pkt 3 wyroku Sąd nie obciążył powódki nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

Stowarzyszenie (...) w Ł. jest organizacją, której celem jest m.in. popularyzacja zasad ruchu drogowego i bezpieczeństwa na drogach; upowszechnianie kultury, pomocy i wzajemnego poszanowania wśród uczestników ruchu drogowego; rehabilitacja i promocja zdrowia; dofinansowywanie placówek ochrony zdrowia zajmujących się rehabilitacją poszkodowanych w wypadkach. Swoje cele Stowarzyszenie realizuje m.in. poprzez umożliwianie swoim członkom korzystania ze zniżek w zakładach ubezpieczeń oraz przystępowania do ubezpieczeń grupowych.

Stowarzyszenie zawarło z (...) S.A. umowę grupowego (...), potwierdzoną polisą nr (...).

Sąd Rejonowy ustalił, iż ubezpieczającym jest Stowarzyszenie (...) w Ł., a ubezpieczonymi - członkowie Stowarzyszenia, którzy wyrazili zgodę na objęcie niniejszym ubezpieczeniem. Okres ubezpieczenia wynosi 1 rok, początek ochrony ubezpieczeniowej przypada na 1 lutego 2011 roku. Integralną częścią umowy są ogólne warunki umów, wyszczególnione w polisie, m.in. ogólne warunki grupowego (...). OWU przewidują karencję - okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia spowodowanych wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem (definicja - § 2 pkt 4 OWU). Zgodnie z § 10 pkt 3 OWU, zmodyfikowanych w umowie pomiędzy Stowarzyszeniem (...) S.A. (str. 4 polisy, § 3 pkt 4), do wszystkich ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia poprzez złożenie deklaracji stosuje się 6 - miesięczną karencję dla umowy podstawowej i umów dodatkowych. Karencja liczona jest od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa i dotyczy całego zakresu ochrony z tytułu umowy ubezpieczenia.

Sąd I Instancji ustalił także, że stowarzyszenie (...) zawarło w dniu 1 stycznia 2011 roku umowę o współpracę z D. B. (1), prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą (...) D. B. (1). W ramach tej umowy D. B. (1) przyjmowała do SKIP członków; przyjmowała deklaracje i przystąpienia do ubezpieczenia grupowego w A., bądź w N. i U. oraz odbierała składki od ubezpieczonych i przekazywała do SKIP. Udzielała również informacji o produkcie, m.in. o karencji. W biurze firmy (...) były dostępne i ogólne warunki umów, klienci mogli je zabrać. Informacje o produkcie - deklaracje i ogólne warunki umowy były zamieszczone na stronie internetowej Stowarzyszenia (...). D. B. (1) drukowała te dokumenty korzystając z portalu SKIP. Nie drukowała ogólnych warunków umów. Przyjmując deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia w A., D. B. (1) zwracała uwagę na odpowiedzi udzielane przez klientów w deklaracji. Odpowiedzi na wszystkie pytania powinny być negatywne, w przeciwnym i przypadku nie przyjmowałyby deklaracji. Takie postępowanie było uzgodnione ze Stowarzyszeniem. W sytuacjach wątpliwych D. B. (1) kontaktowała się z przedstawicielem SKIP.

W dniu 14 marca 2011 roku Z. S., za pośrednictwem Agencji (...) z siedzibą w P., złożył wniosek o członkostwo w Stowarzyszeniu (...). W dniu 15 marca 2011 r. przystąpił do grupowego (...) prowadzonego przez (...) S.A. w W., obejmującego między innymi śmierć ubezpieczonego oraz śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, ze świadczeniem w wysokości 30 000 złotych. Początek ochrony ubezpieczeniowej oznaczono na dzień 1 kwietnia 2011 roku. Jako uposażona została wskazana jego J. S..

W deklaracji uczestnictwa w grupowym (...) oświadczył m.in., że w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie rozpoznano u niego lub nie był leczony z powodu chorób takich jak: zawał serca, zaawansowana niewydolność krążenia objawiająca się m.in. obrzękami kończyn dolnych, udar lub wylew, nowotwór złośliwy, marskość wątroby, HIV lub (...). Potwierdził

również, że został poinformowany o warunkach umowy ubezpieczenia wskazanej w deklaracji uczestnictwa. Z. S. opłacił pierwszą składkę ubezpieczeniową w wysokości 47 złotych.

Sąd Rejonowy ustalił, iż deklaracja uczestnictwa w grupowym (...) została podpisana przez Z. S., ale on sam nic zgłaszał się do pośrednika ubezpieczeniowego. Do Agencji (...) z siedzibą w P. zgłosiła się jego żona J. S.. Powódka pobrała druk deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego. Pomoc w jego wypełnieniu uzyskała od E. R. (1) - pracownicy Agencji (...), zabrała druk do domu, a następnego dnia złożyła - już po jego podpisaniu przez męża.

Przy wypełnianiu deklaracji powstały wątpliwości co do zapytania o choroby rozpoznane lub leczone w ciągu ostatnich 24 miesięcy. Wątpliwość wynikała z tego, że Z. S. wcześniej niż w ciągu ostatnich 2 lat chorował na chorobę związaną z układem krążenia. Z tego względu przed przyjęciem deklaracji E. R. (1) kontaktowała się ze Stowarzyszeniem (...) z zapytaniem, czy może przyjąć deklarację. Uzyskała odpowiedź, że jeśli nie miało to miejsca w okresie i ostatnich 2 lat, to może deklarację przyjąć.

Z. S. nie kontaktował się przed podpisaniem deklaracji i nie pytał i o warunki ubezpieczenia. E. R. (1) odebrała od powódki deklarację, i poinformowała ją o obowiązywaniu 6 miesięcznej karencji i - jak każdego klienta - o wygaśnięciu umowy w razie niepłacenia składek ubezpieczeniowych. J. S. po złożeniu deklaracji męża nie żądała doręczenia dokumentów dotyczących warunków ubezpieczenia.

Sąd I Instancji wskazał, iż możliwym było, że Z. S. przeszedł zawał serca przed dniem 14 marca i 2010 roku. Leczył się kardiologicznie, w dniu 14 maja 2010 r. otrzymał od lekarza skierowanie do szpitala, do którego nie został przyjęty ze względu na brak miejsc.

Z. S. zmarł w dniu 4 maja 2011 roku. Przyczyną zgonu mógł być zawał mięśnia sercowego, ale jednoznacznie takiego rozpoznania nie postawiono.

W piśmie z dnia 1 grudnia 2011 roku pełnomocnik powódki wystąpiła do (...) S.A. w W. o przesłanie całości dokumentacji w oparciu, o którą została sporządzona umowa grupowego ubezpieczenia dla Z. S., w tym zapisów polisy grupowej.

Przy piśmie z dnia 12 stycznia 2012 roku (...) S.A. w W. przesłała powódce świadectwo uczestnictwa w grupowym ubezpieczeniu na życie oraz deklarację uczestnictwa. Wyjaśniła, że w przypadku chęci zapoznania się z zapisami polisy grupowej nr (...) powinna zwrócić się do ubezpieczającego Stowarzyszenia (...).

W piśmie z dnia 20 stycznia 2012 roku pełnomocnik powódki zwróciła się do Stowarzyszenia (...) o przesłanie treści polisy grupowej o numerze (...). Polisa została udostępniona powódce w dniu 15 lutego 2012 roku.

Decyzją z dnia 10 sierpnia 2011 roku Zakład (...) odmówił powódce wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia powołując się na podanie przez ubezpieczonego nieprawdziwych danych co do jego stanu zdrowia oraz na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie karencji.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi ocenił, iż:

w rozpoznawanej sprawie mamy do czynienia z umową zawartą na cudzy rachunek: ubezpieczającym jest Stowarzyszenie (...) w Ł., ubezpieczycielem (...) S.A, zaś ubezpieczonymi - członkowie Stowarzyszenia, którzy wyrazili zgodę na objęcie niniejszym ubezpieczeniem. Należał do nich również zmarły Z. S.. Umowa ubezpieczenia grupowego na życie, zawarta pomiędzy pozwanymi nie przewidywała nic innego, niż określono w przepisie art. 808 § 3 k.p.c. W szczególności brak w umowie postanowienia, zgodnie z którym Stowarzyszenie na równi z ubezpieczycielem odpowiadałoby wobec ubezpieczonych za wypłatę świadczeń należnych w następstwie zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową. Przeciwnie, treść § 31 i następných OWU, regulujących wypłatę świadczeń jednoznacznie wskazuje, że świadczenia wypłaca uposażonym Towarzystwo (...). Mając na uwadze zarówno treść przepisu art. 808 § 3 k.c., jak i treść umowy ubezpieczenia, Sąd Rejonowy uznał, że brak jest podstaw do konstruowania obowiązku

Stowarzyszenia (...) do wypłaty świadczeń ubezpieczonym, w tym i mężowi powódki. Powyższe oznacza, że powództwo kierowane w stosunku do tego pozwanego jest bezzasadne i podlega oddaleniu.

W zakresie odpowiedzialności pozwanego A. Życie Sąd I Instancji ocenił, iż świadczenia z tytułu śmierci Z. S. nie należą się, ponieważ ubezpieczony zmarł w okresie obowiązywania karencji, a nie zostało udowodnione, że jego śmierć była następstwem nieszczęśliwego wypadku.

Sąd Rejonowy wskazał również, iż nie można się zgodzić ze stanowiskiem powódki, że zostały naruszone przez pozwaną obowiązki informacyjne, wynikające z obowiązujących przepisów prawa i w związku z tym nie mają wobec niej, jako uposażonej, zastosowania postanowienia ogólnych warunków umów, m.in. wprowadzające okres karencji. Sąd wskazał, iż umowy ubezpieczenia (w tym zawierane na cudzą rzecz) mają masowy charakter i są z reguły zawierane przy użyciu wzorców umów. Ubezpieczonymi w wielu wypadkach są konsumenci, dlatego obowiązujące przepisy zawierają szereg unormowań o charakterze ochronnym. Do takich można zaliczyć art. 12 i nast. ustawy o działalności ubezpieczeniowej (tj. Dz. U. z 2010, nr 11, poz. 66), które m.in. wymagają, aby ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia były formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały oraz nakazują, by postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretować na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia (art. 12 ust. 3 i 4). Art. 13 ustawy określa obowiązki zakładów ubezpieczeń, reguluje m.in. ich obowiązki informacyjne. W odniesieniu do grupowych umów ubezpieczenia stanowi, że zakład ubezpieczeń, na żądanie ubezpieczonego, jest obowiązany do przekazania informacji: o zmianie warunków umowy, o wysokości należnych z umowy świadczeń i innych (art. 13 ust. 3c). Sąd Rejonowy uznał, iż ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do informowania ubezpieczonego o innych postanowieniach ogólnych warunków i umowy, w przypadku gdy ubezpieczony nie zwrócił się do ubezpieczającego z takim żądaniem. Sąd powołał się na brzmienie art. 808 § 4 k.c. i uzasadnił, iż ubezpieczony nie jest stroną umowy, nie może oczekiwać od ubezpieczyciela doręczenia mu ogólnych warunków i ubezpieczenia przy zawarciu umowy, ale jednocześnie część postanowień tych warunków może go dotyczyć. Zatem w powyższym przepisie ubezpieczonemu przyznano prawo żądania od ubezpieczyciela udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków. Sąd Rejonowy wywiódł, iż ubezpieczający nie był zobowiązany z własnej inicjatywy powiadomić ubezpieczonego o jego prawach i obowiązkach wynikających z umowy ubezpieczenia. Ustawa nie zawiera bowiem przepisu obciążającego ubezpieczającego takim obowiązkiem, tym samym niedoręczenie mężowi powódki, przy przystąpieniu przez niego do umowy ubezpieczenia, postanowień umowy, w tym polisy, w której zmodyfikowano treść ogólnych warunków ubezpieczenia, nie stanowi podstawy do uwzględnienia powództwa.

Ponadto Sąd Rejonowy wskazał, iż nie podzielił argumentów pozwanego A. Życie dotyczących udzielenia przez ubezpieczonego nieprawdziwych informacji o stanie jego zdrowia w momencie przystępowania do grupowego ubezpieczenia na życie.

Apelację od powyższego wyroku wniosła powódka, zaskarżając wyrok w części tj. w zakresie punktu 1 i 2. Zaskarżonemu wyrokowi powódka zarzuciła:

1. naruszenie prawa materialnego, przez:

- błędne przyjęcie przez Sąd I instancji, wyłącznie na podstawie samej nazwy umowy, że jest to umowa ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, w sytuacji, gdy nie posiada ona żadnych innych cech takiej umowy, przez co Sąd doszedł do wniosku, że ubezpieczyciel jedynie na żądanie ubezpieczonego jest zobowiązany do przedłożenia ubezpieczonemu warunków ubezpieczenia

- nie zastosowanie treści § 22 ust. 2 i 3 przedmiotowych ogólnych warunków ubezpieczenia nakazujących Ubezpieczającemu przekazanie Ubezpieczonym warunków zawartej umowy ubezpieczenia a w przypadku zaniechania powyższego obowiązku naprawienie ubezpieczonym szkody na zasadach ogólnych, przez co Sąd I instancji doszedł do wniosku, iż pozwane Stowarzyszenie nie jest legitymowane biernie w procesie o zapłatę,

2. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, poprzez:

- przyjęcie za wiarygodne zeznań świadków, w osobach E. R. i D. B., że poinformowały żonę zmarłego, że w przedmiotowym ubezpieczeniu obowiązuje 6 - miesięczna karencja, w sytuacji gdy świadkowie ci nie dysponowali na powyższą okoliczność żadną dokumentacją, z której mogłyby uzyskać na ten temat stosowną wiedzę, a tym samym przekazać ją żonie ubezpieczonego czy jemu samemu, w sytuacji, gdy treści ubezpieczeń na życie nie domniemywa się,
- dowolne ustalenie przez Sąd, że powódka była klientem przedmiotowej umowy i dlatego przekazanie jej przez pracownika biura pośrednictwa informacji o ubezpieczeniu dowodzi tego, że warunki umowy ubezpieczenia zostały przekazane również ubezpieczonemu, gdy brak dowodu, że powódka była pełnomocnikiem zmarłego,
- zaniechanie wskazania przez Sąd w uzasadnieniu wyroku, dlaczego ubezpieczony winien zwracać się do ubezpieczyciela po przystąpieniu do ubezpieczenia o informacje dotyczące przedmiotowego ubezpieczenia, skoro z deklaracji uczestnictwa w ubezpieczeniu ubezpieczonego wynika, że zostały przekazane mu wszystkie warunki ubezpieczenia, a tym samym nie miał on podstaw do przypuszczeń, że istnieją dodatkowe dokumenty z których wynikają jego prawa i obowiązki,
- dowolne ustalenie przez Sąd, że ubezpieczony mógł uzyskać informacje na temat umowy przed przystąpieniem do ubezpieczenia, w sytuacji gdy zmarły w dacie składania wniosku o uczestnictwo w ubezpieczeniu „statutu ubezpieczonego” nie posiadał, w związku z czym nie był uprawniony do uzyskania treści umowy, a po przystąpieniu do ubezpieczenia nie miał podstaw do przypuszczeń, że przedłożona przy przystąpieniu do ubezpieczenia dokumentacja jest niekompletna,
- dowolne przyjęcie przez Sąd, że zapłata składki obciążała ubezpieczającego a nie zmarłego, w sytuacji, gdy materiał dowodowy sprawy wskazuje, że to ubezpieczony opłacał składki, w związku z czym winien posiadać wiedzę na temat praw i obowiązków wynikających z ubezpieczenia przed zawarciem umowy.

Powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie na rzecz powódki kwoty dochodzonej pozwem oraz o zwolnienie powódki od kosztów postępowania przed Sądem II instancji, z uwagi na fakt, że powódka nie jest ich w stanie ponieść bez uszczerbku dla utrzymania swojej osoby, jak również o zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje, w tym opłaty od pełnomocnictwa, według norm prawem przepisanych. W zakresie wniosku dowodowego powódka wniosła o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z wydruku internetowej strony internetowej pozwanego Stowarzyszenia, z którego wynika, że pozwany nie umieszcza na swojej stronie internetowej przedmiotowej treści owu i polisy. Powódka uzasadniła, iż wniosek o przeprowadzenie ww. dowodu wynika z treści uzasadnienia wyroku.

### **Sąd Okręgowy zważył co następuje:**

Apelacja jest niezasadna.

W pierwszej kolejności wskazać należy, iż niezasadny jest zarzut naruszenia prawa procesowego poprzez dokonanie dowolnej a nie swobodnej oceny dowodów. Zgodnie z art. 233 § 1 kpc sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Zdaniem Sądu Okręgowego w niniejszej sprawie Sąd Rejonowy dokonał wszechstronnej oceny zebranego materiału dowodowego i na tej podstawie dokonał logicznych i trafnych ustaleń, które Sąd Okręgowy przyjmuje za własne. Apelacja zarzucając dowolne ustalenia faktyczne sprowadza się do polemiki z treścią uzasadnienia, bez wykazania z jakich powodów ustalenia Sądu I Instancji skarżący uznaje za dowolne. Odnosząc się do poszczególnych zarzutów apelacji w tym zakresie podkreślić należy, iż Sąd Rejonowy szeroko i przekonująco uzasadnił, z jakich przyczyn – w przeciwieństwie do zeznań powódki - uznał za wiarygodne zeznania świadków E. R. i D. B., iż poinformowały żonę zmarłego, że w przedmiotowym ubezpieczeniu obowiązuje 6 - miesięczna karencja. Następnie wskazać należy, iż Sąd Rejonowy nie ustalił, iż powódka była „klientką umowy” jak podaje skarżąca, lecz ustalił, że została poinformowana – jak każdy klient biura (...) - o okresie karencji. Kolejne zarzuty apelacji dotyczą: dowolnego ustalenia przez Sąd, że ubezpieczony

mógł uzyskać informacje na temat umowy przed przystąpieniem do ubezpieczenia, w sytuacji gdy zmarły w dacie składania wniosku o uczestnictwo w ubezpieczeniu „statutu ubezpieczonego” nie posiadał, w związku z czym nie był uprawniony do uzyskania treści umowy, a po przystąpieniu do ubezpieczenia nie miał podstaw do przypuszczeń, że przedłożona przy przystąpieniu do ubezpieczenia dokumentacja jest niekompletna oraz dowolnego przyjęcie przez Sąd, że zapłata składki obciążała ubezpieczającego a nie zmarłego. Zarzuty powyższe są nietrafione, co więcej zdają się dotyczyć prawa materialnego i istoty umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, a nie ustaleń faktycznych. Wniosek dowodowy o przeprowadzenie dowodu z wydruku strony internetowej, jest w ocenie Sądu Okręgowego niecelowy i nie wnosi niczego istotnego do rozstrzygnięcia sprawy.

Przechodząc do zarzutów merytorycznych wskazać należy, iż powódka popierając powództwo w stosunku do obu pozwanych solidarnie, jak również wnosząc apelację, nie wskazała podstawy solidarnej odpowiedzialności pozwanych, jak również podstawy odpowiedzialności pozwanego A. Życie. Odpowiedzialność pozwanego Stowarzyszenia (...) powódka wywodziła z § treści § 22 ust. 2 i 3 przedmiotowych ogólnych warunków ubezpieczenia.

Zdaniem Sądu Okręgowego, Sąd I Instancji prawidłowo zdefiniował umowę ubezpieczenia jako umowę zawartą na cudzy rachunek unormowaną w art. 808 kc. Umowa powyższa ze swej zasady ogranicza uprawnienia ubezpieczonego, co wynika z podmiotowej odrębności ubezpieczającego (zawierającego umowę ubezpieczenia) i ubezpieczonego (osoby, której dóbr dotyczy ochrona ubezpieczeniowa) i faktu, że ubezpieczony nie jest stroną umowy ubezpieczenia. Wskazać w tym miejscu należy, iż mąż powódki, jak i sama powódka byli członkami stowarzyszenia, którego celem o największym znaczeniu praktycznym, było umożliwianie swoim członkom przystępowanie do ubezpieczeń grupowych. Bezspornym w sprawie i przyznany przez samą powódkę faktem była okoliczność, iż powódka i jej mąż zawierali wcześniej umowy ubezpieczenia, które wygasły ze względu na nieopłacenie składek. A zatem mieli doświadczenie w zawieraniu umowy ubezpieczenia grupowego i świadomość ograniczeń wynikających z takiego wariantu umowy ubezpieczenia.

Oceny charakteru umowy nie zmienia okoliczność, kogo faktycznie obciążało opłacanie składek. Czym innym jest bowiem posiadanie statusu dłużnika z tytułu składki ubezpieczeniowej, czym innym ponoszenie ciężaru finansowego (zapewnianie środków na pokrycie) składki. Trzeba tu zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 805 § 1 kc w umowie ubezpieczenia kontrahentem ubezpieczyciela jest ubezpieczający, i to po jego stronie zapisuje się dług w postaci składki. Reguła ta pozostaje niezmienna w przypadku, gdy umowę ubezpieczenia zawarto na cudzy rachunek, albowiem przepis art. 808 § 2 zdanie pierwsze kc stanowi na taką okoliczność, iż roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Oznacza to, że dłużnikiem zakładu ubezpieczeń z tytułu składki jest tylko ubezpieczający. Wobec stanowczego brzmienia art. 808 § 2 zdanie pierwsze kc nie sposób przyjąć, że nawet w razie zgody ubezpieczonego na finansowanie składki, zmieniałby się adresat roszczenia zakładu ubezpieczeń w tym zakresie. Tym samym należałoby zaakceptować konkluzję, że ubezpieczony może zobowiązać się wyłącznie do ponoszenia finansowego ciężaru składki i wyłącznie względem ubezpieczającego. (tak też B. W. – „Pozycja ubezpieczonego w ubezpieczeniu na życie na cudzy rachunek - stan de lege lata i postulaty de lege ferenda” - Rozprawy Ubezpieczeniowe nr 5( ...)).

Podkreślić należy, iż w potwierdzeniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego wskazano, że składka miesięczna w wysokości 47 zł ma zostać opłacona przez Z. S. na rachunek Stowarzyszenia (...) a nie na rachunek ubezpieczyciela i tak też została ona zapłacona.

Jak już wskazano skarżąca nie wskazała podstawy prawnej, z której wywodzi odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela A. Życie. Wnosić można, iż powódka upatruje podstawy tej w brzmieniu art. 3851 kc. W pozwie powódka wskazała bowiem, iż powódka nie może ponosić ujemnych konsekwencji finansowych z faktu, że ubezpieczającego z ubezpieczycielem łączyła umowa, której treści nie znał ubezpieczony. Skarżąca zdaje się jednakże w toku całego procesu nie dostrzegać faktu, iż ubezpieczony nie jest stroną umowy, a zatem nie ma tu zastosowania art. 3851 kc.

Okolicznością obiektywną jest istnienie w umowie ubezpieczenia zapisu o 6-miesięcznej karencji. Sąd Rejonowy szeroko i wnikliwie zanalizował obowiązki informacyjne ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego. Uzupełniająco jedynie wskazać można, iż kwestia praw ubezpieczonego na życie w ramach ubezpieczenia grupowego była przedmiotem szerokich rozważań wobec brzmienia art. 829 § 2 kc. Zgodnie z tym przepisem do zawarcia na cudzy rachunek umowy ubezpieczenia na życie, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego. Redakcja tego przepisu została poddana krytyce w piśmiennictwie. Skoro bowiem zgoda ubezpieczonego ma być „uprzednia” w stosunku do zawarcia umowy ubezpieczenia, to umowa taka zawarta bez zgody ubezpieczonego mającej walor „uprzedniości”, jako naruszająca art. 829 § 2 kc, byłaby nieważna (art. 58 § 1 kc.). Jednakże w przypadku ubezpieczeń grupowych zjawiskiem typowym są fluktuacje w grupie ubezpieczonych, w szczególności przyłączanie się do niej nowych osób. Z tych względów celowe jest interpretowanie powyższego przepisu jako ustanawiającego w istocie wymóg uzyskania zgody na ustanowienie ochrony ubezpieczeniowej, nie zaś zawarcie umowy ubezpieczenia.

Powyższe rozważania należy odnieść do niniejszej sprawy. Mąż powódki jako świadomy ubezpieczający powinien uzyskać informację o warunkach ubezpieczenia jeszcze przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, aby ustalić czy zakres ubezpieczenia jest satysfakcjonujący. Dlatego logiczne jest przyjęcie przez Sąd I instancji za wiarygodne zeznań świadków E. R. i D. B., które zeznały, iż powyższe informacje m. in. o karencji zostały powódce działającej w imieniu męża udzielone. Zaakcentować w tym miejscu należy, iż § 10 ust. 3 OWU (w brzmieniu podstawowym, udostępnionym ubezpieczonemu) zawierał również zapis o 6 miesięcznej karencji w stosunku do osób, które przystąpiły do ubezpieczenia poprzez złożenie Towarzystwu deklaracji uczestnictwa po upływie 3 miesięcy od dat określonych w podpunktach 1 – 3. Gdyby przyjąć, że ubezpieczony nie miał informacji od pośrednika o treści umowy łączącej ubezpieczyciela z ubezpieczającym, nie miałby informacji o dacie jej zawarcia i mógłby pozostawać w przeświadczeniu, że składa deklarację po upływie 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie, a zatem obowiązuje go 6 miesięczna karencja.

Słusznie przy tym Sąd Rejonowy ocenił, iż ubezpieczyciel nie ma obowiązku informowania o treści umowy zawartej z ubezpieczycielem bez inicjatywy ubezpieczonego w tym zakresie (art. 808 § 4 kc). O tym, czy brzmienie powołanego przepisu dostatecznie zabezpiecza interesy ubezpieczonego można dyskutować, nie zmienia to jednak faktu, iż brak jest w przepisie sankcji cywilnoprawnej dla przypadków nie wywiązania się przez ubezpieczyciela z obowiązku udzielenia informacji o postanowieniach umowy tudzież ogólnych warunków ubezpieczenia. Podkreślać jednakże w przedmiotowej sprawie należy, iż okolicznością bezsporną było to, że mąż powódki nie żądał udzielenia od ubezpieczyciela informacji w trybie art. 808 § 4 kc. Nie wydaje się zasadne przyjęcie, że brak informacji od ubezpieczyciela o postanowieniach umowy czy wzorca przewidujących obowiązki ubezpieczonego powoduje, iż tego ostatniego obowiązki te nie dotyczą i nie można stawiać mu zarzutu nie zastosowania się do nich. Sama niewiedza nie może być tutaj elementem decydującym, w przeciwnym razie ubezpieczeni z premedytacją w ogóle nie występowałyby do ubezpieczycieli o stosowne informacje. (tak też B. W. – „Pozycja ubezpieczonego w ubezpieczeniu na życie na cudzy rachunek - stan de lege lata i postulaty de lege ferenda” - Rozprawy Ubezpieczeniowe nr 5( ...)).

Z tych względów prawidłowo Sąd Rejonowy ocenił, iż brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela (...) SA w W..

Co do odpowiedzialności pozwanego Stowarzyszenia na podstawie § 22 ust. 3 OWU, rozróżnić należy pojęcie szkody od pojęcia niewypłacenia odszkodowania w kwocie przewidywanej przez OWU.

Po pierwsze wskazać trzeba, iż postępowanie dowodowe przeprowadzone przed Sądem I Instancji wykazało, że powódce udzielono niezbędnych informacji o zakresie ubezpieczenia i obowiązującej karencji. Nawet jednak, gdyby przyjąć, że informacja o karencji nie została powódce ani jej mężowi przekazana, to i tak brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego Stowarzyszenia. Stowarzyszenie zleciło pośrednictwo w pozyskiwaniu członków stowarzyszenia oraz w uzyskiwaniu deklaracji profesjonalnemu pośrednikowi – D. B. (1) prowadzącej działalność gospodarczą pod firmą (...), a zatem zastosowanie ma tu art. 429 kc.

Ponadto uwypuklić trzeba okoliczność, iż powódka nie zgłaszała twierdzeń ani też wniosków dowodowych na okoliczność doznanej szkody. Zgodnie z art. 361 § 2 kc naprawienie szkody obejmuje straty, które poszkodowany poniósł oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono. Ewentualną szkodą może być wysokość zapłaconej składki czy też wysokość odszkodowania, jakie powódka mogłaby uzyskać w innym zakładzie ubezpieczeń, pod warunkiem wykazania, że gdyby mąż powódki wiedział o karencji zawarłby korzystniejszą umowę ubezpieczenia nie zawierającą takiego postanowienia. Powódka nie dążyła do wykazania powyższych okoliczności, jak również nie zgłaszała wymienionych twierdzeń a co za tym idzie roszczeń odszkodowawczych. Powódka domagała się jedynie wypłaty umówionego odszkodowania za śmierć męża.

Reasumując powyższe rozważania stwierdzić należy, iż w świetle wskazanych przez skarżącego zarzutów brak było podstaw do zmiany zaskarżonego wyroku, co skutkowało oddaleniem apelacji powódki jako bezzasadnej, na podstawie art. 385 kpc.

Na podstawie art. 98 § 1 kpc, w zw. z art. 391 § 1 kpc Sąd Okręgowy zasądził od powódki na rzecz pozwanego (...) SA w W. kwotę 1.800 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym, stosownie do § 12 ust. 1 pkt 1, w zw. z § 6 pkt 6 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).