

Sygn. akt II Ca 144/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 marca 2018 roku

Sąd Okręgowy w Piotrkowie Tryb. Wydział II Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący	SSO Jarosław Gołębiowski
Sędziowie	SSO Dariusz Mizera (spr.) SSR del. Bartłomiej Biegański
Protokolant	stażysta Iwona Jasińska

po rozpoznaniu w dniu 8 marca 2018 roku w Piotrkowie Trybunalskim

na rozprawie sprawy z powództwa M. G.

przeciwko (...)Spółka Akcyjna z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Rejonowego w Radomsku

z dnia 9 sierpnia 2017 roku, sygn. akt I C 696/16

1. oddala apelację;
2. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu za instancję odwoławczą na rzecz pozwanego.

SSO Jarosław Gołębiowski

SSO Dariusz Mizera SSR del. Bartłomiej Biegański

Sygn. akt II Ca 144/18

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 9 sierpnia 2017 roku Sąd Rejonowy w Radomsku po rozpoznaniu sprawy z powództwa M. G. przeciwko (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. o zapłatę

1. oddalił powództwo;
2. nie obciążył powoda M. G. obowiązkiem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego na rzecz pozwanej (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W.;

3. nakazał ściągnąć od powoda M. G. na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Rejonowego w Radomsku kwotę 153,80 (sto pięćdziesiąt trzy złote, osiemdziesiąt groszy) tytułem zwrotu kosztów sądowych.

Podstawą rozstrzygnięcia były przytoczone poniżej ustalenia i rozważania Sądu Rejonowego.

Zmarła A. G. (1) była objęta ochroną ubezpieczeniową wynikającą z zawartej przez (...) w R. z pozwanym towarzystwem ubezpieczeń umową ubezpieczenia grupowego. A. G. (1) ostatnio była ubezpieczona w okresie od 1 stycznia 2011 do 26 lutego 2016 roku.

W dniu 19 lutego 2016 A. G. (1) zgłosiła roszczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, a nadto leczenia szpitalnego i hospitalizacji. W dniu 9 lutego 2016 roku całkowitą niezdolność do pracy orzekł lekarz orzecznik ZUS. Z tytułu niezdolności do pracy pozwana wypłaciła zmarłej świadczenie w wysokości 10.000 złotych z należnych 20.000 złotych. Zostało ono pomniejszone o uprzednio wypłacone 10.000 złotych z tytułu poważnego zachorowania. W dniu 23 lutego 2016 roku został rozwiązany ze zmarłą stosunek pracy.

W dniu 19 lutego 2016 roku A. G. (1) złożyła wniosek o ubezpieczenie na życie kontynuacja, który obejmował wyłącznie ubezpieczenie na wypadek śmierci. Wniosek został nadany do pozwanego przez K. R.- Dyrektora Placówki Partnerskiej (...) w dniu 25 lutego 2016 roku. Umowa ubezpieczenia nie została zawarta. A. G. (1) zmarła 12 kwietnia 2016 roku.

W kwietniu 2016 roku powód M. G. zwrócił się do pozwanego o wypłatę świadczenia. Pozwany pismami z dnia 27 kwietnia i 10 maja 2016 roku odmówił wypłaty świadczenia, powołując się na treść § 3 ust. 6 pkt 1 warunków ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania i niezdolności do pracy nr (...) w związku z § 3 ust. 8 ogólnych warunków ubezpieczenia.

W ocenie Sądu zebrany w sprawie materiał dowodowy nie budzi wątpliwości i jest wystarczający dla potrzeb rozstrzygnięcia.

Mając takie ustalenia Sąd zważył, iż podstawę prawną roszczenia powoda miał stanowić art. 805 k. c. Jednakże pozwany odmówił wypłaty odszkodowania w oparciu o odpowiednie postanowienia ogólnych warunków umów. Poza sporem pozostawała okoliczność zawarcia pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia „dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby” numer polisy (...), w której określona została odpowiedzialność pozwanej za śmierć ubezpieczonego.

Na wstępie Sąd I instancji podkreślił, iż treść łączącego strony stosunku zobowiązaniowego określona została zarówno zawartą przez strony umową, jak i postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia. Zgodnie z art. 6 ust. 1 w związku z art. 4 ustawy z 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. 1996 r. Nr 11. poz. 62 ze zm.). ogólne warunki ubezpieczeń dobrowolnych ustala zakład ubezpieczeń i mieszczą się one w pojęciu wzorca umownego w rozumieniu art. 385 § 1 k.c. Mimo że nie są przepisami prawa ustanowionego przez ustawodawcę, trzeba je - jako prawo umowne - wyklądać tak, jak przepisy prawa. W razie niejasności, a zwłaszcza wątpliwości co do sformułowania i rozumienia treści poszczególnych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, należy je jednak interpretować na korzyść ubezpieczającego.

Zgodnie z art. 3 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej źródłem ochrony jest zawsze umowa ubezpieczenia, której definicję zawiera art. 805 § 1 k.c. Strony umowy uprawnione są do kształtowania treści praw i obowiązków w sposób odbiegający od ogólnych warunków ubezpieczenia (art. 7 ust. 1 ust. o dział. ub.). Przy ubezpieczeniach dobrowolnych nie jest zatem wyłączone ograniczenie, nawet w indywidualnych umowach ubezpieczenia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Ogólne warunki ubezpieczenia mogą przewidywać wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, jeżeli nie pozostają w sprzeczności z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa. Taki wniosek wynika z zasady swobody umów (art. 3531 k. c.).

Zakres ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym opiekun nr (...) został zatwierdzony odpowiednio uchwałą Zarządu (...) S.A. z 3 października 2012 roku, a warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania i niezdolności do pracy nr (...) zostały zatwierdzone odpowiednio uchwałą Zarządu (...) S.A. z 19 lutego 2014 roku. W dniu 7 listopada 2014 roku zostało zawarte porozumienie o zmianie warunków ogólnych umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zgodnie z którym warunki dodatkowe umów ubezpieczenia stanowią integralną część tego porozumienia i wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2014 roku, a które to zostały doręczone ubezpieczeniowemu funduszowi kapitałowemu opiekun dla (...) 19 listopada 2014 roku (karta 69).

Zgodnie z § 9 ust. 3 pkt. 5 ogólnych warunków ubezpieczenia przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy dodatkowej w przypadku, gdy warunki ogólne, na podstawie których umowa dodatkowa została zawarta tak stanowią". Taka umowa dodatkowa została zawarta między stronami w dniu 19 listopada 2014 roku. Z kolei stosownie do § 3 ust. 6 pkt. 1 „przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu niezdolności do pracy”.

Pozwane towarzystwo ubezpieczeń (...) dokonało takiego uznania niezdolności do pracy wobec A. G. (1) w dniu 26 lutego 2016 roku. Tym samym zastosowanie znalazł kolejny zapis ogólnych warunków ubezpieczenia NP, to jest § 3 ust. 8, zgodnie z którym „w przypadku wygaśnięcia przysługującej danemu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej na skutek zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 6 pkt. 1, wygasa również ochrona ubezpieczeniowa przysługująca temu uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia”.

Zmarła A. G. (1) wystąpiła do pozwanego w dniu 19 listopada 2016 roku z roszczeniem z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, a nadto z tytułu leczenia szpitalnego i hospitalizacji. W związku z powyższym pozwana wypłaciła ubezpieczonej łączną kwotę 20000 złotych, to jest 10000 złotych z tytułu powstania niezdolności do pracy. Co prawda, suma ubezpieczenia z tytułu powstania niezdolności do pracy wynosiła 20,000 złotych, ale została pomniejszona o uprzednio wypłacone 10.000 złotych z tytułu poważnego zachorowania. Stosownie bowiem do § 7 ust. 3 OWU NP łączy wysokość świadczenia z tytułu niezdolności do pracy i poważnego zachorowania spowodowanego tą samą przyczyną jest ograniczona do wysokości wyższego ze świadczeń przewidzianych umową dodatkową.

W ocenie Sądu ochrona ubezpieczeniowa, którą objęta była A. G. (1) wygasła w: chwili wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy. Niezasadne jest zatem roszczenie powoda o wypłatę odszkodowanie za śmierć małżonki. Z umowy wynikało dodatkowo jasno, że nie jest możliwa kumulacja roszczeń z tytułu ryzyka niezdolności do pracy i ryzyka śmierci. Nie można również zaakceptować stanowiska strony powodowej, że doszło do kontynuacji umowy ubezpieczenia wskutek złożenia odpowiedniego wniosku przez zmarłą A. G. (1). Podkreślić należy, że stosowny wniosek został złożony u pozwanego już po wygaśnięciu umowy (nadany został przez przedstawiciela towarzystwa do towarzystwa ubezpieczeniowego dopiero 25. 02. 2016 r., a wypłata świadczenia nastąpiła 26.02.2016 r.). Ponadto podkreślić należy, że złożenie samego wniosku o kontynuację nie oznacza jeszcze zawarcia stosownej umowy. Bez wątplenia jest to bowiem umowa, która wymaga złożenia stosownych oświadczeń przez obie strony (niekiedy nawet trzy). W tym zakresie ubezpieczyciel (podobnie jak ubezpieczony) ma swobodę do uznania, czy chce dalej kontynuować umowę, która wygasła i na jakich warunkach (np. czy nie powinna zwiększyć się składka z uwagi na zwiększenie ryzyka). W rozpoznawanej sprawie towarzystwo ubezpieczeniowe nie wyraziło zgody na kontynuację umowy na żadnych warunkach, co wobec wcześniejszego jej wygaśnięcia oznaczało, że zmarła A. G. (1) nie była objęta ochroną ubezpieczeniową na wypadek śmierci.

O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął na podstawie art. 102 k.p.c. w części dotyczącej zwrotu kosztów zastępstwa procesowego na rzecz strony pozwanej, mając na względzie szczególnie charakter roszczenia oraz sytuację majątkową oraz rodzinną powoda. Natomiast powód został obciążony kosztami nieuiszczonej opłaty sądowej od pozwu.

Apelacje od powyższego orzeczenia złożył powód za pośrednictwem swojego pełnomocnika zaskarżając wyrok w całości.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

1) naruszenie przepisów prawa materialnego poprzez:

-dokonanie błędnej wykładni przepisów przywołanych przez Sąd poprzez przyjęcie, że nie doszło do zawarcia kontynuacji umowy na gruncie o.w.u. ryzyka poważnego zachorowania ...

-poprzez niezastosowanie art.58 par.1 i 2 kc oraz art. 385¹ i następny poprzez nieudzielenie odpowiedzi na wniosek o przedłużenie umowy jak również poprzez pominięcie faktu rozwiązania umowy o pracę co samo w samo dawało prawo żonie powoda do wnioskowania o przedłużenie umowy.

2) dokonanie nietrafnych i niepełnych ustaleń stanu faktycznego co zupełnie zdeformowało istotę sprawy poprzez nieustalenie dat wydania korespondencji przez pozwanego za okres marzec-maj 2016.

3) dokonanie nietrafnej oceny stanu faktycznego sprawy na tle zebranego materiału dowodowego poprzez pominięcie faktu z jakiego tytułu był wypłacony zmarłej A. G. (1) i na jakiej podstawie dokonano jej zaliczenia uprzednio wypłaconej kwoty 10.000 zł, w jaki sposób i na podstawie czego rozwiązano z nią stosunek pracy, do kiedy trwał stosunek pracy i z jakiego powodu z nią ten stosunek - rozwiązano bo otwierała możliwość kontynuacji ubezpieczenia.

Skarżący podnosił, iż zgodnie z treścią par 1 ust.8 niezdolność do pracy musiała trwać nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy, a tak w okolicznościach sprawy nie było. Ponadto w par.2 owu na życie kontynuacja stanowi się, że pracownik po rozwiązaniu stosunku pracy ma okres do trzech miesięcy na złożenie wniosku o kontynuowanie ubezpieczenia co jednocześnie oznacza, że ubezpieczenie w tym okresie trwa jeśli zostanie złożony wniosek i jest to na - ten czas-jedyny podkreślam warunek. Inaczej ubezpieczający byłby nie ubezpieczony a tak nie jest. Inaczej miałby przerwę w ubezpieczeniu z konsekwencjami tego faktu. Sąd tego nie ustalał, a w całości ten wątek pominął, choć jest istotą sprawy,

Istotny jest również ust. 4 w)w paragrafu. Został złożony wniosek ale ubezpieczona nie doczekała się od pozwanego odpowiedzi. Pisma z datą marcową i z kwietnia zostały przekazane powodowi przez pracownika punktu w maju czego dowodzi korespondencja mailowa pani B. z powodem w dniu 16.05.16r gdzie pisze się o przesłaniu wniosku do W. w dniu 26 lutego ale ani słowa o udzielonej odpowiedzi przez centralę w W..

4) Naruszenie art.233 kpc poprzez niewyjaśnienie istoty sprawy co ujawniło uzasadnienie Sądu Rejonowego i kierunek rozumowania przyjęty przez Sąd Rejonowy poprzez pominięcie zestawienia faktów, zachowania toku precyzyjnego rozumowania oraz oceny chronologicznej zdarzeń i korespondencji pomiędzy stronami. Było to rażące naruszenie tego przepisu co miało decydujący wpływ na treść wyroku.

Reasumując skarżący wnosil o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania w kontekście punktu 4 zarzutów względnie zmianę skarżonego wyroku i zasądzenie na rzecz powoda żądanej kwoty wraz z kosztami procesu i odsetkami za opóźnienie .

Z ostrożności pełnomocnik powoda wnosil o zastosowanie wobec powoda art. 102 kpc w przypadku oddalenia apelacji.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Apelacja okazała się bezzasadna gdyż podniesione w niej zarzuty nie są trafne.

Wbrew twierdzeniom skarżącego Sąd dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych i w sposób właściwy ocenił zebrany materiał dowodowy. Sąd Okręgowy podziela te ustalenia i przyjmuje je za własne akceptując także ocenę prawną zaistniałego stanu faktycznego dokonaną przez Sąd Rejonowy.

Lektura środka zaskarżenia zdaje się wskazywać, iż skarżący dowodzi, iż doszło do przedłużenia umowy ubezpieczenia, a co za tym idzie pozwany winien odpowiadać w związku ze śmiercią żony powoda.

Takie twierdzenia powoda wynikają z tego, iż w jego ocenie po rozwiązaniu umowy o pracę A. G. (2) złożyła wniosek o kontynuację ubezpieczenia. W tym zakresie spotkała się jednak z odmową. W obowiązującym w Polsce porządku prawnym uprawnienie do kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia grupowego pomimo utraty statusu członka grupy ubezpieczonych może wynikać wyłącznie z postanowień umowy ubezpieczenia grupowego. Analiza OWU Kontynuacja wskazuje jednak, iż samo złożenie wniosku o kontynuację umowy nie jest jednoznaczne z jej zawarciem. Prawo wymaga bowiem złożenia odpowiednich oświadczeń woli przez strony. Po rozpatrzeniu wniosku towarzystwo ubezpieczeń przedstawia ubezpieczonemu ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia bądź odmawia zawarcia umowy. (por. § 2 ust. 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Na Życie Kontynuacja nr (...)). Pozwany w niniejszej sprawie zawarcia takiej umowy odmówił, a zatem nie doszło do jej zawarcia co za tym idzie brak podstaw do żądania w związku z tym odszkodowania.

Żaden przepis OWU nie daje ubezpieczonemu prawa do automatycznej kontynuacji umowy na mocy jednostronnego oświadczenia woli ubezpieczonego po ustaniu stosunku pracy. Brak natomiast podstaw w ustaleniach stanu faktycznego na przyjęcie, iż do zawarcia umowy doszło w sposób dorozumiany.

Skarżący jak się wydaje dużą wagę przywiązuje do okoliczności, iż zmarłej A. G. (1) wypłacono w lutym 2016r. kwotę 10.000 zł na skutek jej wniosku w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci niezdolności do pracy. W ocenie pełnomocnika powoda nastąpiło to bez podstawy prawnej albowiem skarżący powołuje się na fakt, iż aby można było mówić o prawie do tego świadczenia niezdolność do pracy winna trwać nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy. A tak - w jego ocenie - w niniejszej sprawie nie było. Tymczasem pełnomocnik nie dostrzega, iż orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 9 lutego 2016r. stwierdzało, że A. G. (1) jest całkowicie niezdolna do pracy do 28 lutego 2019r. a data powstania niezdolności to 1 grudnia 2013r. W dniu 19 lutego 2016r. A. G. (1) zgłosiła do pozwanego roszczenie z tytułu całkowitej i trwałej niezdolności do pracy. Wniosek ten został przez pozwanego uznany i kwota wypłacona. Tym samym jak słusznie uznał Sąd Rejonowy doszło do wygaśnięcia umowy podstawowej i to jeszcze przed ustaniem stosunku pracy. (por. § 9 ust. 3 pkt 5 Warunków Ogólnych (...)z (...)nr (...), w zw. z § 3 ust. 6 i 8 Warunków Ogólnych(...)nr (...)).

Z powyższego wynika, iż skutkiem wypłaty jednego ze świadczeń tj. świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci albo świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niezdolności do pracy jest wygaśnięcie całej ochrony ubezpieczeniowej. Skoro wygasła umowa podstawowa nie było jakichkolwiek możliwości jej kontynuacji. Nawet gdyby potencjalnie taka możliwość była to i tak jak wyżej wskazano nie doszło do skutecznego nawiązania stosunku zobowiązaniowego między stronami po ustaniu stosunku pracy. Rozumowanie skarżącego powołujące się na §2 ust.3 lit.a OWU Kontynuacja jakoby ubezpieczenie istniało w okresie 3 miesięcy od ustania stosunku pracy jest całkowicie błędne albowiem trzymiesięczny okres o którym mowa w tym zapisie to jedynie okres w którym może zostać złożony wniosek. Zwłaszcza, że termin 3 miesięcy liczony jest od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej co wskazuje, iż ochrona ubezpieczeniowa w tym okresie już nie działa. Poza tym w myśl § 2 ust. 5 zd. 2 OWU Kontynuacja umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem opłacenia składki ubezpieczeniowej (uiszczonej w odpowiedzi na ofertę towarzystwa ubezpieczeń kontynuacji umowy na zasadzie ubezpieczenia indywidualnego). Nie ulega wątpliwości, iż pozwane Towarzystwo (...) takowej oferty A. G. (1) nie złożyło, a zatem do zawarcia umowy nie doszło. Nawet gdyby założyć jak chce tego skarżący, iż towarzystwo ubezpieczeń nie odpowiedziało na wniosek A. G. (1) o kontynuację ubezpieczenia to trudno z tego faktu wyciągnąć wniosek, iż doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego. Zresztą aby mówić o kontynuacji ubezpieczenia musiałoby ono obowiązywać w chwili ustania stosunku pracy tymczasem jak wykazano wyżej ubezpieczenie wygasło w związku z uznaniem roszczenia A. G. (1) z tytułu całkowitej i trwałej niezdolności do pracy w końcu lutego 2016r.

Sąd Okręgowy nie dopatrywał się także naruszenia przez Sąd I instancji art. 385¹ k.c. i art. 58 k.c. . Skarżący w apelacji powołując się na naruszenie tych przepisów nie wskazał które konkretnie zapisy ogólnych warunków umów stanowią takie niedozwolone klauzule umowne krzywdzące ubezpieczoną. Nie pozwala to prześledzić rozumowania skarżącego które doprowadziło go do takiego wniosku..

Reasumując apelacja nie zawiera uzasadnionych podstaw i jako taka musi podlegać oddaleniu, a to na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. uznając, iż zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek, a powód mógł pozostawać w usprawiedliwionym przekonaniu co do zasadności swojego powództwa..

SSO Jarosław Gołębiowski SSO Dariusz Mizera del. SSR Bartłomiej Biegański