

Sygn. akt. I ACa 615/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 marca 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Rzeszowie Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący	<i>SSA Marek Klimeczak</i>
Sędziowie:	<i>SA Kazimierz Rusin</i> <i>SA Dariusz Mazurek (spr.)</i>
Protokolant:	st.sekr.sądowy Renata Rusinek

po rozpoznaniu w dniu 13 marca 2014 r. na rozprawie sprawy

z powództwa **J. S.**

przeciwko (...) **Towarzystwu (...) S.A. w W.**

o zapłatę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Przemyślu

z dnia 26 sierpnia 2013 r., sygn. akt I C 785/12

I. **zmienia** zaskarżony wyrok w pkt. I w związku z pkt. II w ten sposób, że

zasądza od pozwanego (...) Towarzystwa (...) S.A. w W. na rzecz powódki J. S. kwotę 66.000 zł (sześćdziesiąt sześć tysięcy) z odsetkami ustawowymi od dnia 15 sierpnia 2012r.,

II. **oddala** apelację powódki w pozostałej części oraz apelację pozwanego w całości,

III. **zasądza** od pozwanego na rzecz powódki kwotę 3.450 zł (trzy tysiące czterysta pięćdziesiąt) tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

UZASADNIENIE

Powódka J. S. domagała się zasądzenia od pozwanego (...) S.A. w W. kwoty 99 000zł z odsetkami w wysokości ustawowej od dnia 15 sierpnia 2012 r. oraz kosztów procesu.

W uzasadnieniu żądania powódka wskazywała, że jest osobą uposażoną na podstawie umowy zawartej przez jej syna A. S. z pozwanym Towarzystwem, która obejmowała obowiązek wypłaty przez pozwanego świadczenia uposażonemu, w przypadku śmierci ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

Pozwany wnosił o oddalenie powództwa.

Sąd Okręgowy Przemysłu orzekając o żądaniu powódki wyrokiem z dnia 26 sierpnia 2013 r. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 33 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 sierpnia 2012 r. i oddalił powództwo w pozostałej części. Zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 404 zł tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu oraz nakazał ściągnięcie od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Przemysłu kwotę 81 zł 25 gr tytułem wydatków.

W uzasadnieniu wyroku Sąd Okręgowy wskazał że rozstrzygnął sprawę w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

W dniu (...) syn powódki A. S. jako pracownik firmy (...) Spółka Cywilna zawarł z pozwanym Towarzystwem w ramach umowy ubezpieczenia grupowego, umowę ubezpieczenia na życie na warunkach określonych w ogólnych warunkach grupowego (...). Jako osobę uposażoną - uprawniona w całości do świadczenia wynikającego z umowy - wskazał swoją matkę J. S.. Celem potwierdzenia zawarcia umowy pozwany sporządził certyfikat grupowego ubezpieczenia na życie C. M., w którym określone zostały ryzyka ubezpieczeniowe, suma ubezpieczenia oraz suma świadczeń.

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniu 14 stycznia 2012 r. A. S. pracował pod kierownictwem D. M. . Obaj w tym dniu mieli za zadanie dokończenie montażu kanału instalacyjnego usytuowanego pod dachem hali na wysokości około 11 i pół metra. Kiedy obaj pracownicy znajdowali się w koszu platformy na wysokości dziewięciu metrów A. S. poczuł się słabo, osunął się na podest i wypadł z platformy, a następnie upadł na betonową posadzkę. W wyniku doznanych obrażeń spowodowanych upadkiem z wysokości A. S. zmarł w szpitalu w dniu 16 stycznia 2012 r. Zdarzenie z dnia 14 stycznia 2012 r. uznane zostało za wypadek przy pracy i przyznano rodzicom poszkodowanego J. S. i M. S. prawo do jednorazowego odszkodowania wypłaconego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Okręgowy w Przemysłu prowadził rozważania nad zasadnością żądań powódki w oparciu przepisy art. 805 § 1 i 2 pkt 2 k.c. oraz 829 i 831 § 1 k.c. W wyniku tych rozważań Sąd ocenił, że powódka J. S. jest osobą uposażoną na podstawie umowy ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy ubezpieczonym A. S. i pozwanym Zakładem (...) jako ubezpieczycielem. Oceniał biorąc pod uwagę treść ogólnych warunków grupowego (...) przyjętych przez strony, że ubezpieczony A. S. w dniu 14 stycznia 2012 roku uległ wypadkowi przy pracy, w wyniku którego poniósł śmierć.

Powołując się na treść rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego w Przemysłu z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie sygnatura akt IV U 151/12 Sąd Okręgowy ocenił, że śmierć poszkodowanego nie była konsekwencją złego stanu zdrowia poszkodowanego w chwili wykonywania zwykłych czynności związanych z pracą, ale nastąpiła na skutek urazu do którego doszło podczas wykonywania tych czynności. W ocenie Sądu Okręgowego uzasadniało to uwzględnienie powództwa co do kwoty 33 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi przyjmując, że świadczenie stało się wymagalne zgodnie z zasadą określoną w art. 817 § 1 k.c. i art. XIII ust. 4 ogólnych warunków grupowego (...).

W pozostałym zakresie sąd ocenił żądanie powódki jako nieuzasadnione przyjmując, że brak jest podstaw do przyznania świadczenia za śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku definiowanego w artykule II ust. 12 w związku z art. XV ust. 1 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie wobec braku podstaw do kumulacji świadczeń.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu Sąd Okręgowy uzasadnił przyjmując, że powództwo uwzględnione zostało w 1/2 części wobec czego ma zastosowanie art. 100 k.p.c. na podstawie którego dokonał stosunkowe rozdzielanie kosztów. Sąd przyjął że powódka poniosła koszty procesu w wysokości 4950 zł uiszczonych tytułem opłaty sądowej oraz 3617 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego. Pozwany poniesie koszty w wysokości kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 3617 zł. Jako podstawę rozstrzygnięcia o kosztach sądowych w zakresie wydatków Sąd Okręgowy wskazał art. 5 ust. 1 pkt 2 w związku z art. 113 ust. 2 pkt 1 ustawy Zdrój miałam 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Z wyrokiem Sądu Okręgowego w Przemysłu nie zgodziły się obie strony wnosząc apelacje.

Powódka J. S. zaskarżyła wyrok Sądu Okręgowego w Przemyślu co do rozstrzygnięcia zawartego w pkt II i III wyroku.

Wyrokowi w zaskarżonej części zarzuciła:

- naruszenie prawa materialnego art. 805 § 1 i 2 k.c. poprzez przyjęcie braku podstaw do zasądzenia dalszej kwoty 33 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 sierpnia 2012 r;
- naruszenie przepisów postępowania art. 230 1,233 § 1 k.p.c. mające istotny wpływ na wynik sprawy poprzez ocenę materiału dowodowego przekraczającą granice swobodnej oceny dowodów, poprzez pominięcie i nie ustosunkowanie się do udowodnionych faktów pozostających w sprzeczności z przyjętymi przez sąd za udowodnione faktami i wyprowadzonymi z tych faktów domniemaniami faktycznymi;
- naruszenie przepisów postępowania art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewskazanie w uzasadnieniu wyroku motywów rozstrzygnięcia w zaskarżonej części;
- naruszenie przepisu art. 100 k.p.c. poprzez uznanie, że żądanie pozwu zostało uwzględnione w 1/2 części nie i należało stosunkowo rozdzielić koszty procesu i zasądzić na rzecz powódki 404 zł, pomimo że powódka poniosła koszty sądowe w kwocie 8 567zł.
- naruszenie przepisu art. 98 k.p.c. poprzez nie zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów sądowych, w tym kosztów zastępstwa procesowego pomimo, że pozwany przegrał spór z powódką.

Wskazując na powyższe uchybienia powódka domagała się zasądzenia od pozwanego dalszej kwoty 33 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 sierpnia 2012 r i zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów sądowych i kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje, ewentualnie uchylenia zaskarżonego wyroku w pkt II i III i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji z pozostawieniem temu sądowi rozstrzygnięcia o kosztach za obie instancje.

W uzasadnieniu apelacji powódka argumentowała, że zgodnie z wydanym przez pozwanego certyfikatem grupowego ubezpieczenia na życie, w przypadku śmierci ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy suma świadczeń należnych uposażonemu określona została na 99 000 zł. Pozwany przed wdaniem się spór wypłacił powódce jedynie 33 000 zł. Dlatego do zapłaty pozostała kwota 66 000 zł. Apelująca podnosiła, że pomimo ustalenia przez Sąd Okręgowy że ubezpieczony uległ wypadkowi przy pracy i w wyniku tego zmarł, to brak jest podstaw do kumulacji świadczeń należnych od pozwanego. Jednak zdaniem apelującej swojego stanowiska w tym zakresie nie uzasadnił.

W ocenie skarżącej, jeżeli wynik procesu dawał podstawę do rozdzielenia kosztów pomiędzy stronami, to powinno to nastąpić w stosunku po jednej drugiej.

Pozwany zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego Przemyślu w zakresie rozstrzygnięć zawartych w pkt , I III, IV.

Pozwany zaskarżając wyrok Sądu Okręgowego w części uwzględniającej powództwo w pierwszej kolejności zarzucił wyrokowi nierozpoznanie istoty sprawy poprzez pominięcie merytorycznych zarzutów pozwanego zawartych w odpowiedzi na pozew, które miały istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy;

Ponadto pozwany zarzucił błąd w ustaleniach faktycznych wynikający z dokonania przez sąd I instancji dowolnej oceny materiału dowodowego w sposób sprzeczny z zasadami logiki i doświadczenia życiowego, z naruszeniem art. 233 § 1 k.p.c. i nieprawidłowe przyjęcie w uzasadnieniu wyroku, że doszło do zdarzenia ubezpieczeniowego objętego dobrowolną umową ubezpieczenia, podczas gdy z akt sprawy wynika, że brak było podstaw do ustalenia zaistnienia takiego zdarzenia.

Niezależnie od tego pozwany zarzucił naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego o, a także przez brak rozważenia w sposób bezstronny i wszechstronny materiału dowodowego.

Zarzucił również naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. poprzez brak wskazania w uzasadnieniu wyroku podstawy prawnej orzeczenia oraz niewskazanie, na jakich dowodach sąd się oparł, jakim dowodom odmówił wiarygodności i z jakich przyczyn.

Zarzucając naruszenie prawa materialnego pozwany podnosił, że do jego naruszenia doszło w zakresie:

- art. 353¹ k.c. w związku z art. 65 k.c. i w związku ze treścią umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez przyjęcie, że powódka była osobą uposażoną, podczas gdy ubezpieczony nie złożył swojego podpisu w miejscu w wymaganym do wyznaczenia osoby uposażonej;

- art. 353⁽¹⁾ k.c. w związku z art. 65 k.c. i art. II ust. 12 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (...) przez przyjęcie, że zdarzenie z udziałem powoda było nieszczęśliwym wypadkiem, podczas gdy okoliczności faktyczne sprawy prowadzą do odmiennego wniosku wskazującego na brak zdarzenia ubezpieczeniowego;

- art. 353¹ k.c. w związku z art. 65 k.c. i artykułem II ust. 48 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie przez przyjęcie, że zdarzenie z udziałem powoda spełnia definicję wypadku przy pracy podczas gdy okoliczności faktyczne sprawy prowadzą do odmiennego wniosku, wskazującego na brak zdarzenia ubezpieczeniowego;

- art. 353¹ k.c. w związku z art. 65 k.c. i art. XII pkt 3 podpunkt 1 poprzez nie przyjęcie, że powód nie posiadał właściwych uprawnień do poruszania się podestem ruchomym.

Wskazując na powyższe zarzuty pozwany domagał się zmiany wyroku w zaskarżonej części poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu za obie instancje.

Ewentualnie pozwany domagał się uchylecia wyroku w zaskarżonej części i przekazania w tym zakresie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji.

W uzasadnieniu apelacji pozwany argumentował, że Sąd Okręgowy pomimo podnoszonych przez pozwanego zarzutu, nie wskazał podstaw twierdzenia, że powódka jest osobą uposażoną. Ponadto w sposób błędny i bez dokonania analizy definicji zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia ustalił, że doszło do zdarzenia w postaci wypadku przy pracy opierając się na definicji zawartej w ustawie o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, a pomijając definicje zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Pozwany argumentował, że na skutek wadliwej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego Sąd Okręgowy dokonał błędnych ustaleń faktycznych i mimo braku podstaw do ustalenia odpowiedzialności pozwanego co do zasady, częściowo uwzględnił powództwo. Wskazując na sprzeczność ustaleń sądu z zasadami logiki pozwany podnosił, że Sąd Okręgowy w ustaleniach faktycznych przyjął, że poszkodowany przed wypadnięciem z podestu poczuł się słabo a mimo to ustalił, że fakt ten należy zakwalifikować jako wypadek przy pracy.

Pozwany zarzucił, że Sąd Okręgowy nie dokonał zbadania treści oświadczeń woli stron umowy zawartych w umowie ubezpieczenia i ogólnych warunkach ubezpieczenia. Dlatego w sposób błędny ocenił, że powódka była osobą uposażoną, pomimo, że ubezpieczony nie złożył swojego podpisu w odpowiedniej rubryce. Apelujący argumentował, że sąd pierwszej instancji nie wziął pod uwagę, że zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się „innych chorób i stanów chorobowych, nawet występujących nagle”. Ustalając, że ubezpieczony poczuł się słabo Sąd Okręgowy nie wziął pod uwagę że zasłabnięcie nie jest przyczyną zewnętrzną a, a przyczyną pochodzącą od wewnątrz i nie ma żadnego związku z elementami zewnętrznymi układu zdarzeń. Wbrew definicji zawartej w ogólnych warunkach ubezpieczenia Sąd Okręgowy uznał mimo to, że doszło do nieszczęśliwego wypadku.

Pozwany argumentował, że dokonując oceny, że doszło do nieszczęśliwego wypadku przy pracy z udziałem ubezpieczonego, Sąd Okręgowy nie wziął pod uwagę, że definicja wypadku przy pracy zawarta w ustawie o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych jest inna niż autonomiczna definicja zawarta w ogólnych warunkach ubezpieczenia i nie jest dla ubezpieczyciela wiążąca. Pozwany podnosił że skoro w myśl ogólnych warunków ubezpieczeń na życie nie doszło do nieszczęśliwego wypadku to brak było podstaw co do zasady do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego za zdarzenie które miało miejsce w dniu 14 stycznia 2012 r.

Uzasadniając zarzut o naruszaniu przepisów postępowania w zakresie przeprowadzonej przez Sąd oceny materiału dowodowego pozwany podnosił, że doszło do rażącego przekroczenia swobodnej oceny dowodów na skutek popełnionych błędów w rozumowaniu oraz nie uwzględnienia dowodów w postaci zeznań świadków w zakresie, w jakim świadkowie wskazywali jednoznacznie na brak zachowania przez ubezpieczonego elementarnych zasad bezpieczeństwa. Pozwany zarzucił, że w uzasadnieniu wyroku Sąd Okręgowy nie wskazał dowodów na których się oparł oraz dowodów którym odmówił wiarygodności, zwłaszcza w zakresie ustaleń dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego i naruszenia przez niego w dniu wypadku podstawowych zasad bezpieczeństwa pracy.

Sąd Apelacyjny w Rzeszowie rozpoznając apelacje powódki i pozwanego zważył, co następuje:

Odniesienie się do obu apelacji wymaga w pierwszej kolejności oceny, czy w okolicznościach faktycznych i prawnych niniejszej sprawy istniały podstawy do ustalenia odpowiedzialności pozwanego co do zasady. Ponieważ kwestii tych bezpośrednio dotyczą zarzuty podniesione w apelacji pozwanego, Sąd Apelacyjny swoje rozważania rozpocznie od odniesienia się do okoliczności stanowiących podstawę zarzutów zawartych w apelacji pozwanego.

Przede wszystkim Sąd Apelacyjny nie znajduje uzasadnienia do podniesienia przez pozwanego zarzutu o nierozpoznaniu istoty sprawy przez sąd pierwszej instancji – co skutkowałoby uwzględnieniem apelacji na podstawie art. 386 § 4 k.p.c.

Nie stanowi nierozpoznania istoty sprawy sugerowane przez pozwanego niewzięcie pod rozwagę wszystkich dowodów, które mogły służyć do należytego rozpatrzenia sprawy lub nierozważenie wszystkich okoliczności bądź wszystkich wchodzących w grę podstaw odpowiedzialności pozwanego (vide: fragment uzasadnienia w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 4 grudnia 2013r. w sprawie sygn. akt II CZ 70/13). Do nierozpoznania istoty sprawy dochodzi gdy rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji nie odnosi się do tego co było przedmiotem sprawy, gdy zaniechał on zbadania materialnej podstawy żądania albo merytorycznych zarzutów strony bezpodstawnie przyjmując, że istnieje materialnoprawna lub procesowa przesłanka unicestwiająca roszczenie (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 listopada 2012r. sygn.. akt ICZ 147/12 LEX nr 1284698).

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy dokonał merytorycznej oceny treść żądania zgłoszonego w pozwie przez powódkę, również w kontekście okoliczności podniesionych przez pozwanego w odpowiedzi na pozew. Treść zaskarżonego przez pozwanego rozstrzygnięcia była właśnie wynikiem odmiennej od oceny pozwanego, oceny prawnej dokonanej przez Sąd Okręgowy, który nie podzielił w całości podniesionych przez pozwanego zarzutów o braku podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego co do zasady. Już z treści dalszych zarzutów zawartych w apelacji pozwanego wynika, że Sąd Okręgowy na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego dokonał oceny, że istnieją podstawy faktyczne i prawne do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego wynikającej z treści zawartej umowy ubezpieczenia na życie. Sąd Apelacyjny odniesie się do podniesionych przez apelującego zarzutów dotyczących tych kwestii, zawartych przede wszystkim w sformułowanych przez pozwanego zarzutach naruszenia prawa materialnego w dalszej kolejności. Bowiem skoro dla prawidłowości rozstrzygnięcia największe znaczenie ma dokonanie trafnych ustaleń faktycznych, to w pierwszej kolejności rozważenia przez Sąd Apelacyjny wymagał podniesiony przez pozwanego zarzut oparcia rozstrzygnięcia o błędne ustalenia faktycznych, co w ocenie apelującego pozwanego było wynikiem dokonania przez Sąd I instancji z naruszeniem art. 233 § 1 k.p.c. wadliwej oceny zgromadzonego materiału dowodowego. Zarzut ten pozwany sformułował w kontekście ustalenia przez Sąd Okręgowy faktu, że w dniu 14 stycznia 2012r. ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi przy pracy, które to ustalenia pozwany kwestionował. Według twierdzeń apelującego pozwanego ustalenie przez Sąd I instancji, że wypadnięcie

ubezpieczonego z podnośnika poprzedzone było zasłabnięciem, wyklucza w świetle art. II ust. 48 o.w.u. na życie (o.w.u. na k. 59) możliwość zakwalifikowania zdarzenia z dnia 14 stycznia 2012r. jako nieszczęśliwego wypadku. Przypadkowe zdarzenie wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną w rozumieniu powołanego wyżej przepisu umowy nie stanowi nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wywołane zostało zawałem serca, udarem mózgu, oraz innymi chorobami lub stanami chorobowymi – nawet gdy występują nagle.

Jak się wydaje na podstawie treści apelacji wniesionej przez pozwanego pozwany sugeruje, że upadek z wysokości przez ubezpieczonego nie był następstwem przyczyny zewnętrznej, ale stanu chorobowego ubezpieczonego, który pozwany utożsamia z faktem zasłabnięcia A. S.. Jednak w ocenie Sądu Apelacyjnego „zasłabnięcie” nie jest jednostką chorobową, ale co najwyżej objawem stanu chorobowego lub stanu wynikającego z innego zakłócenia czynności organizmu. Przyjmując zatem, że doszło do zasłabnięcia ubezpieczonego, co stanowiło bezpośrednią przyczynę jego upadku i wypadnięcia z kosza podnośnika, nie da się na tej podstawie bez ukierunkowanego na tę okoliczność postępowania dowodowego, ustalić, że zasłabnięcie było następstwem stanu wywołanego przez chorobę ubezpieczonego. Pozwany nie podjął nawet próby wykazania takiej okoliczności poprzestając jedynie na własnych twierdzeniach. Tymczasem okoliczności sprawy, w tym wyniki sekcji zwłok przeprowadzonej w postępowaniu karnym potwierdziły, że przyczyną śmierci ubezpieczonego były obrażenia ciała powstałe na skutek upadku z wysokości. Nie odnotowano jakiegokolwiek stanu chorobowego lub innych zakłóceń w organizmie poszkodowanego. Zatem wbrew twierdzeniom pozwanego zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie dawał podstaw do ustalenia, że przyczyna wypadku, nie była przyczyną zewnętrzną - wynikającą chociażby z warunków pracy. Zawarta w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku argumentacja Sądu Okręgowego, poparta trafnie powołanym przez ten sąd orzecznictwem, wbrew twierdzeniom pozwanego nie zawiera sprzeczności logicznych i nie jest sprzeczna z doświadczeniem życiowym, co uzasadniało ocenę przez Sad Apelacyjny, że w tym zakresie zarzuty pozwanego są nieuzasadnione.

Niezależnie od tego pozwany zawarł w apelacji zarzuty mogące mieć wpływ na zakres odpowiedzialności pozwanego, a dotyczące zawinienia przez poszkodowanego przyczyn wypadku na skutek niezastosowania przez niego wymaganych środków bezpieczeństwa przy wykonywaniu tego typu prac oraz braku uprawnień do kierowania urządzeniem, wykorzystanym do wykonania pracy.

Jednak w ocenie Sądu Apelacyjnego treść tych zarzutów pozostaje bez znaczenia wobec treści zawartej przez strony umowy ubezpieczenia (art. 829 § 1 k.c.) i na co zwracał uwagę sam ubezpieczyciel treści o.w.u. na życie, zwłaszcza postanowień dotyczących włączeń i ograniczenia odpowiedzialności pozwanego(art. XII pkt 1 – 7).

Również okoliczności faktyczne zdarzenia z dnia 14 stycznia 2012r. ustalone na podstawie materiałów zgromadzonych w postępowaniu karnym oraz zeznań świadków przesłuchanych w sprawie, zwłaszcza D. M. (k. 138) nie dają podstaw do ustalenia, że poszkodowany A. S. w sposób przez siebie zawiniony doprowadził do wypadku. W tym dniu ubezpieczony wykonywał pracę będąc pod faktycznym kierownictwem innych osób. Podnośnik, który był wypożyczony do wykonania tej pracy nie spełniał wszystkich wymogów bezpieczeństwa, nie posiadał urządzeń do których możliwe było przypięcie szelek bezpieczeństwa, miał uszkodzone zabezpieczenia. Podnośnikiem faktycznie kierował D. M., a nie jak twierdzi apelujący A. S.. Nie sposób przyjąć, w tych okolicznościach, że zachodziła podstawa do wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. XII pkt 3 podpunkt 1 o.w.u. na życie.

Kończąc rozważania nad zawartymi w apelacji pozwanego zarzutami odnoszącymi się do zarzutu naruszenia prawa materialnego poprzez nie uwzględnienie treści umowy i postanowień o.w.u. na życie Sąd Apelacyjny zauważa, że zaskarżone przez pozwanego w tej części rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego jest wynikiem poczynionych przez Sad ustaleń faktycznych, a nie wadliwego zastosowania lub niewłaściwej interpretacji wskazanych przez pozwanego przepisów.

Dlatego rozważania zawarte przy okazji omawiania przez Sąd Apelacyjny zarzutu dokonania przez Sąd I instancji wadliwych ustaleń faktycznych, zachowują i w tym miejscu swoją aktualność. Należy zauważyć, że zgodnie z art. II pkt 44 o.w.u. na życie za osobę uposażoną strony umowy uznały osobę wskazaną na piśmie przez ubezpieczonego, jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w wypadku jego śmierci. Dlatego trafnie ocenił Sąd Okręgowy, że skoro

ubezpieczony wskazał powódkę jako uposażoną wpisując jej dane w odpowiedniej rubryce we wniosku o zawarcie ubezpieczenia, a ubezpieczyciel wniosek taki przyjął to doszło do zawarcia przez strony umowy ubezpieczenia zgodnie z art. IV ust. 1 o.w.u. Skoro pozwany nie skorzystał z trybu wskazanego w art. IV ust. 4 o.w.u. należało przyjąć, że umowa zawarta przez strony odpowiada treści wniosku złożonego przez ubezpieczonego. W świetle zawartych wyżej rozważań Sądu Apelacyjnego dotyczących okoliczności faktycznych w jakich doszło do wypadku i oceny, że zdarzenie w dniu 14 stycznia 2012r. było nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy, w następstwie którego ubezpieczony poniósł śmierć, same tylko twierdzenia pozwanego co do charakteru tego zdarzenia nie mogły spowodować zakładanego przez apelującego skutku w postaci uwzględnienia apelacji.

Dlatego nie znajdując podstaw do uwzględnienia apelacji pozwanego Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację pozwanego w całości jako nieuzasadnioną.

Odnosząc się natomiast do apelacji powódki Sąd Apelacyjny ocenia, że jest ona uzasadniona w zakresie w jakim skarżąca powołując się na naruszenie prawa materialnego, domaga się zmiany wyroku w zaskarżonej części i uwzględnienia powództwa zgodnie z treścią żądania zawartego w apelacji.

Dokonując oceny żądania powódki Sąd Okręgowy nie poddając szerszej analizie treści stosunku prawnego łączącego strony ocenił arbitralnie, że nie ma podstaw do kumulacji świadczeń w razie gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wyczerpuje kilka zdarzeń ubezpieczeniowych objętych umową ubezpieczenia zawartą przez strony. Tymczasem już z treści o.w. u. na życie zawartych w art. XV ust. 2 podpunkt 7 wynika, że zawarta z pozwanym umowa przewidywała sumowanie świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, objętym umową dodatkową. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należna z tytułu wszystkich umów dodatkowych, w których przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących pobytu ubezpieczonego w szpitalu, osierocenie dziecka oraz pomoc medyczną w kraju, zgodnie z zawartą przez strony umową nie mogła przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmiercią ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji i śmiercią ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy. Jak prawidłowo ustalił Sąd Okręgowy, zgodnie z treścią zawartej umowy potwierdzoną certyfikatem grupowego (...) wystawionym przez pozwanego, pozwany zakład ubezpieczeń przyjął na siebie odpowiedzialność za zdarzenia obejmujące ryzyko śmierci ubezpieczonego, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy. W każdym z tych wypadków strony określiły sumę ubezpieczenia na kwotę 33 000 zł. Określona w umowie suma ubezpieczenia określała górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za wskazane w umowie zdarzenie ubezpieczeniowe. Ustalając zatem, że na skutek nieszczęśliwego wypadku, który miał charakter wypadku przy pracy - ubezpieczony A. S. poniósł śmierć, uposażona na podstawie umowy J. S. uprawniona była do otrzymania sumy świadczeń wynikających z umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, przy czym górną granicę odpowiedzialności pozwanego stanowiła suma poszczególnych sum ubezpieczenia to jest 99 000 zł. (3 x 33 000 zł). Ponieważ pozwany spełnił świadczenie w zakresie umowy podstawowej wypłacając uposażonej kwotę 33 000 zł, uposażonej przysługiwało skuteczne względem pozwanego roszczenie o zapłatę świadczeń wynikających z umowy dodatkowej w związku z powstaniem zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku oraz nieszczęśliwego wypadku mającego charakter wypadku przy pracy - t.j. łącznie 66 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od prawidłowo ustalonej przez Sąd Okręgowy daty wymagalności świadczenia.

Skoro w omówionym zakresie apelacja powódki okazała się uzasadniona Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i orzekł zgodnie z żądaniem zawartym w apelacji powódki, co do roszczenia głównego i odsetek ustawowych.

Brak było podstaw do uwzględnienia apelacji powódki w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu. Biorąc pod uwagę, że przedmiotem żądania powódki w pozwie była kwota 99 000 zł, prawidłowo ocenił Sąd Okręgowy, że powódka częściowo uległa w swoich żądaniach co uzasadniało stosunkowe rozdzielenie kosztów procesu pomiędzy stronami w zależności od wyniku sprawy. Dlatego w tym zakresie apelacja powódki jako nieuzasadniona podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Rozstrzygając o kosztach postępowania apelacyjnego, Sąd Apelacyjny biorąc pod uwagę, że wynik tego postępowania niemal w całości był zgodny z treścią żądania powódki oraz okoliczność, że apelacja pozwanego została oddalona w całości na zasadzie wyrażonej w art., 98 § 1 k.p.c. odpowiedzialności za wynik sprawy zasądził od pozwanego na rzecz powódki koszty postępowania w wysokości odpowiadającej wynagrodzeniu pełnomocnika ustalonemu zgodnie z § 13 ust. 1 pkt 2 i § 6 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie(...).

Z tych wszystkich względów orzeczono jak w sentencji.