

sygn. akt II C 2466/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 kwietnia 2021 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie – II Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: sędzia Marcin Polakowski

po rozpoznaniu w dniu 09 kwietnia 2021 w Warszawie

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa M. S. (1)

przeciwko (...) w L.

o zapłatę

1. zasądza od (...) w L. na rzecz M. S. (1) kwotę 318.864,00 (trzysta osiemnaście tysięcy osiemset sześćdziesiąt cztery) złote wraz z odsetkami ustawowymi od 11 października 2013 r. do 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 01 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;
3. ustala, iż powódka wygrała sprawę w 79,3 % i winna ponieść 20,7 % kosztów procesu oraz kosztów sądowych, natomiast pozwany wygrał sprawę w 20,7 % i winien ponieść 79,3 % kosztów procesu oraz kosztów sądowych, zaś szczegółowe wyliczenie tychże kosztów pozostawia referendarzowi sądowemu.

sygn. akt II C 2466/20

UZASADNIENIE

M. S. (1) pozwem z 30 kwietnia 2018 r. wniosła o zasądzenie od (...)Limited w L. kwoty 76.000 zł wraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie ostatecznie od 11 października 2013 r. do dnia zapłaty (k. 137) tytułem odszkodowania z tytułu zaistnieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powódka zażądała również zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że jej mąż był ubezpieczony w ramach ubezpieczenia grupowego posiadaczy (...) na wypadek śmierci w ramach ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków nr (...). Ubezpieczony zmarł podczas wyprawy wysokogórskiej w A.. Powódce, jako beneficjentce na mocy umowy ubezpieczenia przysługuje roszczenie o zapłatę kwoty 10.000 USD powiększonej o 2% sumy ubezpieczenia na każde dziecko, maksymalnie o 10 % sumy ubezpieczenia. Wobec powyższego, zdaniem powódki, suma należnego świadczenia wynosi po przeliczeniu 402.147,00 zł. Powódka wskazała, że dochodzi części przysługujące jej od pozwanego roszczenia, nie zrzekając się przy tym prawa do dochodzenia pozostałej części roszczenia. (pozew – k. 3- 11).

W odpowiedzi na pozew (...)Limited w L. wniosła o oddalenie powództwa w całości jako bezzasadnego. Pozwana wskazała, że udzielone ochrona ubezpieczeniowa w części, która mieć zastosowanie w niniejszej sprawie dotyczy jedynie następstw nieszczęśliwych wypadków, które zostały zdefiniowane we wzorach umownych jako nagłe, niespodziewane zdarzenie spowodowane czynnikami zewnętrznymi, niezależne od woli osoby ubezpieczeniowej. Zdaniem pozwanej, z materiałów dowodowych przedstawionych przez stronę powodową nie wynika, że zdarzenie

powodujące śmierć poszkodowanego miało przede wszystkim charakter nagły i ciągły. Również bezpośrednia przyczyna śmierci zmarłego zakładana przez powódkę, czyli zamrożenie, nie może być za taką uznana. Pozwana wskazała, że osoby uprawiające wspinaczkę wysokogórską, a więc sportu ekstremalnie ryzykownego, powinni liczyć się z możliwymi negatywnymi konsekwencjami. (odpowiedź na pozew – k. 93- 99)

W piśmie procesowym z dnia 4 grudnia 2019 r. powódka rozszerzyła powództwo o kwotę 326.147,00 zł. W konsekwencji powódka domaga się aktualnie kwoty 402.147 zł od pozwanej. Jednocześnie wskazała, że zgłaszane roszczenie nie przedawniło się wobec zawezwania pozwanego do próby ugodowej w dniu 15 września 2016 r. (pismo procesowe powoda – k. 284)

W replice pozwana podniosła zarzut nadużycia uprawnienia procesowego wobec błędnego oznaczenia w wniosku o zawezwanie do próby ugodowej jako strony (...) Limited sp. z o.o. Oddział w Polsce. (replika na rozszerzenie powództwa – k. 291- 298).

Wobec połączenia transgranicznego w 2019 r. pozwana została przejęta przez (...), która działa na terenie Polski poprzez (...) Spółka Akcyjna Oddział w Polsce. (k. 257-265, 314). Sąd postanowieniem z 29 września 2020 r. (k. 323) stosownie do tej zmiany podmiotowej, zawiesił, a następnie podjął postępowanie.

Sąd ustalił, następujące fakty:

(...) Limited w L. (obecnie: (...)) zawarł z(...) sp z o.o. z siedzibą w W. umowę generalną ubezpieczenia posiadaczy kart (...) wydawanych przez (...) sp. z o.o.. integralną częścią umowy stanowią Szczególne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków i (...) dla posiadaczy Kart (...) (dalej: szczególne warunki ubezpieczenia) i Informacja dla Posiadaczy Kart (...) Objętych Ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków i Ubezpieczenia (...). (okoliczności bezsporne)

Zgodnie z szczególnymi warunkami ubezpieczenia nieszczęśliwym wypadkiem jest nagłe, niespodziewane zdarzenie spowodowane czynnikami zewnętrznymi, niezależne od woli ubezpieczonego. Uszkodzeniem ciała w znaczeniu przyjętym w warunkach szczególnych ubezpieczenia jest uraz ciała spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, mającym miejsce w okresie ubezpieczenia, a który nie powstał stopniowo. Beneficjentem w rozumieniu szczególnych warunków ubezpieczenia jest w przypadku śmierci osoby ubezpieczonej pozostający przy życiu małżonek osoby ubezpieczonej, a następnie dzieci, rodzice, inne osoby fizyczne – spadkobiercy ustawowi (definicje – k. 28, 29).

Zgodnie z postanowieniem A1 szczególnych warunków ubezpieczenia w przypadku, gdy osoba ubezpieczona dozna uszkodzenia ciała, które w ciągu dwóch lata jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do śmierci, ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczającemu lub beneficjentowi świadczenie określone w polisie z zastrzeżeniem wskazanych poniższych warunków. Świadczenie wypłacone z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku zostanie podwyższone o 2% dla każdego dziecka – do maksymalnej wysokości 10 % świadczenia. Śmierć powstała w następstwie działania surowych warunków pogodowych uznaje się za spowodowane Uszkodzeniem ciała (postanowienia mające zastosowanie do części A – k. 32). W szczególnych warunkach wskazano również, że ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w przypadku, gdy choroba (niestanowiąca konsekwencji uszkodzenia ciała), przyczyny naturalne lub zmiany zwyrodnieniowe lub stopniowe pogarszający się stan zdrowia przyczyniły się do powstania uszkodzenia ciała lub śmierci lub stanowiły ich skutek (wyłączenia dot. części A szczególnych warunków ubezpieczenia – k. 32)

Suma ubezpieczenia w zakresie części A1 ubezpieczenia, tj. na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku wynosi 100.000 \$ (USD) (informacja dla posiadaczy kart – k. 22).Wśród okoliczności wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela wskazano, że nie zostanie wypłacone odszkodowanie, jeżeli zdarzenie wywołujące szkodę bezpośrednio lub pośrednio spowodowane było lub wynika z następujących czynników, takich jak np. aktywne uczestnictwo w sportach ekstremalnych takich jak skoki spadochronowego, lotniarstwo, parasailing, jazda na nartach

poza wyznaczonymi trasami, nurkowanie (poniżej 18 m. głębokości) grotolażenie czy skoki na bungee (pkt 5 informacji – k. 24)

J. K. był posiadaczem karty (...)o numerze (...), wobec czego objęty był polisą nr (...). Karta (...) J. K. była ważna podczas jego pobytu w A. w styczniu 2013 r. (okoliczności bezsporne)

J. K. w czasie wyjazdu do A. miał 47 lat. Udając się na wyprawę do A. był mężczyzną w sile wieku, przez lata uprawiał triathlon. J. K. zamierzał wziąć udział w zawodach triathlonowych (...) w 2013 r. Jego kondycję fizyczną inne osoby zgodnie oceniały jako bardzo dobrą. Przez lata nie chorował, jedyny pobyt w szpitalu od 2004 r. związany był z operacją prostowania przegrody nosa (zeznania świadka K. B.- k. 137- 139; zeznania świadka L. C. – k. 169-170, dokumentacja medyczna NFZ – k. 183 – 200, odpis skrócony aktu zgonu- k. 19, opinia biegłych k. 229-240). J. K. od dnia 19 sierpnia 2002 pozostawał w związku małżeńskim z M. S. (1). W trakcie małżeństwa doczekali się dwóch synów M. (ur. (...)) i M. (ur. (...)); (opisy skróconych aktów urodzenia M. i M.- k. 45-46; odpis skróconego aktu małżeństwa – k. 20).

Zimą 2013 r. J. C. zorganizował wyprawę do A. w celu zdobycia A. – najwyższego szczytu A.. W przedsięwzięciu wzięło udział 16 osób, w tym J. K.. To była dla niego kolejna wysokogórska wyprawa. Mężczyzna zanim udał się do A., żeby wspiąć się na najwyższy szczyt obu A., miał za sobą zdobycie M. w 2008 r. oraz C. w 2008 r.. Wyprawa w 2013 r. była drugą J. K. zdobycia A.. Pierwsza miała miejsce w 2010 r. i zakończyła się bez podjęcia ataku szczytowego ze względu na warunki pogodowe.

Wyprawa z uczestnictwem L. C. przebiegała zgodnie z planem. Jej członkowie wylądowali w B., skąd udali się do M., a następnie do miejscowości P. położonej na wysokości około 2.300 m. n.p.m. Stamtąd przemaszerowali się na do bazy położonej na wysokości 4.200 m. n.p.m. Żeby zdobyć szczyt najwyższej góry A. należało skorzystać z dwóch obozów na wysokościach: ok. 5200 m. n.p.m. oraz 5.900 m. n.p.m.. Wszyscy członkowie wyprawy udali się z bazy do obozu pierwszego, gdzie spędzono noc. Następnie cała wyprawa udała się z ograniczoną ilością sprzętu do obozu drugiego, po czym zeszli do obozu pierwszego.

W podczas pobytu w pierwszym obozie wyprawa się podzieliła. L. C. uznał, że nie jest możliwy atak szczytowy z wszystkimi członkami grupy. Trzy osoby, tj. J. K., L. P. oraz S. S., zdecydowali się na samodzielny atak na szczyt A.. Podczas gdy reszta uczestników wyprawy wróciła do bazy, oni podeszli pod drugi obóz, gdzie przenocowali i następnego dnia, tj. 27 stycznia 2013 r. udali się na szczyt. L. P. pierwszy zdobył szczyt o godzinie 10:00 i o 15:00 był w bazie.. S. S. osiągnął szczyt o godzinie 12:00. W trakcie schodzenia minął się z J. K., który podchodził pod szczyt. Ostatni raz J. K. widziany był na szczycie góry około godziny 14 przez (...)wspinacza. O godzinie 17:00 S. S. udało się dotrzeć do drugiego obozu. Stamtąd, godzinę po przyjsciu, skontaktował się z L. C. znajdującym się w bazie, informując o bardzo trudnych warunkach pogodowych. Był zaniepokojony, że J. K. jeszcze nie ma Wskazał, że zaczął intensywnie padać śnieg oraz pojawiła się silna mgła. Wobec tych zjawisk pogodowych widoczność była ograniczona do kilkunastu metrów.

Wobec niepojawienia się J. K. z żadnym z obozów znajdującym się na zboczach A. następnego dnia rozpoczęta została akcja ratunkowa. Pomimo wykorzystania helikopterów nie udało się jednak zlokalizować zaginionego. (zeznania świadka K. B.- k. 137- 139; zeznania świadka L. C. – k. 169-170).

W dniu 16 lutego 2013 r. ciało J. K. zostało odnalezione przez strażniczkę Parku Narodowego (...), która zauważyła na głazie plecak, po czym sprawdziła jego zawartość i znalazła w nim paszport na nazwisko zaginionego. Gdy warunki pogodowe pozwoliły, funkcjonariusze służby parku narodowego i policji polecili helikopterem w okolice znalezienia miejsca plecaka. W trakcie przelotu zauważono ciało J. K.. Zarówno plecak, jak i zwłoki znajdowały się na prawym brzegu rzeki V. (protokół czynności dodatkowych w ramach postępowania nr (...) policji prowincji M. – k. 48 – 54).

W chwili znalezienia zwłoki były rozebrane, ze zniszczoną podkoszulką koloru czarnego owinięta dookoła prawej ręki. Zwłoki spoczywały na plecach, w twarzą w górę, w pozycji prostopadłej do kierunku biegi rzeki, z twarzą w stronę doliny. W wyniku sekcji zwłok sporządzonej na potrzeby postępowania przed prokuraturą w A. ustalono, że pewna lub najbardziej prawdopodobną datę zgonu na dzień 28 stycznia 2013 r.. Twarz zmarłego była czarniawa, odwodniona,

na plecach były brązowe plamy po otarciach na obszarze ok. 15 cm, skórna na nogach była odwodniona, w tylnej części obu stóp koloru czarniawego, wskazano na przerost mięśnia sercowego (380 g). W opłucnej nie było płynu. Zmarły nie miał we krwi alkoholu, również badania pod kątem obecności narkotyków w ciele dały wynik ujemny. We wnioskach wskazano, że obrażenia zmarły doznał na skutek zamrożenia.

J. K. doznał urazu mechanicznego skutkującego złamaniem nosa oraz otarciami na plecach oraz wynikającego z długotrwałego oddziaływania niskiej temperatury otoczenia. Przed śmiercią przeżył fazę marznięcia, centralizacji krążenia i odmrażania dystalnych części ciała. Do zgonu nie przyczynił się jakkolwiek czynnik tkwiący w organizmie J. K..

(protokół sekcji zwłok – k. 55- 57, fotografie, opinia biegłych k. 229-240).).

Dnia 4 kwietnia 2013 r. M. S. (1) zgłosiła roszczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku. W zgłoszeniu wskazała, że ubezpieczony mąż, J. K. zmarł w wyniku utonięcia w potoku w masywie górskim A. w A.. W dniu 4 lipca 2013 r. skierowano do ubezpieczyciela pismo zawierające dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela potrzebne do oceny zasadności wniosku.

W piśmie z dnia 11 lutego 2013 r. (...) Limited poinformowała, że ubezpieczyciel nie znajduje podstaw do wypłacenia odszkodowania, ponieważ nie znajduje opisu okoliczności zdarzenia, skutek którego doszło do śmierci ubezpieczonego J. K..

W odpowiedzi ubezpieczyciel podniosła, że z uwagi na brak świadków tragicznego zdarzenia nie jest możliwe precyzyjne i jednoznaczne ustalenie jego przebiegu. W ocenie M. S. (2) fakty przedstawione w dokumentach w sposób niebudzący wątpliwości wskazują, że zgon J. K. nie nastąpił z przyczyn naturalnych, czy też działania osób trzecich a jedynie nieszczęśliwego wypadku

W piśmie z dnia 10 października 2013 r. (...) sp. z o.o. poinformował, że podjął decyzję o odmowie wypłaty świadczenia. W uzasadnieniu wskazano, że J. K. nie doznał uszkodzenia ciała w rozumieniu przyjętym w szczególnych warunkach ubezpieczenia i zmarł z nieznanych przyczyn. (pisma k. 60-63).

We z dnia 14 września 2016 r. skierowanej do (...) sp. o.o. Oddział w Polsce M. S. (1) zawiadzała do próby ugodowej w sprawie o zapłatę na jej rzecz kwoty 402.147,00 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 6 maja 2013 r. do dnia zapłaty (wniosek z dnia 14 września 2016 r. – k. 64).

Na posiedzeniu jawnym w Sądzie Rejonowym dla Warszawy- Śródmieścia w Warszawie w sprawie z powyższego wniosku stawil się pełnomocnik powódki, ale nie stawila się strona pozwana. Wobec tego Sąd stwierdził, że do zawarcia ugody nie doszło (protokół z dnia 30 stycznia 2017 r. w sprawie sygn.. VI Co 2395/16 - k. 70).

Powyzsze fakty Sąd ustalil na podstawie wyzej wymienionych dokumentow, jak rowniez na podstawie zeznan przesluchanych swiadkow. Sąd dal wiarę przedlozonym dokumentom. Wskazac nalezy, iz zadna ze stron nie kwestionowala ich autentycznosci oraz zgodnosc z oryginalami. W ocenie Sadu brak bylo podstaw, aby odmowic wiary informacjom wynikajacym z tych dokumentow. Sąd dal rowniez wiarę zeznaniom swiadkow, albowiem byly one wiarygodne, wzajemnie się uzupełnialy oraz korespondowaly z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w aktach sprawy.

Sąd dopuscil dowod z laczonej opinii bieglych sadowych z zakresu medycyny sadowej i kardiologii w celu ustalenia mechanizmu i przyczyny smierci J. K., w tym ustalenia, jak dlugo istnial ten mechanizm oraz czy stwierdzone na podstawie sekcji zwlok zmiany w organizmie J. K. w postaci zwężenia naczyń wieńcowych, przekrwienia serca, przerostu zastojowych biernych w sercu byly wynikiem smierci, czy tez istnialy wczesniej i czy mogly doprowadzic do smierci w tych okolicznosciach, w jakich znalazl się J. K. (postanowienie z dnia 17 stycznia 2019 r. zmienione postanowieniem z dnia 10 maja 2019 r. – k. 170, 220)

Biegli wskazali w swojej opinii, że wynik badania pośmiertnego, jak i informacje dotyczące okoliczności zgonu J. K. wskazują na najbardziej prawdopodobną bezpośrednią przyczyną zgonu było wyczerpanie i wyziębienie, wychłodzenie organizmu. Zwężenie naczyń wieńcowych odnotowywano dopiero pod mikroskopem w preparatach, co świadczyć ma o tym, że zmiany dotyczy najdrobniejszych naczyń. Nie stwierdzono makroskopowych blaszek miażdżycowych ani patologicznych ognisk w mięśniu sercowym. Przerost mięśnia sercowego w ocenie kardiologa ma charakter umiarkowany przy braku innych patologii nie ma stanowi problemu klinicznego. Biegli stwierdzili jednoznacznie, że otarcia na placach, a także złamanie nosa wskazują, że zmarły na jakimś etapie schodzenia upadł i zsunął się po zboczu. Biegli stwierdzili również, że do zgonu J. K. nie przyczynił się jakikolwiek czynnik zewnętrzny, tkwiący w organizmie. Dodatkowym elementem wskazującym na śmierć z oziębienia był stan ciała w chwili jego znalezienia – zwłoki J. K. były nagie (opinia biegłych – k.229- 240).

Sąd pominął dalszy dowód z opinii łącznej opinii biegłych wnioskowany przez stronę pozwaną jako mający wykazać fakt bezsporny, nieistotny dla rozstrzygnięcia sprawy lub udowodniony zgodnie z twierdzeniem wnioskodawcy. Opinia biegłych wprost wskazuje, że przyczyną zgonu był ogólne wyczerpanie i wychłodzenie organizmu odrzucając warianty związane z przyczynami tkwiącymi wewnątrz organizmu zmarłego. Nieistotne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy są również pytania dot. podstawy oceny biegłych spełnienia kryteriów nieszczęśliwego wypadku, ponieważ w tym zakresie wnioski opinii nie są istotne dla sądu, który jako jedyny może ocenić spełnienie tych przesłanek. Nieistotne jest również pytanie dot. długości trwania procesu wyziębienia, ponieważ wynika on z pozostałych zgromadzonych dowodów w sprawie, a samo zjawisko nie jest zdefiniowane w treści umowy ubezpieczenia.

W ocenie Sądu sporządzona opinia została wykonana w sposób rzeczowy, rzetelny oraz przekonywujący, w oparciu o specjalistyczną wiedzę i doświadczenie zawodowe biegłego. Opinia jest jasna i logiczna. Dlatego też Sąd uznał ją za przydatną do ustalenia okoliczności, dla których została powołana. Nie było też przesłanek nakazujących uzupełnienia tej opinii.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało uwzględnienie, choć nie w pełnej wysokości.

Pozwana żądała spełnienia świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków, o którym mowa w art. 829 §1 pkt 2 k.c. W tym miejscu należy zauważyć, iż zgodnie z postanowieniami ogólnymi szczególnych warunków ubezpieczenia (k. 30) – umowa ubezpieczenia jest przedmiotem jurysdykcji sądów polskich, a do jej postanowień stosuje się prawo polskie.

Legitymacja procesowa stron nie była kwestionowana przez pozwanego.

Bezasadne są zarzuty strony pozwanej co do uprawnienia powódki do żądania 2 % sumy ubezpieczenia za każde dziecko. W myśl postanowień Części 1A szczególnych warunków ubezpieczenia beneficjentowi tj. uprawnionemu w rozumieniu art. 831 § 1 k.c. - wypłacone zostanie świadczenie podwyższone o 2 % za każde dziecko do maksymalnej wysokości 10 % świadczenia. Brak jest jakichkolwiek podstaw, żeby składniki dodane do podstawowej kwoty odszkodowania mogły być dochodzone przez dzieci zmarłego z wyłączeniem żony – beneficjentki zgodnie z szczególnymi warunkami ubezpieczenia. Postanowienie to nie czyni bowiem uprawnionymi do otrzymania sumy ubezpieczenia dzieci ubezpieczonego, a wprowadza dodatkową przesłankę podwyższającą świadczenie na rzecz uprawnionego tj. małżonka

Podstawą odpowiedzialności pozwanego jest art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swojego przedsiębiorstwa spełnić określone świadczenie w razie przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Stosowanie do art. 805 § 2 pkt 2) k.c. świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Wypadkiem ubezpieczeniowym jest zatem zdarzenie przyszłe i niepewne, którego ziszczenie się

powoduje powstanie po stronie ubezpieczyciela obowiązku spełnienia przewidzianego umową świadczenia. Celem umowy ubezpieczenia jest przede wszystkim zagwarantowanie określonym osobom naprawienia szkody wynikłej z określonych zdarzeń losowych lub zapewnienie dochodu w przypadku zajścia takich zdarzeń. Ten ochronny charakter umowy ubezpieczenia powinien warunkować wykładnię jej postanowień. Oznacza to uwzględnianie jako zasadę odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń przy jednoczesnym ograniczonym rozumieniu przesłanek odpowiedzialność tę wyłączających (por. wyrok Sądu Najwyższego z 10 stycznia 2014 r., 1 CSK 155/13).

W tym miejscu należy także przywołać normę z art. 4 ust. 2 dyrektywy Rady 93/13 z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich, którą należy interpretować zgodnie ze wskazaniem Trybunału Sprawiedliwości unii Europejskiej (wyrok z 30 kwietnia 2014 r. C-26/13, Á. K. i H. R. przeciwko (...)) w ten sposób, że w przypadku warunku umownego takiego jak ten rozpatrywany w postępowaniu głównym wymóg, zgodnie z którym warunek umowny musi być wyrażony prostym i zrozumiałym językiem, powinien być rozumiany jako nakazujący nie tylko, by dany warunek był zrozumiały dla konsumenta z gramatycznego punktu widzenia, ale także, by umowa przedstawiała w sposób przejrzysty konkretne działanie mechanizmu wymiany waluty obcej, do którego odnosi się ów warunek, a także związek między tym mechanizmem a mechanizmem przewidzianym w innych warunkach dotyczących uruchomienia kredytu, tak by rzeczonemu konsumentowi było w stanie oszacować, w oparciu o jednoznaczne i zrozumiałe kryteria, wpływające dla niego z tej umowy konsekwencje ekonomiczne.

Skoro zatem umowa ubezpieczenia wprost nie wyłączała jako wypadku przypadku śmierci na skutek zamarznięcia i wyczerpania, to na etapie likwidacji szkody, ubezpieczyciel nie może skutecznie powoływać się na taką przesłankę negatywną.

Przedmiotem ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków jest sam nieszczęśliwy wypadek, który powoduje skutki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia, a do których może należeć śmierć albo uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego. Kodeks cywilny nie definiuje przy tym pojęcia nieszczęśliwego wypadku czy też wypadku ubezpieczeniowego, precyzują go zawsze ogólne warunki ubezpieczenia czy też umowa ubezpieczenia. Sposób ich zdefiniowania rozstrzyga zawsze o zaistnieniu lub nie odpowiedzialności ubezpieczyciela (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 18 marca 2016 r., V ACa 649/15).

Zgodnie z postanowieniem A1 szczególnych warunków ubezpieczenia w przypadku, gdy osoba ubezpieczona dozna uszkodzenia ciała, które w ciągu dwóch lat jako jedyna i niezależna od innych czynników przyczyna doprowadzi do śmierci, ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczającemu lub beneficjentowi świadczenie określone w polisie z zastrzeżeniem wskazanych poniższych warunków. Pojęcie „uszkodzenia ciała” zostało zdefiniowane na potrzeby umowy i oznacza uraz ciała spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, mającym miejsce w okresie ubezpieczenia, a który nie powstał stopniowo. W skład tej definicji weszło pojęcie nieszczęśliwego wypadku, również dookreślone w treści szczególnych warunków ubezpieczenia: nieszczęśliwym wypadkiem jest nagle, niespodziewane zdarzenie spowodowane czynnikami zewnętrznymi, niezależne od woli ubezpieczonego (definicje szczególnych warunków ubezpieczenia).

Zasadnym jest odniesienie się do orzecznictwa Sądu Najwyższego, które dokonuje wykładni wypadku przy pracy w rozumieniu art. 3 ust. 1 ustawy z 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (tj. Dz.U. Z 2017 r. poz. 1773). Zgodnie z ww. przepisem za wypadek przy pracy uważa się nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodującą uraz lub śmierć (...). Podobnie zatem do brzmienia definicji nieszczęśliwego wypadku określonej w przedmiotowej umowie, istotne jest czy zdarzenie powodujące śmierć ma charakter nagły oraz jest wywołane przyczyną zewnętrzną. Spornym jest ustalenie jaki jest zakres przyczyny zewnętrznej wywołujące zdarzenie powodujące śmierć lub uraz (uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia). Istotna jest uchwała Składu siedmiu Sędziów Sądu Najwyższego z 11 lutego 1963 r. (III PO 15/62), w której stwierdzono, że przyczyną sprawczą zdarzenia może być każdy czynnik zewnętrzny (tzn. niewynikający z wewnętrznych właściwości człowieka) zdolny

w istniejących warunkach wywołać szkodliwe skutki. W takim znaczeniu przyczyną zewnętrzną zdarzenia może być nie tylko narzędzie pracy, maszyna, siły przyrody, ale także praca i czynności samego poszkodowanego (np. potknięcie się, odruch).

W uchwale tej Sąd Najwyższy zwrócił uwagę na kilka zasadniczych kwestii, a mianowicie, że: 1) przyczyna wypadku nie musi być jedna, lecz w katalogu przyczyn zdarzenia przyczyny zewnętrzne mogą występować obok przyczyn wewnętrznych; 2) przyczyny zewnętrzne to nie tylko siły przyrody, narzędzia i maszyny oraz działania innych osób, ale także sama praca i towarzyszący jej wysiłek; 3) co do owej pracy - chodzi nie tylko o jakieś nadzwyczajne, zleczone pracownikowi w danym dniu zadania lub nietypowe warunki ich realizacji, ale także o zwykłe codzienne czynności pracownicze; 4) nadmierność wysiłku pracownika przy wykonywaniu pracy nie podlega cenie z punktu widzenia ogólnych norm odporności, dotyczących przeciętnego, zdrowego człowieka, ale powinna być odnoszona do indywidualnych właściwości psychofizycznych danej osoby i to w konkretnym dniu pracy.

Opisywanemu zdarzeniu przyznać należy również charakter nagłości. Nagłość oznacza nadzwyczajność danego, nieoczekiwanego zjawiska w konkretnym układzie. Postawienie warunku, aby dany wypadek ubezpieczeniowy był zdarzeniem nagłym, oznacza więc możliwość uznania za taki wypadek tylko tych skutków, które nastąpiły nagle, tzn. niespodziewanie, nieoczekiwanie, co nie oznacza jednakże czasowego powiązania szkody z działaniem przyczyny zewnętrznej, lecz jej nadzwyczajność w danym układzie. Skutek w postaci śmierci, co wystąpiło w niniejszej sprawie, zadziałania na organizm ludzki przyczyny zewnętrznej nie musi być natychmiastowy, aby był nagły biologicznie. Może się ujawnić po pewnym, nawet dłuższym upływie czasu od zadziałania przyczyny zewnętrznej.

Z tym założeniem koresponduje postanowienie ust 2 części A szczególnych warunków ubezpieczenia tym, że śmierć powstała w następstwie działania surowych warunków pogodowych uznaje się za spowodowane uszkodzeniem ciała (k. 32), które jak się wydaje jest rozstrzygające w przedmiotowym sporze. Warunki w jakich znalazł się J. K. niewątpliwie były surowe jeśli wziąć pod uwagę temperaturę i nasycenie tleniem powietrza, a także silny wiatr i opad śniegu.

Szczególne warunki ubezpieczenia w zakresie, jakim dotyczą one śmierci osoby ubezpieczonej, pozwalają na ustalenie treści pojęcia uszkodzenia ciała na potrzeby szczególnych warunków ubezpieczenia na dwa sposoby. Po pierwsze, można oprzeć się na zasadach ogólnych wynikających z definicji pojęć wspólnych dla całego wzorca umownego. W tym przypadku konieczne będzie wprawdzie ustalenie, czy doszło do nagłego, niespodziewanego zdarzenia spowodowanego, czynnikami zewnętrznymi, nie zależnego od woli ubezpieczonego, a następnie sprawdzenie czy ziściły się inne przesłanki wynikające z poszczególnych definicji pojęcia uszkodzenia ciała (np. czy uraz nie powstał stopniowo, w okresie ubezpieczenia itp.). Można również wykazać, że śmierć nastąpiła w wyniku działania surowych warunków pogodowych, co będzie równoznaczne ze śmiercią spowodowaną uszkodzeniem ciała. Nie ma podstaw, jak sugeruje strona pozwana, że pomimo stwierdzenia uszkodzenia ciała powodującego śmierć na podstawie postanowień mających zastosowanie do części A, należy również opierać się na pojęciu nieszczęśliwego wypadku. Obie metody prowadzące do rekonstrukcji znaczenia uszkodzenia ciała powodującego śmierć są wobec siebie odrębne, wobec czego rekonstruując normy nie można częściowo opierać się na przesłankach wynikających z części ogólnej szczególnych warunków ubezpieczenia, a częściowo z przepisów mających zastosowanie do części A.

Biegli jednoznacznie wskazali, że śmierć J. K. wynikała z wyczerpania i wychłodzenia organizmu. W świetle okoliczności sprawy oczywistym jest, że śmierć ubezpieczonego nastąpiła w wyniku działania surowych warunków pogodowych. Nieszczęśliwe zdarzenie miało swój początek w momencie, gdy schodząc ze szczytu J. K. zaskoczony został opadem śniegu oraz pojawieniem się mgły ograniczającej pole widzenia, co spowodowało zejście ze szlaku przez schodzącego. J. K. następnie schodził w tych warunkach, przy niskiej temperaturze i gęstości powietrza. Pomimo tak trudnych warunków zmarły zdołał zejść na poziom około 3100 m. n.p.m.. Wskazane okoliczności pozwalają na stwierdzenie, że to właśnie działanie surowych warunków pogodowych bezpośrednio wpłynęły na śmierć ubezpieczonego J. K.. Wobec tego spełniła się zastosowanie będzie miała dyspozycja normy zawartej w postanowieniu dot. części A szczególnych warunków ubezpieczenia – uznaje się, że zgon został spowodowany uszkodzeniem ciała.

Na podstawie materiału zgromadzonego w sprawie należy stwierdzić, że surowe warunki pogodowe stanowiły jedyną i wyłączną śmierci ubezpieczonego. J. K. był osoba ponadprzeciętnie wysportowaną i wytrzymałą, o czym świadczy zarówno samo wejście na najwyższy szczyt A., jak też zejście w bardzo trudnych warunkach pogodowych do poziomu 3.100 m.n.p.m oraz trenowanie triathlonu. W opinii biegłych nie było czynników wewnętrznych, tj. tkwiących w organizmie samego zmarłego, które mogły by wpłynąć na jego śmierć.

Brak jest także jakichkolwiek przesłanek wskazujących, iż śmierć ubezpieczonego spowodowana była działaniem osób trzecich.

Nie ma podstaw do odmowy świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia ze względu na wyłączenia zawarte w informacji. Wobec braku wykrycia alkoholu lub innych używek w organizmie zmarłego, jedyną przesłanką, którą można rozważać zastosowanie jest wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec wywołania szkody przez zdarzenie bezpośrednio lub pośrednio spowodowane lub wynikające z aktywnego uczestnictwa w sportach ekstremalnych takich jak skoki spadochronowego, lotniarstwo, parasailing, jazda na nartach poza wyznaczonymi trasami, nurkowanie (poniżej 18 m. głębokości) grotolazenie czy skoki na bungee (pkt 5 informacji).

Według definicji Słownika Języka Polskiego są to sporty uprawiane w trudnych warunkach. Zarówno w polskim prawie, jak i powszechnie w społeczeństwie nie ma jednolitego katalogu sportów, które należy kwalifikować do tej kategorii. Również przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe nie jednorodnie podchodzą tego zagadnienia, rozróżniając „sporty ekstremalne”, albo „sporty wysokiego ryzyka”, albo wyodrębniając zarówno sporty ekstremalne, jak i wysokiego ryzyka. Najczęściej ze sportami ekstremalnymi kojarzone są takie sporty, które odbywają się trudnym, lub bardzo trudnych warunkach klimatycznych, związanych z wysokim niebezpieczeństwem dla uprawiających oraz wymagające specjalistycznego sprzętu, umiejętności i odwagi.

Odnosząc to do niniejszej sprawy, kluczowa do oceny cechy aktywności uprawianej przez J. K. jest okoliczność trekkingowego wejścia na szczyt A. na całej swojej długości (zeznania świadka L. C.) Wchodzący na tę górę szlakiem obranym przez ubezpieczonego nie muszą posiadać wiedzy ani umiejętności z zakresu wspinaczki wysokogórskiej bądź skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającej użycia takiego sprzętu. Jedynym sprzętem, które miał J. K. w momencie atakowania góry były raki, kije i czekan. Wykorzystanie tego sprzętu nie wymaga specjalistycznej wiedzy, nie jest również jednoznacznie kojarzone ze sportami ekstremalnymi. Aktywność J. K. miała zatem charakter trekkingu nie będącego sporem ekstremalnym.

Oceniając, czy amatorska wyprawa J. K. miała charakter sportu ekstremalnego Sąd związany jest również brzmieniem art. 385 § 2 zdanie drugie, zgodnie z którym postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta.

Podsumowując ten etap rozważań, Sąd stwierdza, że przesłanka zdarzenia związanego z uprawianiem sportu ekstremalnego jako okoliczność wyłączająca odpowiedzialność ubezpieczyciela nie może mieć zastosowania w niniejszej sprawie.

Przeciwko zasądzeniu żądanej kwoty nie przemawia również podniesiony przez stronę pozwaną zarzut przedawnienia wobec roszczeń powódki zgłoszonych w rozszerzeniu powództwa. Zgodnie z art. 819 § 1 i 3 k.c. roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

Bezspornym jest, że bieg przedawnienia nastąpił w dniu 11 października 2013 r., tj. dzień po wydaniu odmownej opinii przez pozwaną. Zdaniem Sądu wnioski o zawezwanie do próby ugodowej z dnia 14 września 2016 r. przerwał bieg przedawnienia roszczeń powódki z tytułu przedmiotowej umowy ubezpieczenia. Nie ma znaczenia dla oceny czynności procesowej powódki fakt niedokładnego określania strony wzywanej.

Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - wskazanie w piśmie procesowym oddziału zagranicznego zakładu ubezpieczeń jako strony postępowania dotyczącego roszczenia wynikającego z działalności zagranicznego zakładu ubezpieczeń wykonywanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez oddział jest jednoznaczne ze wskazaniem jako strony tego postępowania zagranicznego zakładu ubezpieczeń.

Wobec nadania biegu wnioskowi przez sąd nie można innym postępowaniu podważać skuteczności jego wniesienia. Z okoliczności sprawy jasno wynika, choć strona powodowa oznaczyła oddział właściwego przedsiębiorcy zagranicznego, to de facto wzywany był właściwym przedsiębiorcą zagranicznym, tj. (...)Limited w L. działający przez (...) sp. z o.o. Oddział w Polsce. W myśl utrwalonej linii orzeczniczej nawet posłużenie się firmą oddziału osoby prawnej nie oznacza, że stroną postępowania jest oddział, jako niezależny podmiot stosunków prawnych, ponieważ stroną w postępowaniu sądowym jest wówczas sama osoba prawna będąca przedsiębiorcą zagranicznym mającym w Polsce swój oddział (wyrok SN z dnia 11 października 2013 r., I CSK 769/12, OSNC-ZD, 2014, nr D, poz. 70; Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 2015 r. III CSK 72/14, LEX). We wniosku o zawezwanie od próby ugodowej wyraźnie wskazano, jakie roszczenie i z jakiego tytułu prawnego powódka posiada wobec pozwanej. Mając to na uwadze, Sąd uznał, że skuteczne wniesienie wniosku o zawezwanie do próby ugodowej przerwało bieg przedawniania roszczenia tam oznaczonego, którego bieg ruszył dzień po posiedzeniu jawnym w dniu 30 stycznia 2017 r.

Wobec powyższego w chwili rozszerzenia powództwa w dniu 4 grudnia 2019 r. (data stempla pocztowego – k. 286) roszczenie o kwotę przewyższająca początkowe żądanie nie było przedawnione. W konsekwencji powódce, jako uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje roszczenie o zapłatę równowartości kwoty 104.000 USD. (100.000 + 2 X 2%)

Strona powodowa błędnie jednak przeliczyła kwotę wyrażoną w walucie amerykańskiej na walutę polską, przywołując regułę procesową mającą zastosowanie dla określenia wartości przedmiotu sporu poprzez przytoczenie postanowienia Sądu Najwyższego w sprawie V Cz 49/08. Tymczasem z postanowień ogólnych szczególnych warunków ubezpieczenia wprost wynika, że do wszelkich kwot wyrażonych w dolarach przyjmować się będzie odpowiednik w złotych polskich zgodnie ze średnim kursem ogłoszonym przez NBP w dniu 1 stycznia danego roku obowiązywania umowy. Postanowienie to pozostaje w zgodzie z normą z art. 358 § 2 k.c., jest przy tym jednoznaczne i nie budzi wątpliwości interpretacyjnych. Zawiera przy tym obiektywny względem stron umowy wskaźnik ekonomiczny, pozwalający określić wysokość ewentualnych świadczeń z umowy ubezpieczenia w danym roku jej obowiązywania. Rację ma przy tym pozwany, iż na potrzeby przedmiotowego sporu przyjąć należy pierwszy średni kurs dolara amerykańskiego ogłoszony w 2013 r. tj. ten z 2 stycznia wynoszący 3,066 złotego (<https://www.nbp.pl/home.aspx?navid=archa&c=/ascx/tabarch.ascx&n=a001z130102>).

Wobec tego świadczenie należne powódce wynosi 318.864,00 zł (104.000 X 3,066).

Dalej idące żądanie, w świetle umowy ubezpieczenia zawartej przez J. K., jest nieuzasadnione.

Odnośnie żądania odsetek, Sąd uznał na zasadzie art. 481 k.c., że pozwany pozostaje w opóźnieniu 11 października 2013 r. Sąd zważył, iż ubezpieczyciela obowiązuje 30 dniowy termin od dnia zgłoszenia szkody nakazujący wypłacenie należnego odszkodowania, o czym stanowi art. 817 § 1 k.c. Jednakże zgodnie z § 2 tego przepisu dyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Sąd za powódką przyjmując, iż ostatecznie obowiązek pozwanego zaktualizował się w dniu 10 października 2013 r. tj. po upływie ponad 6 miesięcy od zgłoszenia szkody i pisemnej odmowie wypłaty świadczenia. Orzeczenie o odsetkach Sąd ukształtował stosownie do żądania w tym zakresie oraz zmiany brzemienia art. 481 k.c. w okresie objętym tym żądaniem.

Dalej idące żądanie w zakresie żądanej kwoty zostało przez Sąd oddalone.

Orzekając o kosztach procesu, Sąd miał na uwadze, iż zgodnie z art. 98 k.p.c., strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony, a także przepis art. 100 k.p.c., zgodnie z którym w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań, koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone.

W punkcie 3 wyroku, Sąd stosownie do wartości przedmiotu sporu i treści punktów 1 i 2, ustalił, że powódka wygrała sprawę w 79,3% i winna ponieść 20,7% kosztów procesu oraz kosztów sądowych, natomiast pozwany wygrał sprawę w 20,7% i winien ponieść 79,3% kosztów procesu oraz kosztów sądowych. Na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. szczegółowe wyliczenie tychże kosztów, Sąd pozostawił referendarzowi sądowemu.

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

06.05.2021 r.