

Sygn. akt II Ca 804/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 października 2018 r.

Sąd Okręgowy w Kielcach II Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący: **SSO Magdalena Bajor-Nadolska**

Sędziowie: **SSO Teresa Strojnowska**

SSO Mariusz Broda (spr.)

Protokolant: stażysta Marta Siadul

po rozpoznaniu w dniu 12 października 2018 r. w Kielcach

na rozprawie

sprawy z powództwa M. F.

przeciwko Towarzystwu (...) S.A. we W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Kielcach

z dnia 5 stycznia 2018 r., sygn. akt I C 659/16

1. zmienia zaskarżony wyrok:

a) **w punkcie I (pierwszym) w całości i oddala powództwo oraz nie obciąża M. F. kosztami procesu;**

b) **w punkcie II (drugim) w całości i odstępuje od obciążania M. F. kosztami sądowymi;**

2. zasądza od M. F. na rzecz Towarzystwa (...) S.A. we W. kwotę (...) (trzy tysiące siedemset sześć) złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt IICa 804/18

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 5.01.2018r. Sąd Rejonowy w Kielcach zasądził od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. we W. na rzecz powoda M. F. kwotę 38 106,90 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 14 maja 2015r. do dnia zapłaty oraz 5817 zł tytułem kosztów procesu; nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Kielcach kwotę 2570,92 zł, tytułem kosztów sądowych. Podstawy faktyczne i prawne tej treści rozstrzygnięcia Sąd pierwszej instancji przedstawił w pisemnym uzasadnieniu (k.386-392). Z jego treści w szczególności wynika, że zasądzona kwota to odszkodowanie należne powodowi na podstawie złożonej przez powoda, w związku łączącą strony umową leasingu finansowego, deklaracji zawierającej zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową w zakresie wynikającym z umowy grupowego ubezpieczenia życia i zdrowia leasingobiorców, zawartej przez (...) S.A. z Towarzystwem (...) S.A. Zdarzeniem, które zdaniem Sądu Rejonowego, uzasadnia wypłatę powodowi odszkodowania,

jest będąca skutkiem wypadku przy pracy w dniu 13.06.2014r., całkowita niezdolność powoda do pracy do dnia 6.12.2015r.

Wyrok w całości zaskarżył pozwany. W wywiedzionej apelacji zarzucił:

- naruszenie przepisów prawa procesowego mających istotny wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 § 1 kpc, poprzez dowolną ocenę materiału dowodowego zgromadzonego w toku postępowania, w postaci opinii biegłego z zakresu ortopedii, co doprowadziło do uznania przez Sąd pierwszej instancji, że powód przez okres co najmniej 12 miesięcy nie mógł wykonywać jakiegokolwiek pracy, podczas, gdy z treści opinii wynika, że po około 6 miesiącach od dnia wypadku mógł podjąć pracę zarobkową, np. biurową;
- naruszenie art. 233 § 1 kpc, poprzez całkowicie dowolne przyjęcie, które nie znajduje poparcia w materiale dowodowym, że nie można jednorazowo otrzymać decyzji ZUS o całkowitej niezdolności do pracy na okres co najmniej 12 miesięcy;
- naruszenie art. 12 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 22.05.2003r. o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego błędną wykładnię, polegającą na uznaniu, że postanowienia warunków ubezpieczenia niejednoznacznie definiują, czym jest zdarzenie ubezpieczeniowe z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, a co za tym idzie należy je interpretować na korzyść powoda;
- naruszenie art. 65 § 2 kc w zw. z art. 805 kc, poprzez dokonanie błędnej wykładni łączącej strony umowy ubezpieczenia i uznanie, że zdarzenie jakiemu uległ powód jest zdarzeniem ubezpieczeniowym, podczas gdy z treści umowy wynika jednoznacznie, że wypadkiem ubezpieczeniowym jest całkowita niezdolność do pracy, rozumiana, jako niemożność wykonywania jakiegokolwiek pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy.

Wobec powyższego skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku, poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu na rzecz pozwanego, ponadto o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego na swoją rzecz.

Powód wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja okazała się zasadna.

Skarżący zwalczał przede wszystkim prawidłowość poczynionych przez Sąd pierwszej instancji ustaleń co do podstawy faktycznej zaskarżonego wyroku, ale także zastosowanie przez Sąd Rejonowy prawa materialnego. Wobec tego oczywistym jest stwierdzenie, że w pierwszej kolejności zweryfikowania wymagały zarzuty, które w ocenie skarżącego prowadziły do ustalenia nieprawidłowego stanu faktycznego, a dopiero w następnej kolejności możliwa była prawnomaterialna ocena tej właściwej, tj. prawidłowo ustalonej podstawy faktycznej skarżonego wyroku.

Przystępując do rozpoznania zarzutów naruszenia prawa procesowego, Sąd Okręgowy stwierdził, że dotyczą one dwóch okoliczności, po pierwsze, niezdolności powoda do wykonywania jakiegokolwiek pracy przez okres 12 miesięcy od wypadku przy pracy, po drugie niemożności uzyskania jednorazowo decyzji ZUS o całkowitej niezdolności do pracy na okres co najmniej 12 miesięcy.

Pierwsza z tych okoliczności, miała oczywiście relewantny charakter z punktu widzenia treści łączącego strony stosunku prawnego, determinującego udzielenie ostatecznej odpowiedzi na pytanie o uprawnienie powoda do świadczenia odszkodowawczego. Nie można nie dostrzegać i tego, że różnica pomiędzy tym, co ustalił Sąd Rejonowy – odnośnie całkowitej niezdolności do pracy powoda, a wersją stanu faktycznego eksponowanego w tym zakresie przez pozwanego – zarówno w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji, jak w i w postępowaniu apelacyjnym, wynika z różnego odczytania przesłanki uprawnienia do odszkodowania w postaci „całkowitej niezdolności do pracy” przez

okres minimum 12 miesięcy. Wobec tego weryfikacja prawidłowości ustalenia tej okoliczności, wymagała w pierwszej kolejności prawidłowego rozumienia kryteriów umożliwiających identyfikację tego stanu.

Analiza uzasadnienia zaskarżonego wyroku pozwala stwierdzić, że z jednej strony Sąd Rejonowy, trafnie przytacza wynikającą z § 2 pkt. 10 oraz § 2 pkt. 7 (...) S.A. definicję całkowitej niezdolności do pracy, jako całkowitą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, powodujący wydanie orzeczenia, przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, prawomocny wyrok sądu, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach. Z drugiej strony, Sąd Rejonowy poszukując odpowiedzi na pytanie o całkowitą niezdolność powoda do pracy w okresie 12 miesięcy, niekonsekwentnie – w kontekście przywołanej uprzednio treści § 2 pkt. 10 oraz § 2 pkt. 7, zawęził podstawy jej udzielenia tylko do przeprowadzenia swego rodzaju „testu” na zdolność powoda pracy wykonywanej, a nie jakiejkolwiek pracy. Taki wniosek wynika, ze skierowanych do biegłych z zakresu neurologii, psychiatrii, ortopedii, zleceń wydania opinii. Dopiero na skutek dodatkowo – wprost postawionego pytania przez pozwanego, „czy urazy jakich doznał powód w wyniku wypadku z dnia 13.06.2014r. wykluczały wykonywanie przez powoda w okresie od 14.06.2014r. do 14 czerwca 2015r. jakiejkolwiek pracy ?” (k.285), biegły z zakresu ortopedii w opinii uzupełniającej odpowiedział – „Powód z powodu złamania kręgu Th 12 mógł podjąć lekką pracę zarobkową, np. praca biurowa po około 6 miesiącach od urazu (13.06.2014r.), co powinno być uzależnione od aktualnego badania ortopedycznego i obrazu radiologicznego.”, dodając, że „Stwierdzenie całkowitej niezdolności powoda do wykonywania pracy zawodowej przez 12 miesięcy, może nastąpić, na podstawie przeprowadzonych badań ortopedycznych, kolejnych zdjęć RTG, w tym okresie. Badany (...) przedstawił tylko RTG kręgosłupa wykonane 25.11.2014, a więc 5,5 miesiąca po urazie”. Wobec tej niekwestionowanej przez strony, w szczególności przez samego powoda opinii biegłego ortopedy, nie ulega żadnej wątpliwości to, że powód po upływie około 6 miesięcy od wypadku zachował częściową zdolność do lekkiej pracy biurowej, co eliminowało stan jego całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu już wyżej przytoczonym. W tym miejscu nie można tracić z pola widzenia i tego, że ta lekka praca biurowa na możliwość wykonywania której wskazał biegły, nie była oderwana od realiów faktycznych i z tego względu, że powód niespornie jest z zawodu bibliotekarzem. Sąd Okręgowy w braku jakichkolwiek ku temu przeszkód dał wiarę tej opinii. W żadnym wypadku nie koliduje ona z pierwotnie wydaną opinią przez tego samego biegłego. Taki, a nie inny wniosek sformułowany przez biegłego w opinii uzupełniającej, był jedynie efektem zadania właściwego pytania, tj. adekwatnego do potrzeb czynionych ustaleń, a determinowanych treścią łączącego strony stosunku prawnego, z którego powód wywodził korzystne dla siebie skutki prawne. Dlatego analizowaną opinię, należało uznać za zupełną, rzetelną, logiczną i zrozumiałą. Bez znaczenia dla wyprowadzonych z jej treści wniosków, jest wcześniejsze argumentowanie przez biegłego ortopedy stanu niezdolności powoda do pracy faktem przyznania powodowi po dniu 12.12.2014r. świadczenia rehabilitacyjnego. W tym miejscu należy zwrócić uwagę i na to, że Sąd Rejonowy poprzestając na odwołaniu się tylko do takiej argumentacji, w istocie zupełnie pominął to, co wynikało z ostatecznej opinii uzupełniającej biegłego ortopedy. Dlatego za trafny należało uznać zarzut naruszenia art. 233 § 1 kpc. Niewątpliwie, Sąd pierwszej instancji pomijając istotną część opinii biegłego, a eksponując tą zupełnie nieprzydatną – wobec właściwie uwzględnionych przesłanek identyfikacji „całkowitej niezdolności do pracy”, nie dopełnił obowiązku wszechstronnego rozważenia całości materiału dowodowego, w efekcie czego dokonał nieprawidłowego ustalenia, co do tego, że stan „całkowitej niezdolności do pracy powoda trwał dłużej niż 6 miesięcy. Raz jeszcze należy podkreślić, że nie było ku temu podstaw, skoro zaoferowany przez powoda materiał dowodowy pozwalał na ustalenie, że trwało to tylko przez ok. 6 miesięcy.

Dotychczasowych wniosków nie zmieniają także ustalenia Sądu Rejonowego w tym zakresie, poczynione na podstawie opinii biegłych z zakresu neurologii oraz psychiatrii.

Jak ustalił Sąd Rejonowy, z punktu widzenia neurologicznego, nie było u powoda całkowitej niezdolności do pracy przez okres minimum 12 miesięcy. Z kolei zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku stwierdzenie, że „W przypadku powoda okres całkowitej niezdolności do pracy mógł wynieść 12 miesięcy, ale przyczyną tego stanu nie było tylko podłoże neurologiczne, mogło być nim podłoże ortopedyczne, psychiatryczne, bądź ich suma”, także nie może świadczyć o „stanie całkowitej niezdolności do pracy” w całym okresie przynajmniej 12 miesięcy. Takiego

wniosku nie wyprowadza też i Sąd Rejonowy. Natomiast pomija istotną kwestię wynikającą z opinii biegłego neurologa, która jedynie wskazuje na konieczność przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych tych w/w specjalności. To w takim kontekście mowa jest o tej możliwości, na jaką wskazała biegła z zakresu neurologii, a którą opinia biegłego ortopedy ostatecznie wyeliminowała, czego nie dostrzegł Sąd Rejonowy, czyniąc w tym zakresie wadliwe, bo nie znajdujące dowodowego oparcia, ustalenie. Jeśli chodzi o opinię biegłego psychiatry, to ona także nie dostarczyła żadnych argumentów, potwierdzających tezę, że wobec wystąpienia zaburzeń adaptacyjno - lękowych powód miał być całkowicie niezdolny do pracy. Znowu Sąd Rejonowy w ramach poczynionych ustaleń w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, formułuje tezę, która pozostaje wyrwana z kontekstu, o ile poprzestaje na stwierdzeniu „Zaburzenia adaptacyjne występujące u powoda skutkowały całkowitą niezdolnością do pracy w przedmiotowym okresie”. Istota zagadnienia sprowadza się do tego, co rzeczywiście wynikało wprost z opinii, na podstawie której Sąd Rejonowy poczynił takie ustalenie. Biegły z zakresu psychiatrii (k. 332), wskazał w niej – „Zgodnie z wystawionymi zaświadczeniami, i decyzjami Orzecznika ZUS od dnia wypadku, tj. 13.06.2014r. do dnia 6.12.2015r. był całkowicie niezdolny do pracy. W mojej ocenie zaburzenia adaptacyjne występujące u powoda skutkowały całkowitą niezdolnością do pracy w przedmiotowym okresie. Lekarz psychiatra na wizycie w dniu 19.08.2015r. wypełnił wniosek celem przedłużenia świadczenia rehabilitacyjnego, które zostało przedłużone przez Orzecznika ZUS od dnia 27.08.2015r. do dnia 6.12.2015r.”. W czasie trwania zasiłku chorobowego i zasiłku rehabilitacyjnego nie można podejmować żadnej pracy (w tym pracy na innym stanowisku). Podjęcie pracy w tym okresie skutkuje utratą prawa do zasiłku chorobowego oraz zasiłku rehabilitacyjnego”. Z tej uwzględnionej całościowo opinii wynika, że po pierwsze, biegły stawia rozpoznanie chorobowe, po drugie, całkowitą niezdolność do pracy tłumaczy tylko i wyłącznie faktem uzyskania przedłużenia zasiłku rehabilitacyjnego, oraz zakazem wykonywania w tym czasie chociażby innej pracy, pod groźbą utraty prawa do tego zasiłku. Zatem już ten ostatni argument zawiera w swej treści co najmniej domniemanie, jeżeli nie możliwości wykonywania innej pracy, co zdecydowanie przekreśla tezę o całkowitej niezdolności do pracy, bo w przeciwnym razie biegły w ogóle by nim nie operował. Niezależnie od tego, tłumaczenie stanu „całkowitej niezdolności do pracy” tylko i wyłącznie uzyskaniem zasiłku rehabilitacyjnego, jest oczywiście błędne z punktu widzenia analizy ustawowych przesłanek uzyskania takiego świadczenia. Ta teza biegłego z zakresu psychiatrii, do której w uzasadnieniu próbuje nawiązywać także Sąd Rejonowy, nie znajduje żadnego uzasadnienia z punktu widzenia przepisów regulujących prawo do zasiłku chorobowego, czy świadczenia rehabilitacyjnego.

Fakt uzyskania prawa do zasiłku chorobowego, czy świadczenia rehabilitacyjnego, jest irrelevantny dla poszukiwania odpowiedzi na pytanie o zdefiniowany już stan „całkowitej niezdolności do pracy”. W orzecznictwie podkreśla się, że przepisy tzw. ustawy zasiłkowej, tj. ustawy z dnia 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U.2017r.,1368j.t.), nie definiują pojęcia niezdolności do pracy. W piśmiennictwie zgodnie przyjmuje się jednak, że wobec tego, iż niezdolność do pracy nie jest cechą choroby, tj. nie oznacza jej natężenia, ale jest rodzajem wpływu stanu zdrowia na zdolność do pracy, ocena, że stan zdrowia wpływa na zdolność do świadczenia pracy musi być dokonywana z uwzględnieniem rodzaju pracy wykonywanej przez ubezpieczonego. Wiele schorzeń nie stanowi bowiem obiektywnej przeszkody w wykonywaniu pracy, lecz staje się nią po uwzględnieniu rodzaju wykonywanej pracy. Ta sama choroba będzie więc powodowała niezdolność do pracy u jednego pracownika i równocześnie nie będzie stanowić przeszkody w wykonywaniu pracy przez innego pracownika. Na przykład choroba narządu mowy (głosu) uniemożliwi wykonywanie pracy nauczycielowi, aktorowi lub spikerowi, ale nie wpłynie na zdolność do pracy robotnika wykonującego wyłącznie tzw. prace fizyczne i odwrotnie, choroba narządu ruchu (ręki) uniemożliwi wykonywanie pracy przez owego robotnika, natomiast nie musi wcale powodować niezdolności do pracy osoby, dla której podstawowym narzędziem używanym w pracy jest narząd mowy. Będzie tak nawet wówczas, gdy z biologicznego lub medycznego punktu widzenia wymienione dolegliwości wystąpią w takim samym natężeniu (nasileniu). Dlatego w orzecznictwie sądowym przyjmuje się, że niezdolność do pracy nie jest stanem, do którego oceny można zastosować obiektywne kryteria. O niezdolności tej decydują, między innymi, określony stan chorobowy, stopień jego nasilenia, charakter wykonywanej pracy. Niezdolność do pracy oceniana jako przesłanka nabycia prawa, zarówno do zasiłku chorobowego, jak i do świadczenia rehabilitacyjnego, musi dotyczyć pracy (stanowiska), w zakresie której została orzeczona, a nie do jakiegokolwiek innej pracy. Innymi słowy, chodzi o niezdolność do pracy wskutek choroby odnoszoną do pracy (stanowiska) wykonywanej przed zachorowaniem (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2015 r., II UK 118/14, LEX nr 1652389). Sąd Najwyższy w powołanej

uchwale uznał więc, że niezdolność do pracy jako przesłanka prawa do świadczeń z ubezpieczenia chorobowego przewidzianych ustawą zasiłkową, to będący skutkiem choroby stan organizmu odbiegający od stanu zapewniającego mu normalne funkcjonowanie, powodujący czasową niemożność wykonywania dotychczasowej pracy, to znaczy pracy wykonywanej przed zachorowaniem. Pojęcie to ma autonomiczny charakter i odnosi się do wszystkich świadczeń z "ubezpieczenia chorobowego", których warunkiem przyznania jest niezdolność do pracy z powodu choroby. (p. także Wyrok SN z dnia 31.01.2017r. II UK 644/17, Lex nr LEX nr 2237411).

Odnosząc te, przytoczone za Sądem Najwyższym, uwagi do realiów niniejszej sprawy, nie budzi wątpliwości wniossek, że fakt uzyskania przez powoda zasiłku chorobowego, czy świadczenia rehabilitacyjnego, nie był wystarczający do potwierdzenia stanu całkowitej niezdolności do pracy. Istota zagadnienia tkwi w tym, że ten ostatni, oznacza brak zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy, a więc zarówno tej wykonywanej w dacie zdarzenia, jak i każdej innej - możliwej do wykonywania z uwagi na stan zdrowia wywołany zdarzeniem. Natomiast ta niedefiniowana wprost w ustawie zasiłkowej niezdolność do pracy odnosi się jedynie do czasowej niemożności świadczenia pracy wykonywanej w dacie zdarzenia.

Z tym rozróżnieniem łączy się kolejne istotne zagadnienie, mianowicie, rozróżnienie pojęcia niezdolności do pracy na potrzeby ustawy zasiłkowej i pojęcia całkowitej niezdolności do pracy na potrzeby ustawy z dnia 17.04.1998r. o emeryturach i rentach (Dz.2018r.1270j.t.). To właśnie do przepisów tej ostatniej, a więc nie w/w ustawy zasiłkowej, odsyła zapis przywołanego już § 2 pkt. 7 (...), czyniąc to w kontekście zdefiniowania warunków jakie wino spełniać orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy w okresie przynajmniej dwunastu miesięcy. Jeżeli do tego wziąć pod uwagę i to, że definicja całkowitej niezdolności do pracy zawarta w (...) nawiązuje wprost do definicji tego stanu zawartego w art. 12 ust. 2 w/w ustawy o emeryturach i rentach (p. także wyrok SN z dnia 9.03.2006r. II UK 98/15, Lex nr 232599; Wyrok SN z dnia 8.04.2008r. , I UK 264/07, Lex nr 449875), to nie ulega żadnej wątpliwości, to że stan całkowitej niezdolności do pracy oznacza brak obiektywnej możliwości wykonywania jakiejkolwiek pracy, a sam fakt uzyskania zasiłku chorobowego, czy świadczenia rehabilitacyjnego, a takiej obiektywnej możliwości świadczyć jeszcze nie może.

Bez znaczenia dla udzielenia odpowiedzi na pytanie o czas trwania całkowitej niezdolności powoda do jakiejkolwiek pracy, pozostaje to, czy ten stan winien zostać stwierdzony w jednym orzeczeniu lekarza orzecznika, czy też może to nastąpić w więcej niż jednym tego rodzaju dokumencie. Spór co do tego, kto i w jakim trybie ma wydawać orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy na potrzeby rozstrzygnięcia sporu o wypłatę odszkodowania, pozostawał w zasadzie bezprzedmiotowy. W ocenie Sądu Okręgowego, zarówno strony postępowania, jak i Sąd Rejonowy udzielając odpowiedzi na to pytanie, zawężyły całość zagadnienia tylko i wyłącznie do już wydanych w trybie przepisów ustawy o emeryturach i rentach, orzeczeń, czy decyzji. Tym czasem uważana lektura przywołanych już § 2 pkt. 7 i 10 (...), prowadzi do wniosku, że ostateczne orzeczenia wydane przez podmioty wymienione w § 2 pkt. 7 (...) na podstawie właściwych przepisów polskiego prawa o emeryturach i rentach, nie wyczerpują wszystkich możliwości wykazania stanu całkowitej niezdolności do pracy. Taka możliwość niewątpliwie istnieje także postępowaniu sądowym poprzedzającym rozstrzygnięcie sporu takiego jak ten w niniejszym postępowaniu, o ile oczywiście nastąpi to z uwzględnieniem kryteriów, o jakich mowa w § 2 pkt. 7, czyli tych wynikających z przepisów polskiego prawa o emeryturach i rentach, co z kolei koresponduje bezpośrednio z definicją tego stanu na potrzeby ustalenia treści łączącego strony stosunku ubezpieczenia. Tej treści wniosek pozostaje w pełni logiczny. Trudno bowiem oczekiwać, by ewentualny ubezpieczony był zmuszony jedynie do wykazywania tej prawnie relewantnej okoliczności w postaci stanu całkowitej niezdolności do pracy, tylko i wyłącznie poprzez przedstawienie dokumentu wydanego przez podmiot wskazany w § 2 pkt. 7 i w trybie przepisów ustawy o emeryturach i rentach. Oznaczałoby to konieczność każdorazowo uzyskania swego rodzaju prejudykatu na potrzeby rozstrzygnięcia sporu takiego jak w niniejszym postępowaniu, a tym samym wykluczenie możliwości przesłankowego wyjaśnienia tej okoliczności bezpośrednio w tym samym postępowaniu, po przeprowadzeniu, którego sąd rozstrzyga spór o odszkodowanie. De facto przedbieg postępowania poprzedzającego wydanie zaskarżonego wyroku, potwierdza prawidłowość takiego rozumowania i jak się wydaje niekonsekwencję w odczytaniu sposobu ustalenia tej przesłanki przez strony, ale i Sąd Rejonowy, skoro w szczególności, ten ostatni utożsamiał

stan stwierdzony orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS ze stanem koniecznym do wykazania w niniejszym, abstrahując już od tego, że przecież to orzeczenie zapadło na gruncie ustawy zasiłkowej, a nie przepisów, o jakich mowa w § 2 pkt. 7 i 10 (...).

Reasumując, powód pomimo spoczywającego na nim ciężaru dowodu, wbrew stanowisku Sądu Rejonowego, nie wykazał okoliczności faktycznych uzasadniających istnienie stanu całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu § 2 pkt. 7 i 10 (...). Już poczynione uwagi, spostrzeżenia oraz przytoczone argumenty, zdaniem Sądu Okręgowego uzasadniały zmianę ustaleń Sądu Rejonowego w zakresie okoliczności determinujących odpowiedź na pytanie o stan całkowitej niezdolności do pracy powoda w okresie obejmującym przynajmniej 12 miesięcy od daty zdarzenia, od którego powód wywodził korzystne dla siebie skutki prawne.

Reasumując, tę część rozważań, Sąd Okręgowy zmodyfikował ustalenia co do tej jednej spornej, a jednocześnie mającej fundamentalne znaczenie dla rozstrzygnięcia okoliczności faktycznej. W pozostałym zakresie stan faktyczny będący podstawą zaskarżonego wyroku był niesporny, stąd Sąd Okręgowy przyjął go za własny.

Odnosząc się do prawnomaterialnej oceny stanu faktycznego, Sąd Okręgowy stwierdził, że wyprowadzone przez Sąd Rejonowy wnioski musiały ulec zmianie chociażby już w kontekście zmodyfikowanych wyżej ustaleń. Analizując rozważania Sądu pierwszej instancji, zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, zwraca uwagę pewna dość oczywista niekonsekwencja. M. z jednej strony Sąd Rejonowy prawidłowo ustala opisaną w treści § 2 pkt. 10, przesłankę, od której uzależnione było uzyskanie uprawnienia do odszkodowania, w postaci całkowitej niezdolności do jakiegokolwiek, a z drugiej próbuje zwalczać ją niejednoznacznością tego zapisu i wynikającą z tego koniecznością jego interpretowania na korzyść ubezpieczonego. Problem polega tylko na tym, że w miejsce tego zwalczanego brzmienia, zapisu (...), kreującego treść łączącego strony stosunku ubezpieczenia, Sąd Rejonowy nie przedstawia treści zinterpretowanego w sposób właściwy, jego zdaniem- korzystny dla ubezpieczonego zapisu, w szczególności takiego, który uzasadniałby dopuszczalność przyjęcia, że powód pomimo zachowanej zdolności do pracy – innej, niż tak wykonywana w dacie zdarzenia, byłby uprawniony do uzyskania świadczenia odszkodowawczego. Takiej tezy Sąd Rejonowy nie stawia i trudno się temu dziwić, bo w ocenie Sadu Okręgowego, taka konstatacja nie znalazłaby żadnego obiektywnego oparcia. Po pierwsze, wbrew stanowisku Sądu Rejonowego, zapis § 2 pkt. 7 i 10, co do definicji całkowitej niezdolności do pracy, tj. jakiegokolwiek pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy, nie budzi żadnych wątpliwości. Wystarczy poprzestać na wykładni literalnej, a każda inna wydaje się być zbędna. Jeżeli nawet wziąć pod uwagę wykładnię celowościową, to trzeba zwrócić uwagę na to, czemu tego rodzaju ubezpieczenia mają służyć. Jeżeli ktoś zechce skorzystać z ubezpieczenia na wypadek utraty zdolności do pracy zarobkowej, to zdecydowanie należy łączyć to z sytuacją, w której brak zdolności do pracy eliminuje możliwość obsługi zadłużenia z braku jakichkolwiek dochodów możliwych do uzyskania z jakiegokolwiek pracy, a nie z pracy wykonywanej w dacie zdarzenia. W przeciwnym razie, mogłoby się okazać, że zachowane możliwości innej pracy, pozwala na uzyskanie dochodów pozwalających na obsługę zadłużenia, a wówczas wypłata odszkodowania byłaby bezprzedmiotowa. Nie jest zatem tak, jak twierdzi Sąd Rejonowy i Rzecznik (...) (w zajętych w sprawie stanowisku – w trybie art. 63⁵ § 1 kpc w zw. z art. 63 kpc), że w ten sposób dochodzi do znacznego przedmiotowego zawężenia ochrony ubezpieczeniowej osób, które utraciły zdolność do pracy. Wręcz przeciwnie, granica tej ochrony jest bardzo czytelna. Chodzi tylko i wyłącznie o rozróżnienie stanów całkowitej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy, od tych, w których doszło do utraty zdolności pracy wykonywanej w dacie zdarzenia, ale z zachowaniem zdolności do wykonywania innej – lżejszej pracy, tak, jak miało to miejsce w przypadku powoda.

Zatem wbrew tylko pewnemu kierunkowi wyznaczonemu przez Sąd Rejonowy (bez wypełnienia go rzeczywistą treścią) nie było żadnych podstaw do jakiegokolwiek innej interpretacji przywołanych już wyżej zapisów (...), w szczególności „na korzyść ubezpieczonego”. Raz jeszcze podkreślić należy, że postanowienia te były jasne i czytelne. Ich zrozumiałość nie powinna budzić wątpliwości także z punktu widzenia obiektywnego kryterium, tj. zasad rozumowania ludzi uczciwie i rozsądnie myślących.

Ta zaprezentowana przez Sąd Okręgowy wykładnia, potwierdzająca prawidłowość rozumowania w tym zakresie także skarżącego, nie budzi wątpliwości również z punktu widzenia reguły opisanej w art. 65 § 2 kc. Wobec już przytoczonych uwag i spostrzeżeń trudno doszukiwać się innych wniosków w zakresie zgodnego zamiaru stron i celu umowy, obejmującej także deklarację powoda, do objęcia umową grupowego ubezpieczenia na wypadek zdarzeń mogących mieć wpływ na zdolność spłaty rat leasingowych.

Analiza stanowiska Rzecznika (...) (k.146-160) pozostaje bez wpływu na zasadność dotychczas wyprowadzonych przez Sąd Okręgowy wniosków. Rzecznik finansowy stawia tezę o niejednoznaczności wzorca umownego w zakresie w jakim obejmuje on zapis § 2 pkt. 7 i 10 (...), ale przywołana na jej uzasadnienie argumentacja nie przekonuje. Już z samego odwołania się (w ramach zajętego przez Rzecznika stanowiska) do treści obu przepisów, taki stan nie wynika. Po drugie, nie ma żadnego znaczenia to, że definicja zdarzenia ubezpieczeniowego i sposób jego wykazania zostały opisane w dwóch odrębnych pkt. § 2, bo propozycja takiego zapisu w jednej jednostce redakcyjnej, jak sugeruje to rzecznik, obiektywnie rzecz pojmując, pozostaje neutralna z punktu widzenia odpowiedzi o przejrzystość zapisu. Trudno o odmienną ocenę, skoro Rzecznik uzależnia jednoznaczność brzmienia zapisu wzorca tylko od tego, że będzie on rozbity na dwa punkty, czy też znajdzie się w jednym punkcie. Po trzecie, z całą pewnością za brakiem jednoznaczności sformułowania (...), nie może przemawiać samo oczekiwanie ubezpieczonego, co do innego – szerszego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, a więc nie tylko w sytuacji całkowitej niezdolności do jakiegokolwiek pracy (co wprost wynikało z treści (...)), ale niezdolności do pracy wykonywanej w dacie zdarzenia. Nie ulega żadnej wątpliwości to, że wyznacznikiem jednoznaczności brzmienia zapisu warunków ubezpieczenia są kryteria obiektywne, natomiast stan oczekiwań lokować należy w płaszczyźnie odczuć subiektywnych, skoro ten obiektywny punkt wyjścia prowadzi do jednoznacznej weryfikacji owych oczekiwań. Wreszcie nie można podzielić i tego zarzutu, że niezrozumiałym jest odwołanie się do właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, jako punktu odniesienia dla ustalenia stanu całkowitej niezdolności do pracy. Przede wszystkim, zauważyć należy, że stan całkowitej niezdolności został autonomicznie zdefiniowany w treści (...), a więc i samej umowie. Odwołanie się do polskich przepisów o emeryturach i rentach było jedynie powtórzeniem tego, skoro przepisy w/w ustawy definiują go w sposób analogiczny, co zostało już dostatecznie wyjaśnione. W ocenie Sądu Okręgowego to odwołanie się do przepisów tej ustawy, miało jedynie takie znaczenie, by nie było żadnych wątpliwości co do kryteriów, jakie winno spełniać orzeczenie wydane przez jeden z podmiotów, wskazanych w przywołanym już wielokrotnie zapisie (...), tak by mogło być podstawą wykazania przesłanki, o jakiej mowa. Innymi słowy, jeżeli ubezpieczony niezależnie od procesu sądowego, miałby legitymować się takim orzeczeniem, to tylko spełniłby kryteria o jakich mowa. Propozycja (Rzecznika) sięgania do ustawy świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zupełnie nie przystaje do treści (...), skoro zdecydowano w nich wyraźnie o całkowitej niezdolności do jakiegokolwiek pracy, a nie pracy wykonywanej w dacie zdarzenia. To tak, jakby odwoływać się do w/w ustawy zasiłkowej, gdzie nie ma przesłanki w postaci całkowitej do jakiegokolwiek pracy.

Postrzeżenie przez Rzecznika orzeczenia, o jakim mowa w § 2 pkt. 7 (...), jako ostatecznego, niewzruszalnego i jedynego dla wykazania stanu całkowitej niezdolności do jakiegokolwiek pracy, nie uwzględnia tego, na co wyżej Sąd Okręgowy zwrócił już uwagę.

Przypomnieć jedynie należy, że sama dopuszczalność rozstrzygnięcia niniejszej sprawy na drodze sądowej potwierdza i to, że wykazanie tej przesłanki jest możliwe także przesłankowo w procesie poprzedzającym wydanie orzeczenia. Nic nie zmienia, także formułowany przez Rzecznika postulat, by zakłady ubezpieczeń formułowały postanowienia wzorca w sposób jednoznaczny i zrozumiały. Wzorzec o jakim mowa w niniejszym postępowaniu takie kryteria spełniał. Nie można było jeszcze bardziej czytelnie opisać stanu całkowitej niezdolności do pracy, tj. jakiegokolwiek pracy, a nie tylko tej wykonywanej w dacie zdarzenia.

Warto zwrócić uwagę i na to, że Rzecznik stwierdza, iż przedstawione przez powoda dokumenty nie dawały podstawy do wypłaty świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, albowiem żeby ta ostatnio wskazana przesłanka zaistniała, to musiałyby być spełnione wszystkie przesłanki definicji umownej wskazane w § 2 ust. 10 oraz par. 2 ust. 7 (...) (k.158). Wydaje się, że to jest sedno sprawy, świadczące także o wewnętrznej sprzeczności stanowiska

Rzecznika, który z jednej strony próbuje akcentować niejednoznaczność zapisów (...), a z drugiej odwołuje się do ich treści, stwierdzając, że przedstawione przez powoda dokumenty nie potwierdzały stanu, który w świetle tych zapisów (...), byłby podstawą do wypłaty świadczenia. Nie można zgodzić się i z tym argumentem Rzecznika, że przedstawiona praktyka narusza realność ochrony ubezpieczeniowej. Problem sprowadza się jedynie do tego, czy ubezpieczony zawierając umowę w ogóle zwracał uwagę na jej zakres, który pozostawał w pełni identyfikowalny. Nie jest tak, że ochrona ubezpieczeniowa na podstawie tej konkretnej umowy, była iluzoryczna, skoro przysługiwała wówczas, kiedy istniał stan całkowitej niezdolności do jakiegokolwiek pracy, a nie tylko do tej wykonywanej w dacie zdarzenia. Postrzeganie węższego niż oczekiwany zakresu ochrony ubezpieczeniowej, jako stanu, który miałby świadczyć o tym, że nie służy ona realizacji celu tej umowy, świadczy jedynie o braku postrzegania tego ostatniego, jako pochodnej wyboru zakresu ochrony. Niewątpliwie do realizacji określonego celu umowy ubezpieczenia, koniecznym jest dobranie odpowiedniego zakresu ochrony. Natomiast twierdzenie, że cel nie jest realizowany, bo oczekiwania były większe, świadczy o niewłaściwym skorelowaniu tych dwóch elementów, co musi przynieść skutek negatywny dla ubezpieczonego, skoro zdecydował się zaakceptować węższy zakres ochrony, tj. taki na podstawie którego nie miał prawa oczekiwać, że będzie on w praktyce szerszy.

Reasumując, nie ma racji Sąd Rejonowy, o ile dochodzi do konkluzji, że nieprecyzyjny zapis § 2 pkt. 7 i 10 trzeba interpretować na korzyść ubezpieczonego. Czym innym jest oczywiście wadliwa jego interpretacja i poczynienie w tych granicach wadliwych ustaleń, a czym innym obiektywne wątpliwości co do treści interpretowanego przepisu. Wobec braku tych ostatnich, a zaistnienia tej pierwszej sytuacji, rację należało przyznać skarżącemu i w konsekwencji tego uwzględnić apelację.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy na podstawie art. 386 § 1 kpc orzekł jak w pkt. 1 a sentencji. Nie obciążanie powoda kosztami procesu (w ramach tego rozstrzygnięcia) znajduje uzasadnienie w treści art. 102 kpc. W ocenie Sądu Okręgowego odstępienie od zasady wyrażonej w art. 98 § 1 kpc było możliwe wobec specyficznego charakteru niniejszego postępowania, a w szczególności istnieniu u powoda wprawdzie subiektywnego, ale wspartego stanowiskiem Rzecznika (...), przekonania o zasadności wytoczonego powództwa. Biorąc pod uwagę treść art. 113 ust. 4 u.k.s.c., oraz odpowiednio art. 102 kpc, Sąd Okręgowy odstąpił także od obciążania powoda kosztami sądowymi w postępowaniu przed Sądem Rejonowym.

Takiego stanu, tj. tego subiektywnego przekonania opartego na pewnych racjach, nie można było już przyjąć na potrzeby rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego, skoro zmiana zaskarżonego wyroku oznaczała wyeliminowanie zasadności owego subiektywnego przeświadczenia powoda o słuszności zgłoszonego żądania. Stąd o kosztach postępowania apelacyjnego (na które złożyła się uiszczona przez pozwanego opłata od apelacji w kwocie 1906 zł oraz wynagrodzenie pełnomocnika procesowego w kwocie 1800 zł), Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 98 § 1 kpc oraz § 2 pkt. 5, § 10 ust.1 pkt. 1 - Rozp. M.. Spr. z dnia 22.10.2015 w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2018.265j.t.).

SSO Teresa Strojnowska SSO Magdalena Bajor – Nadolska SSO Mariusz Boda

(...)