

Sygn. akt I ACa 578/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 grudnia 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Danuta Jezierska
Sędziowie:	SA Agnieszka Sołtyka (spr.) SA Mirosława Gołuńska
Protokolant:	sekr.sądowy Magdalena Goltsche

po rozpoznaniu w dniu 12 grudnia 2012 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa K. O.

przeciwko (...) Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda i pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 29 maja 2012 r., sygn. akt I C 1284/10

uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Szczecinie, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Mirosława Gołuńska Danuta Jezierska Agnieszka Sołtyka

I ACa 578/12

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 29 maja 2012 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie zasądził od pozwanego (...) Towarzystwa (...) S.A. w W. na rzecz powoda K. O. kwotę 46.800 złotych wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 11 lutego 2010 r. do dnia zapłaty; oddalił powództwo w pozostałej części; zniósł wzajemnie poniesione przez strony koszty postępowania oraz nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Szczecinie tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych kwoty: od powoda - 570,76 zł, a od pozwanego - 256 złotych.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 3 czerwca 1996 r. K. O. zawarł z (...) Towarzystwem (...) S.A. w W. (obecnie (...) Towarzystwo (...) S.A.) umowę ubezpieczenia, stwierdzoną polisą ubezpieczeniową Nr (...). Przedmiotem ubezpieczenia było życie osoby ubezpieczonej - K. O.. Gwarantowaną sumę ubezpieczenia określono w polisie na kwotę 46.800 zł. Ubezpieczenie obejmowało również dwa „ryzyka dodatkowe”, tj. ubezpieczony miał uzyskać świadczenie z tytułu niezdolności do pracy (§ 3.2 Warunków Ogólnych) oraz ubezpieczenie składki ubezpieczeniowej (§ 10 Warunków Ogólnych). W polisie wskazano, że umowa ubezpieczenia stwierdzona tą polisą zawarta jest na podstawie Warunków Ogólnych Ubezpieczenia (...) Nr (...) z dnia 16 października 1995 r.

Zgodnie z postanowieniem zawartym w ustępie 3.2. Ogólnych Warunków Uniwersalnego Ubezpieczenia na Życie (...) (dalej również jako OWU), uprawnienie do świadczenia z tytułu inwalidztwa (niezdolności do pracy) powstaje, jeśli umowa ubezpieczenia tak stanowi. Przysługuje ono ubezpieczonemu na życie albo jednemu lub obu współubezpieczonym na życie w wypadku współubezpieczenia. Inwalidztwo oznacza trwałe i całkowite skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego na życie, które zdaniem Towarzystwa powodują: trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej ubezpieczonego na życie (w dowolnym zawodzie), istniejącą w chwili zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego i w przewidywalnej przyszłości, a jeżeli ubezpieczony nie pracował zarobkowo w wymiarze pełnego etatu w okresie 12 miesięcy poprzedzających bezpośrednio powstanie takiej przyczyny niezdolności, trwałe pozostawanie ubezpieczonego na życie pod opieką lekarską w domu lub zakładzie opieki medycznej uznanym przez Towarzystwo.

Zgodnie z postanowieniem umownym zawartym w ustępie 4.1. ogólnych warunków ubezpieczenia, w razie wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego określonego w § 3.1 lub § 3.2. Towarzystwo miało wypłacić zapewnione świadczenie równe większej z następujących wartości: wartości polisy lub gwarantowanej sumy ubezpieczenia, czyli określonej w polisie sumy ubezpieczenia (§ 1 OWU)

W grudniu 2005 r. rozpoznano u K. O. gruczolakoraka odbytu. W okresie od 8 do 17 stycznia 2006 r. K. O. przebywał w Klinice (...) w S., gdzie dokonano u niego brzuszno -kroczonego wycięcia odbytnicy z wytworzeniem ostatecznej stomii, z powodu nisko usytuowanego gruczolakoraka odbytnicy. Przed zabiegiem operacyjnym zastosowano radioterapię odbytnicy. Przebieg pooperacyjny był powikłany niedrożnością zrostową jelita cienkiego, przez co konieczna była reoperacja i uwolnienie zrostów.

Dalszym etapem leczenia była chemioterapia, obejmująca sześć cykli, w terminie od 20 lutego do 21 lipca 2006 r.

Powód jest pozbawiony możliwości oddawania stolca i gazów jelitowych drogą naturalną. Poza problemami związanymi z obsługą stomii, brakiem kontroli nad czasem i miejscem wypróżnień, trudnościami w utrzymaniu higieny, istotny jest też bardzo duży dyskomfort psychiczny wynikający z powstałej ułomności i jej wpływu na ograniczenie zdolności do wykonywania pracy, utrzymywania kontaktów rodzinnych i towarzyskich, uczestniczenia w życiu kulturalnym, uprawianiu sportu. Nasilenie tych dolegliwości jest szczególnie duże w pierwszych miesiącach po leczeniu operacyjnym, w okresie prowadzonej chemioterapii i występowania wczesnych objawów ubocznych leczenia cytostatycznego, mogącego wywołać stany zapalne błony śluzowej i przewodu pokarmowego z biegunkami i wymiotami. Po zakończeniu leczenia funkcjonowanie ulega stopniowej poprawie i normalizacji, jednakże doustne przyjmowanie leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych powoduje objawy uboczne, dotyczące przede wszystkim górnego odcinka przewodu pokarmowego. Powinno się rozważyć i oszczędnie ordynować tę grupę leków ze względu na ryzyko poważnych powikłań.

Po przebytych zabiegach operacyjnych i przebytych leczeniach powód nie czuł się dobrze, był osłabiony, utrzymywały się dolegliwości bólowe w okolicy lędźwiowo - krzyżowej kręgosłupa, promieniujące do kończyn dolnych, bóle w stawach barkowych, nasilające się przy unoszeniu ramion ku górze.

Powyższe dolegliwości utrzymują się do chwili orzekania, a okresowo nasilają się. Dolegliwości bólowe zmuszają powoda do przewlekłego przyjmowania leków przeciwbólowych, wpływają na obniżenie jakości życia, rzutują na stan

psychiczny powoda, który jest zły także z powodu problemów z obsługą sztucznego oddechu, podczas częstych, nagłych wypróżnień, z obawą przed przykrym zapachem w otoczeniu.

Ustalił dalej Sąd Okręgowy, że w 2011 r. u powoda stwierdzono zmiany zwyrodnieniowo - dyskopatyczne oraz rozrzedzenie struktury kostnej w trzonach. Powyższe mogło mieć związek z przebyłą radioterapią (późne powikłanie popromienne). Wystąpienie późnego odczynu popromiennego, jak i jego nasilenie ma na ogół charakter nieodwracalny. Powyższe zaburzenia również rzutują na stan psychiczny powoda, który reaguje buntem przeciwko przewlekłej niesprawności, werbalizuje poczucie bezradności, przypadkowe reakcje otoczenia interpretuje jako wytykanie jego ułomności, co nasila poczucie wstydu, zażenowania.

Z uwagi na przebyłą chorobę nowotworową, a następnie jej terapię, powód aktualnie utracił całkowicie zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zawodowej, która mógłby wykonywać, ze względu na posiadane wykształcenie i doświadczenie zawodowe.

Podczas badania usg tarczycy i MR kręgosłupa szyjnego w dniu 8 stycznia 2012 r. u powoda stwierdzono w obu płatach tarczycy dwa guzki izochoogenne o średnicy około 30 mm i 18-20 mm, a ponadto guzek przykręgosłupowy o średnicy 25 mm. Zalecono poszerzenie diagnostyki o biopsję ww. guzków.

Ustalił też Sąd, że pismem z dnia 16 marca 2009 r. pozwany przedstawił powodowi propozycję podwyższenia składki i sum ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji. Zaznaczono, iż przy składce w wysokości 1.180,44 zł kwartalnie, zindeksowana suma ubezpieczenia wynosić będzie 16.921 zł. Poinformowano, że jeśli ubezpieczyciel nie otrzyma od ubezpieczonego pisemnej dyspozycji (na 30 dni przed rocznicą ubezpieczenia), wielkości te uzna za wiążące. Wskazano, że dalsza część pakietu zawiera składkę ubezpieczeniową, sumę ubezpieczenia, rachunek jednostek funduszy. Wartość rachunku podstawowego gwarantowanego jednostek funduszy określono na kwotę 34.358,76 zł.

W dniu 21 maja 2009 r. powód zgłosił do pozwanego zakładu ubezpieczeń roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w ramach umowy ubezpieczenia uniwersalnego plus. Zaznaczył, iż rozpoznano u niego raka oddechu. Następnie przeprowadzono u niego radioterapię, operację kompleksową z wyłonieniem stomii jelitowej i chemioterapię. W toku prowadzonego postępowania pozwany zorganizował dla powoda konsultację onkologiczną, w wyniku której ustalono, że stomia funkcjonuje prawidłowo oraz że powód jest ograniczony w zakresie dźwigania znacznych ciężarów. Zaznaczono, iż z analizy dokumentacji medycznej i konsultacji onkologicznej, wynika, że powód jest niezdolny do pracy wymagającej dźwigania i przenoszenia ciężarów lub innego znacznego wysiłku fizycznego, natomiast brak jest przesłanek do uznania trwałej i całkowitej niezdolności do jakiegokolwiek pracy.

W piśmie z 22 czerwca 2009 r. pozwany zakład ubezpieczeń poinformował powoda, iż podjął decyzję o odmowie wypłaty świadczenia z uwagi na brak przesłanek do uznania całkowitej niezdolności powoda do pracy.

W dniu 11 sierpnia 2009 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych uznał K. O. za niezdolnego do pracy. Uznano, że jest on całkowicie niezdolny do pracy do dnia 31 maja 2011 r. Powodowi przyznano rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy do dnia 31 maja 2011 r?

Od 21 stycznia 2009 r. (...) Towarzystwo (...) S.A. zaczęło działać pod firmą (...) Towarzystwo (...) S.A.

Pozwany zakład ubezpieczeń od 2006 r. w ramach ubezpieczenia składki ubezpieczeniowej, pokrywa za powoda należną składkę ubezpieczeniową, która wynosi 1.215,86 zł. kwartalnie.

Ustalił też Sąd, że K. O. z zawodu jest inżynierem mechanikiem. W latach 1990 - 2006 powód prowadził własną działalność gospodarczą polegającą na produkcji kostki brukowej betonowej. Od około 1984 r. do czasu rozpoczęcia tej działalności powód był prezesem Spółdzielni (...) w K.. Obecnie powód utrzymuje się z renty, jego żona jest lekarzem pediatrą - hematologiem. Małżonkowie mają dorosłe dzieci, które same się utrzymują.

K. O. potrafi sprawnie wymienić sobie worek stomijny, ale musi mieć do tego zaplecze w postaci prysznic, wentylowanej łazienki i specjalnego urządzenia, które wymywa stomię. Urządzenie takie powód zamontował sobie w domu. Zszyty odbył wywołuje u powoda dolegliwości przy dłuższym siedzeniu: ból fizyczny spowodowany rozrywaniem skóry w miejscu zaszycia. Powód musi co jakiś czas, wstać i przejść się. Cała toaleta związana z wymianą worka zajmuje powodowi około jednej godziny. Zdarza się, że po wykonaniu tej toalety zachodzi potrzeba powtórzenia jej już po dwóch - trzech godzinach. Powód musi zachowywać dietę, jeść mało, ale często. Powód nie może nic dźwigać, zarówno ze względu na stomię jak i na kręgosłup.

Po dokonaniu powyższych ustaleń Sąd Okręgowy uznał, że powództwo zasługuje na częściowe uwzględnienie. Podstawę prawną żądania powoda stanowił przepis art. 805 Kc.

Sąd zważył, że z treści polisy ubezpieczeniowej Nr (...), stwierdzającej zawarcie przez strony umowy ubezpieczenia wynikało, iż zakresem ochrony ubezpieczeniowej udzielonej ubezpieczonemu zostały objęte: życie powoda, jego niezdolność do pracy (w znaczeniu określonym w ustępie 3.2 OWU) oraz do uiszczania składki ubezpieczeniowej (w znaczeniu określonym w §10 OWU).

W rozpoznawanej spór pomiędzy stronami dotyczył tego, czy zaistniał wypadek ubezpieczeniowy przewidziany w umowie łączącej strony, w szczególności na czym polega wskazana w polisie niezdolność do pracy, a ponadto strony spierały się co do wysokości świadczenia należnego powodowi.

Zdaniem Sądu Okręgowego za trafny należało uznać zarzut strony pozwanej dotyczący nieprawidłowego określenia przez powoda wysokości świadczenia należnego w przypadku wystąpienia niezdolności do pracy ubezpieczonego. Stanowisko powoda, że przedmiotowe świadczenie powinno wynosić 151.279,76 zł., na która to kwotę składają się: suma ubezpieczenia - 116.921 zł. i rachunek jednostek funduszy - 34.358,76 zł. nie znalazło potwierdzenia w zebranych materiale dowodowym. Zdaniem Sądu meriti, wysokość przedmiotowego świadczenia została w sposób jednoznaczny określona w Ogólnych Warunkach Uniwersalnego Ubezpieczenia na Życie (...), stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia. Zgodnie z § 4.4.1 OWU, w razie wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego określonego w § 3.1 lub § 3.2 Towarzystwo wypłaci zapewnione świadczenie równe większej z następujących wartości: wartości polisy lub gwarantowanej sumy ubezpieczenia. Gwarantowana suma ubezpieczenia jest to określona w polisie suma ubezpieczenia. Natomiast wartość polisy to wartość jednostek uczestnictwa okresowo przekazywanych na rachunek jednostek uczestnictwa, pomniejszona o kwotę zaległych składek (w odniesieniu do których dokonano już przekazania jednostek na Rachunek jednostek uczestnictwa). Wartość polisy jest też wartością odstąpienia, czyli kwotą wypłacaną w razie rezygnacji z ubezpieczenia (§ 1 OWU).

Wskazując na powyższe uznał Sąd Okręgowy, że skoro zatem strony określiły w polisie ubezpieczeniowej gwarantowaną sumę ubezpieczenia na kwotę 46.800 zł., która jest wyższa od wartości jednostek uczestnictwa przekazanych na rachunek tych jednostek (34.358,76 zł.), to uznać należało, że pierwsza, wyższa z wymienionych kwot odpowiada świadczeniu, jakie powinno być wypłacone w związku z zaistnieniem wypadku ubezpieczeniowego, polegającego na utracie przez ubezpieczonego zdolności do pracy.

Z powyższych względów Sąd oddalił powództwo w części przewyższającej kwotę 46.800 zł.

Rozważając drugą sporną pomiędzy stronami kwestię, a mianowicie: jakie zdarzenie stanowi wypadek ubezpieczeniowy w świetle postanowień łączącej strony umowy oraz czy w sytuacji powoda można mówić o zaistnieniu owego wypadku w ocenie Sądu meriti, analiza treści polisy ubezpieczeniowej Nr (...), w której jako „ryzyko dodatkowe” wskazano niezdolność do pracy, w rozumieniu § 3.2 warunków ogólnych, a także analiza postanowień ustępu 3.2 OWU, § 3 OWU, jak również § 10 OWU doprowadziła do wniosku, iż stanowisko pozwanego, że przez niezdolność do pracy należy rozumieć trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej ubezpieczonego na życie w dowolnym zawodzie - jest bezpodstawne.

W ocenie Sądu treść i systematyka postanowień OWU nie pozwalały na jednoznaczne ustalenie, że termin niezdolność do pracy jest tożsamy z inwalidztwem, które - zgodnie z 3.2.1 - oznacza trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej ubezpieczonego na życie w dowolnym zawodzie.

Dodatkowo wskazał Sąd, że wskazany w polisie § 3.2 warunków ogólnych nie istnieje - nie ma takiej jednostki redakcyjnej w treści OWU.

Zdaniem Sądu I instancji, wystarczający do przyznania powyższego świadczenia jest trwający przez dłuższy czas stan obiektywnej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, którą ubezpieczony mógłby wykonywać ze względu na posiadane wykształcenie i doświadczenie zawodowe. Nadto ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynikało, że K. O., ze względu na przebytą chorobę nowotworową, jej leczenie i wyjątkowo niebezpieczny charakter, upośledzającą normalne funkcjonowanie stomię, wreszcie liczne choroby współistniejące - jest osobą niezdolną do pracy, nawet w przedstawionym przez pozwanego znaczeniu tego terminu.

Powyższe stanowisko znajduje potwierdzenie w opinii biegłego sądowego z zakresu neurologii doc. dr hab. med. T. P..

Co do opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej dr n.med. J. D., to Sąd nie podzielił wniosku tego biegłego, iż powód zachował częściową zdolność do pracy, a to z tego względu, że biegły nie dysponował najświeższymi wynikami badań powoda, jak również nie zbadał powoda neurologicznie. Nadto stanowisko biegłego, że powód może podjąć lekką pracę w przyjaznym otoczeniu, w niepełnym wymiarze godzinowym, uznał Sąd za oderwane od realiów gospodarczych.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 Kc i z art. 817 § i 2 Kc. W niniejszej sprawie powód wykazał fakt wezwania pozwanego do spełnienia świadczenia w terminie do dnia 10 lutego 2010 r., zatem żądanie zasądzenia odsetek od dnia 11 lutego 2010 r. należało uznać za zasadne.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu zawarte w pkt III znalazło oparcie w art. 100 zd. 1 Kc,

O nieuiszczonych kosztach sądowych orzeczono na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28.07.2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Z rozstrzygnięciem tym nie zgodziły się obie strony.

Powód w swej apelacji zarzucił:

1/ istotne, mające wpływ na rozstrzygnięcie naruszenie przepisów prawa kontraktowego - tj. przepisów § 9 - tj. 9.1, 9.2 i 9.4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (...) z dnia 16 października 1996r. (Załącznik Nr 6 do pozwu) stanowiących integralną część łączącej strony umowy ubezpieczenia - poprzez całkowite pominięcie wskazanych przepisów kontraktowych przez Sąd Okręgowy zarówno w zakresie ustaleń faktycznych, poczynionych przez Sąd Okręgowy, jak i w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku ; a także naruszenie przepisu art. 385(3) pkt. 1 k.c. poprzez jego pominięcie przez Sąd Okręgowy i w konsekwencji zasądzenie powodowi od pozwanego ubezpieczyciela świadczenia z tytułu utraty zdolności do pracy w wysokości z daty zawarcia umowy ubezpieczenia zamiast w wysokości aktualnej - obowiązującej pomiędzy stronami na dzień wydania orzeczenia w I instancji,

2/ istotne, mające wpływ na rozstrzygnięcie naruszenie przepisów postępowania - tj. przepisu art. 328 § 2 k.p.c. - poprzez nie wskazanie przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku przyczyn, dla których odmówił dokumentowi w postaci pakietu rocznicowego polisy ubezpieczeniowej nr (...) (stanowiącego załącznik Nr 2 do pozwu) wiarygodności i mocy dowodowej w zakresie określenia aktualnej wysokości świadczenia, należnego powodowi z tytułu inwalidztwa powodującego utratę zdolności do pracy zarobkowej ; a także naruszenie przepisu art. 316 § 1 k.p.c. - poprzez przyjęcie przez Sąd Okręgowy za podstawę rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie stanu z daty zawarcia umowy ubezpieczenia (tj. z czerwca 1996r.) a nie stanu rzeczy istniejącego w chwili zamknięcia rozprawy w I instancji (stanu

udowodnionego przez powoda w/w dokumentem pochodzącym od ubezpieczyciela w postaci pakietu rocznicowego polisy nr (...) - vide Załącznik Nr 2 do pozwu).

Wskazując na powyższe naruszenia apelujący wniósł o :

- o zmianę zaskarżonego wyroku oraz o zasądzenie od strony pozwanej na rzecz strony powodowej łącznie kwoty zł. 151. 279, 76, - (jak w pozwie) z ustawowymi odsetkami od dnia 11 lutego 2010r. do dnia zapłaty, o orzeczenie o kosztach postępowania - w tym kosztach postępowania w instancji odwoławczej - oraz o zasądzenie od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kosztów postępowania (w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje według norm przepisanych), ewentualnie

-o uchylenie w/w wyroku Sądu Okręgowego oraz o przekazanie niniejszej sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania wraz z pozostawieniem temu Sądowi orzeczenia o kosztach postępowania.

Pozwany zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w części zasądzającej od pozwanego na rzecz powoda K. O. kwotę 46.800 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 11 lutego 2010 roku do dnia zapłaty, tj. pkt. I wyroku oraz w części dotyczącej wzajemnego zniesienia poniesionych przez strony kosztów postępowania, tj. pkt. III wyroku.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 65 §1 k.c. poprzez błędną wykładnię postanowień Ogólnych Warunków Uniwersalnego Ubezpieczenia na Życie (...) (dalej zwane także „OWU”), polegającą na uznaniu iż w świetle warunków umowy ubezpieczenia dla stwierdzenia zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, określonego w umowie stron jako niezdolność do pracy nie jest konieczne, aby niezdolność ta miała charakter trwałej i całkowitej niezdolności do pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, a wystarczającą przesłanką otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu jest trwający przez dłuższy czas stan obiektywnej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, którą ubezpieczony mógłby wykonywać ze względu na posiadane wykształcenie i doświadczenie zawodowe, podczas gdy z postanowień OWU wynika wprost i w sposób nie budzący wątpliwości interpretacyjnych, że warunkiem wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy jest wyłącznie ustalenie czy doznany przez ubezpieczonego rozstrój zdrowia powoduje u niego trwała i całkowita niezdolność do pracy w dowolnym zawodzie;

2. naruszenie przepisów prawa materialnego , tj. art. 65 §1 k.c. poprzez błędną wykładnię OWU, skutkującą niezastosowaniem przy ustalaniu definicji zdarzenia ubezpieczeniowego warunków wskazanych w § 3.2.2. OWU, zgodnie z którym Uprawnienie do takiego świadczenia powstaje z chwilą otrzymania przez Towarzystwo wystarczającego dowodu na pozostawanie przez Ubezpieczonego w niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres 12 miesięcy, który zaczął swój bieg po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, a przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 60 lat.

3. nierozpoznanie istoty sprawy poprzez nieustalenie istotnych dla sprawy okoliczności faktycznych i prawnych warunkujących wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z warunkami ubezpieczenia, tj. czy powód stał się osobą trwale i całkowicie niezdolną do pracy w dowolnym zawodzie, kiedy to miało miejsce, i czy powód pozostawał w niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres 12 miesięcy;

4.naruszenie przepisów prawa materialnego , tj. art. 817 §1 i 2 k.c. poprzez nieprawidłowe założenie, że ustalony w sprawie materiał dowodowy pozwala na przyjęcie, że wypadek ubezpieczeniowy stanowiący podstawę żądania pozwu nastąpił jeszcze przed wniesieniem powództwa i tym samym pozwany powinien był spełnić świadczenie w terminie do 10 lutego 2010 roku, podczas gdy zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie pozwalał na przyjęcie takiego wniosku a ustalenie zdarzenia, od którego pozwany zobowiązany byłby do spełnienia świadczenia w terminie, o którym mowa w w/w przepisie, miało miejsce dopiero w wyroku kończącym postępowanie;

5.naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, tj. art. 232 §1 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważenia całego materiału dowodowego zebranego w sprawie i sformułowanie na podstawie opinii biegłej T. P. błędnego wniosku prowadzącego do uznania, że powód jest osobą trwale i całkowicie niezdolną do pracy w dowolnym zawodzie, podczas gdy z wydanej w sprawie opinii innego biegłego - J. D. - wynikało, że powód zachował częściową zdolność do pracy, a tym samym w zebranych materiałach dowodowych zachodziła wyraźna sprzeczność, która podważała jego moc dowodową i wymagała dalszego wyjaśnienia.

6.naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 §1 k.p.c. poprzez sprzeczność ustaleń faktycznych sądu z materiałem dowodowym zebrany w sprawie na skutek uznania, że stwierdzone u powoda w badaniu usg tarczycy i MR kręgosłupa szyjnego z dnia 8 stycznia 2012 roku trzy guzki stanowią objawy występującej u powoda wznowy miejscowej lub przerzutów odległych choroby nowotworowej, pomimo że z zebranego w sprawie materiału dowodowego nie wynika taki wniosek a wiedza o tym czy ujawnione guzki są związane ze wznowieniem się u powoda choroby nowotworowej wymagała wiadomości specjalnych, a w szczególności przeprowadzenia dodatkowych badań histopatologicznych w tym zakresie, co w konsekwencji doprowadziło do pominięcia przez sąd opinii biegłego J. D., iż powód zachował częściową zdolność do pracy.

7. naruszenie art. 233 §1 k.p.c. poprzez dokonanie oceny wyników badań powoda z dnia 8 stycznia 2012 roku w sposób wadliwy i z rażącym przekroczeniem granic swobodnej oceny dowodów, poprzez uznanie, iż poprzez sam fakt stwierdzenia występowania u powoda określonych schorzeń jest on osobą całkowicie i trwale niezdolną do pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, podczas gdy decydujące znaczenie dla istnienia takiego stanu u powoda ma stopień upośledzenia funkcji organizmu, który można określić nie na podstawie samych wyników badań, lecz wyłącznie w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe;

Mając na uwadze powyższe zarzuty apelujący pozwany wniósł o :

1. zmianę pkt I zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w części zasądzonej od pozwanego na rzecz powoda kwoty 46.800 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 11 lutego 2010 roku,
2. zamianę pkt III zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych prawem,
3. zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za instancję odwoławczą.

ewentualnie o: uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Obie strony wniosły o oddalenie apelacji strony przeciwnej i zasądzenie na swoją rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

Rozpoznając apelację Sąd Apelacyjny zważył, co następuje;

W rozpoznawanej sprawie najistotniejsze znaczenie dla rozpoznania żądania zgłoszonego przez powoda było w pierwszej kolejności ustalenie, czy ziszczył się wypadek objęty ryzykiem ubezpieczeniowym w postaci trwałej i całkowitej niezdolności powoda do pracy zarobkowej. Następnie po udzieleniu pozytywnej odpowiedzi na to pytanie należało ustalić wysokość należnego powodowi od pozwanego świadczenia.

Rację ma apelujący pozwany zarzucając Sądowi I instancji nierozpoznanie istoty sprawy poprzez nieustalenie istotnych dla sprawy okoliczności faktycznych i prawnych warunkujących wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z warunkami ubezpieczenia, tj. czy powód stał się osobą trwale i całkowicie niezdolną do pracy, kiedy to miało miejsce, i czy powód pozostawał w niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres 12 miesięcy. Trafny jest też zarzut naruszenia przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 §1 k.p.c. poprzez sprzeczność ustaleń faktycznych sądu z materiałem dowodowym zebrany w sprawie na skutek uznania,

że stwierdzone u powoda w badaniu usg tarczycy i MR kręgosłupa szyjnego z dnia 8 stycznia 2012 roku trzy guzki stanowią objawy występującej u powoda wznowy miejscowej lub przerzutów odległych choroby nowotworowej, pomimo że z zebranego w sprawie materiału dowodowego nie wynikał taki wniosek, a wiedza o tym, czy ujawnione guzki są związane ze wznowieniem się u powoda choroby nowotworowej wymagała wiadomości specjalnych, a w szczególności przeprowadzenia dodatkowych badań histopatologicznych w tym zakresie. Za trafny uznać trzeba także zarzut dokonania oceny wyników badań powoda z dnia 8 stycznia 2012 roku w sposób wadliwy i z rażącym przekroczeniem granic swobodnej oceny dowodów i w konsekwencji uznanie, iż poprzez sam fakt stwierdzenia występowania u powoda określonych schorzeń jest on osobą całkowicie i trwale niezdolną do pracy zarobkowej, podczas gdy decydujące znaczenie dla istnienia takiego stanu u powoda ma stopień upośledzenia funkcji organizmu, który można określić nie na podstawie samych wyników badań, lecz wyłącznie w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe.

Podkreślić należy, a co wynika z pisemnego uzasadnienia zaskarżonego wyroku, że przy ustalaniu stanu faktycznego w zakresie kwestii zdolności powoda do pracy, mającej kluczowe znaczenie dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, Sąd I instancji oparł się m.in. na dowodach z dokumentów, w szczególności w postaci dokumentacji medycznej, na którą składały się głównie wyniki badań powoda, w tym wykonane na przełomie roku 2011-2012. Na podstawie wyników tych badań powoda sąd samodzielnie doszedł do wniosku, że wykazały one, że stan zdrowia powoda ulega pogorszeniu i jest taki, że skutkuje całkowitą niezdolnością powoda do pracy. Za szczególnie niepokojące uznał Sąd wyniki badań kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego znajdujące się na k.209, 210 oraz tarczycy, w których to organach stwierdzono obecność kilku guzków.

Wskazać też trzeba, że wobec uznania roszczenia powoda za udowodnione co do zasady, sąd pominął wnioski dowodowe strony powodowej o dopuszczenie dowodu z kolejnych opinii biegłych sądowych (art. 217 § 2 Kpc).

Przypomnieć trzeba, że podstawą ustaleń Sądu w kwestiach spornych między stronami mogą być tylko dowody przeprowadzone w sprawie zgodnie z regułami określonymi w kodeksie postępowania cywilnego, a w szczególności w sposób określony w art. 236 k.p.c. Ponadto w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych sąd powinien zasięgnąć opinii biegłego lub biegłych – art.278 k.p.c.

W rozpoznawanej sprawie istotne dla rozstrzygnięcia znaczenie przypisał Sąd I instancji dowodom z wyników badań powoda znajdujących się na k.207-210 i 226-231v, przy czym dowodu z tych dokumentów w istocie nie przeprowadził, gdyż postanowienie dowodowe z dnia 28 maja 2012r dokumentów tych nie obejmuje (k.243). Sąd zatem swe ustalenia oparł na dowodach, których w sprawie nie przeprowadził, a z dowodów tych wysnuł istotne dla rozstrzygnięcia wnioski. Dowody te nie były też okazane biegłym, choć wnioskowała o to strona powodowa, domagając się opinii uzupełniających. Sąd natomiast dowody te ocenił samodzielnie, choć wiadomościami specjalnymi w tym zakresie nie dysponował. Tak dokonane ustalenia i wyciągnięte z nich wnioski na tym etapie postępowania nie mogą uzyskać akceptacji.

Ponadto ustalił Sąd I instancji, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych uznał powoda za całkowicie niezdolnego do pracy do dnia 31 maja 2011r i choć rozprawę zamknęto w dniu 28 maja 2012r, to nie ustalono, czy powód nadal uznany był za całkowicie i przede wszystkim trwale niezdolnego do pracy.

Dlatego też uznać należało, że istota sprawy nie została rozpoznana, albowiem nie ustalił Sąd I instancji kwestii najistotniejszej z punktu widzenia możliwości spełnienia świadczenia objętego umową ubezpieczenia tj. czy powód jest trwale i całkowicie niezdolny do pracy zarobkowej i czy niezdolność taka istnieć będzie nadal w przewidywalnej przyszłości. Nie ustalono też, czy powód stał się trwale i całkowicie niezdolny do pracy zarobkowej i czy ta niezdolność utrzymywała się przez okres co najmniej 12 miesięcy przed zgłoszeniem pozwanemu żądania wypłaty świadczenia. Odpowiedzi na to pytanie nie zawiera pisemne uzasadnienie zaskarżonego wyroku, a to uniemożliwia stwierdzenie, czy Sąd I instancji kwestię tę rozważał. Kwestia ta miała bowiem w sprawie decydujące znaczenie wobec uregulowań zawartych w § 3.2.1. i § 3.2.2. OWU. Dla dokonania takich ustaleń niezbędne jednak było uzupełnienie materiału dowodowego o opinie biegłych uwzględniające nowe wyniki badań. Ponadto należało wyjaśnić sprzeczności w opiniach

biegłego onkologa i neurologa, tym bardziej, że powód taki wniosek zgłosił, argumentując go nadto pogorszeniem stanu zdrowia powoda. W takim wypadku wskazana byłaby łączna opinia zespołu specjalistów.

Wskazać w tym miejscu trzeba, że na etapie postępowania apelacyjnego ustalono, że w Sądzie Okręgowym w S. toczy się postępowanie z powództwa K. O. przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych o prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, sygn. akt VII U 1096/12, albowiem orzeczeniem komisji lekarskiej ZUS nr (...) z 10.01.2012r (k. 343) uznano powoda za częściowo niezdolnego do pracy.

Ta okoliczność, choć ujawnialna w dacie orzekania przez Sąd I instancji w niniejszej sprawie nie została wzięta pod uwagę przez ten sąd, choć mogła i może mieć istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy.

Dlatego też z powodów opisanych powyżej uznać należało, że istota sprawy nie została rozpoznana, co skutkowało uchyleniem zaskarżonego wyroku na podstawie art. 386 § 4 k.p.c. Sąd I instancji nie rozpoznał bowiem niweczącego roszczenie powoda zarzutu pozwanego co do braku trwałej oraz całkowitej zdolności do pracy zarobkowej po stronie powoda.

Ponownie rozpoznając sprawę Sąd I instancji poczyni konkretne ustalenia, posiłkując się opiniami biegłych w tym zakresie, w zakresie stanu zdrowia powoda opisanego powyżej i rozstrzygnie o zasadności powództwa.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd ustali nadto, czy powód jest trwale niezdolny do pracy zarobkowej w zakresie, jaki objęty był jego wnioskiem ubezpieczeniowym (k.119-126). W tym zakresie wskazane będzie odwołanie się do treści art. 65 k.c. i ustalenie, po przesłuchaniu stron wpisanych na tym wniosku, tj. powoda i za pozwanego- doradcy ubezpieczeniowego (k.126), jaki były oczekiwania powoda w tym zakresie i zapewnienia składane przez doradcę ubezpieczeniowego. Jest to o tyle istotne w sprawie, albowiem na k.119 znajduje się rubryka, w której należało wpisać wyczerpujący opis wykonywanego zawodu i charakter działalności oraz pracy. Te okoliczność należałoby powiązać z uregulowaniem § 3.2.1. OWU.

Następnie, jeśli uzna Sąd, że żądanie powoda jest uzasadnione co do zasady, to ustali wysokość należnego powodowi świadczenia w oparciu o zasady wskazane w § 4.1. OWU, po dokonaniu ustaleń w zakresie indeksacji sumy ubezpieczenia (k.20).

W tym zakresie trafne są bowiem zarzuty apelacji powoda zarzucające błędne zasądzenie sumy ubezpieczenia z daty zawarcia umowy, choć w późniejszych latach pozwany dokonywał w pakietach rocznicowych indeksacji sumy ubezpieczenia.

Z tych wszystkich względów na podstawie art. 386 § 4 k.p.c. orzeczono jak w sentencji, pozostawiając na podstawie art. 108 § 2 k.p.c. Sądowi Okręgowemu rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

M.Gołuńska D.Jezińska A.Soltyka