

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 5 stycznia 2015 roku Sąd Rejonowy w Łęczycy, I Wydział Cywilny w sprawie o sygnaturze akt I C 159/15 z powództwa H. W. przeciwko Towarzystwu (...) Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo – Kredytowych z siedzibą w S. o zapłatę: **1.** zasądził od Towarzystwa (...) Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo – Kredytowych z siedzibą w S. na rzecz H. W. kwotę 30.000 złotych wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 27 listopada 2013 roku do dnia zapłaty; **2.** zasądził od Towarzystwa (...) Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo – Kredytowych z siedzibą w S. na rzecz H. W. kwotę 27.752,54 złote wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 20 lutego 2014 roku do dnia zapłaty; **3.** oddalił powództwo w pozostałej części; **4.** zasądził od Towarzystwa (...) Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo – Kredytowych z siedzibą w S. na rzecz H. W. kwotę 3.617 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu; **5.** obciążył i nakazał pobrać od Towarzystwa (...) Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo – Kredytowych z siedzibą w S. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Łęczycy kwotę 2.900 złotych tytułem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych.

Powyższe rozstrzygnięcie oparte zostało na ustaleniach i wnioskach, z których najistotniejsze elementy przedstawiają się następująco:

Mąż powódki – J. W. zmarł w dniu 26 października 2013 roku. Zgodnie z zaświadczeniem Zespołu (...) w Ł. z dnia 27 stycznia 2014 roku wyjściową przyczyną zgonu J. W. był udar niedokrwienny mózgu, co znalazło swoje odzwierciedlenie w głównym rozpoznaniu karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

Przed śmiercią J. W. zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w wariancie ubezpieczenia MAXI. Zawarcie umowy zostało potwierdzone dokumentem ubezpieczeniowym nr (...). Okres ubezpieczenia obejmował 1 września 2013 roku do dnia 31 sierpnia 2014 roku. Przedmiotem ubezpieczenia objęto między innymi śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – suma ubezpieczenia 30.000 złotych. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu miało być wypłacone osobie uprawnionej w kwocie stanowiącej 100% sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu. Powódce przysługuje status osoby uprawnionej z przedmiotowej umowy ubezpieczenia (...) w udziale procentowym 100%. Zgodnie z § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) odpowiedzialność pozwanego zostaje wyłączona gdy śmierć ubezpieczonego w skutek zawału serca lub udaru mózgu, jest następstwem chorób stwierdzonych przez lekarza w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

W dniu 23 sierpnia 2013 roku J. W. przystąpił do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...). Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia była śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Suma ubezpieczenia wynosiła 28.000 złotych, zaś okres ubezpieczenia obejmował 24 sierpnia 2013 roku do dnia 23 sierpnia 2014 roku. W odniesieniu do powyższej umowy powódka była osobą uposażoną. Zgodnie z § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...) odpowiedzialność pozwanego została wyłączona gdy śmierć ubezpieczonego w skutek zawału serca lub udaru mózgu, jest następstwem chorób zdiagnozowanych przez lekarza, lub których objawy występowały w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. Natomiast w myśl § 15 ust. 2 pkt. 2 świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu stanowi kwotę równą zadłużeniu na dzień śmierci ubezpieczonego wynikającą z harmonogramu spłat pożyczki aktualnego na dzień złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. Saldo pożyczki udzielonej J. W. na dzień 26 października 2013 roku wynosiło 27.752,54 złote.

W dniu 14 listopada 2013 roku, powódka zgłosiła pozwanemu roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia. W dniu 26 listopada 2013 roku, pozwany odmówił powódce wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia potwierdzonej dokumentem ubezpieczenia nr (...). Natomiast w dniu 19 lutego 2014 roku pozwany odmówił powódce wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia potwierdzonej dokumentem ubezpieczenia nr (...). Pełnomocnik powódki pismem z dnia 9 kwietnia 2014 roku ponownie zgłosił roszczenia pozwanemu. Pozwany odmówił spełnienia świadczenia.

W oparciu o powyższe ustalenia faktyczne Sąd Rejonowy zważył, że powództwo jest zasadne w przeważającej części. W ocenie Sądu I instancji pozwany nie zdołał skutecznie uwolnić się od odpowiedzialności z tytułu świadczeń wynikających z dokumentów ubezpieczeniowych nr (...) i nr (...). Sąd a quo wyjaśnił, że pozwany w toku postępowania, w przypadku świadczeń z dokumentu nr (...) powoływał się na § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...), natomiast w odniesieniu do świadczeń

z dokumentu nr (...) pozwany powoływał się na § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...).

Sąd meriti podniósł, że w rozstrzyganej sprawie między stronami procesu nie było sporu co do okoliczności, iż wyjściową przyczyną zgonu J. W. był udar niedokrwienny mózgu. Jednakże zdaniem Sądu Rejonowego pozwany chcąc skutecznie uwolnić się od odpowiedzialności względem powódki powinien w toku postępowania udowodnić, że śmierć ubezpieczonego w skutek udaru mózgu, jest następstwem chorób stwierdzonych przez lekarza w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia (umowa nr (...)) lub deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia (umowa nr (...)). Mając powyższe na względzie Sąd I instancji wskazał, że na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego nie można w sposób nie budzący wątpliwości uznać za udowodnione, iż śmierć ubezpieczonego w skutek udaru mózgu, jest następstwem chorób stwierdzonych (zdiagnozowanych) przez lekarza w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczającego wniosku (deklaracji). Sąd a quo argumentował, że w przedmiocie przyczyn śmierci ubezpieczonego powinna wypowiedzieć się osoba mająca specjalną wiedzę w tym zakresie, to jest biegły, który jednoznacznie ustaliłby czy śmierć ubezpieczonego w skutek udaru mózgu, jest następstwem chorób jakie zdiagnozowano u ubezpieczonego w zakreślonych w umowach okresach. Sąd meriti podniósł, że przyczyną niedokrwiennego udaru mózgu może być kilka jednostek chorobowych (migotanie przedsionków, zmiany miażdżycowe, zaburzenia krzepnięcia krwi i inne), nie zaś jedynie nadciśnienie, jak wskazał pozwany. Sąd Rejonowy zaznaczył, że powyższa okoliczność ma istotne znaczenie dla prawidłowego wyjaśnienia sprawy i dla jej ustalenia potrzebne są wiadomości specjalne. Zdaniem Sądu I instancji dowód z opinii biegłego nie mógł być zastąpiony inną czynnością dowodową ani wnioskowaniem na podstawie innych ustalonych faktów. Sąd a quo wskazał, że co prawda pozwany na dowód przedmiotowej okoliczności przedstawił dokument

w postaci notatki sporządzonej przez „lekarza orzecznika” pozwanego, jednakże w ocenie Sądu meriti notatka ta stanowi jedynie dowód z dokumentu prywatnego i zgodnie z art. 245 k.p.c. jest ona dowodem jedynie tego, że osoba która ją podpisała złożyła oświadczenie zawarte w tym dokumencie. Sąd Rejonowy wskazał również, że według utrwalonego orzecznictwa Sądu Najwyższego sporządzona na zlecenie jednej ze stron postępowania pozasądowa ekspertyza nie jest dowodem z opinii biegłego. Sąd I instancji zaznaczył, że pozwany, którego reprezentował profesjonalny pełnomocnik, nie zgłosił wniosku

o dopuszczenie opinii biegłego w zakresie przyczyn śmierci ubezpieczonego.

W konsekwencji powyższych rozważań Sąd a quo uznał, że pozwany nie udowodnił, iż zaistniały przesłanki o których mowa w § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...)

i § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...).

Niezależnie od powyższych rozważań Sąd Rejonowy wskazał, że § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) i § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...) rażąco naruszają interesy konsumenta (powódki) oraz pozostają

w sprzeczności z dobrymi obyczajami, a nadto są nieprecyzyjne, zatem jako niedozwolone postanowienia umowne (art. 385¹ k.c.) nie wiążą one powódki. Sąd I instancji podniósł, że w myśl art. 808 § 5 k.c. jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio

z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, przepisy

o niedozwolonych postanowieniach umownych (art. 385¹-385³ k.c.) stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Zgodnie zaś z (...) § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne); nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Sąd Rejonowy wskazał, że w niniejszej sprawie bezspornym było, iż analizowane klauzule umowne nie były uzgadniane indywidualnie z konsumentami. Zdaniem Sądu a quo niezasadny był zarzut pełnomocnika pozwanego, że w oparciu o art. 385¹ § 1 zdanie 2 k.c. w rozstrzyganej sprawie nie sposób mówić o klauzulach abuzywnych, bowiem zarówno § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) jak i § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...) dotyczą sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron. Sąd Rejonowy wskazał, że podziela stanowisko wyrażone przez Sąd Apelacyjny w Warszawie w uzasadnieniu wyroku z dnia 19 czerwca 2013 roku w sprawie VI ACa 1494/12 (LEX nr 1396995), zgodnie z którym głównym świadczeniem ubezpieczyciela jest wypłata określonego świadczenia w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, a tym samym wyłączenie odpowiedzialności pozwanego nie dotyczy głównego świadczenia umowy ubezpieczenia. W ocenie Sądu I instancji przywołane klauzule są nieprecyzyjne, zaś ukształtowane na ich podstawie prawa i obowiązki ubezpieczonego pozostają w sprzeczności z dobrymi obyczajami, oraz rażąco naruszają interesy ubezpieczonego. Sąd a quo argumentował, że ubezpieczony ponosił przez okres 12 miesięcy ryzyko zajścia zdarzenia

w postaci własnej śmierci w skutek zawału serca lub udaru mózgu, jednocześnie samemu nie będąc w stanie ocenić ani przewidzieć w dacie zawarcia umowy lub złożenia deklaracji czy zdiagnozowana u niego choroba (o której często może nie mieć wiedzy), nie spowoduje wyłączenia odpowiedzialności pozwanego. Sąd meriti zaznaczył, że wiedza medyczna nie jest wiedzą notoryjną, zaś przyczyn udaru mózgu może być kilka. Sąd Rejonowy argumentował dalej, iż ubezpieczyciel winien liczyć się z tym, że ubezpieczony nie posiada stosownej wiedzy medycznej, która pozwalałaby mu na ocenę czy w dacie zawarcia umowy, lub złożenia deklaracji stwierdzony u niego stan chorobowy może spowodować w ciągu najbliższych 12 miesięcy jego zgon w skutek zawału serca lub udaru mózgu.

Mając na uwadze powyższe Sąd I instancji wskazał na art. 815 § 1 k.c., zgodnie

z którym jednym z podstawowych obowiązków osoby zawierającej umowę ubezpieczenia jest podanie do wiadomości zakładu ubezpieczeń wszystkich znanych jej okoliczności, o które była pytana przed zawarciem umowy. Ubezpieczony musi podać do wiadomości ubezpieczyciela wyłącznie te okoliczności, o które był pytany. Ujemne konsekwencje błędnie lub nieprecyzyjnie sformułowanego pytania albo braku określonego pytania ponosi wyłącznie ubezpieczyciel. Mając powyższe na uwadze Sąd a quo wskazał, że skoro pozwany zdecydował się zawrzeć umowę ubezpieczenia z ubezpieczonym i jednocześnie nie zażądał od niego podstawowych informacji o jego stanie zdrowia winien ponieść ujemne konsekwencje swego zawnionego zaniechania. W ocenie Sądu meriti trafne jest stanowisko powódki, że w sytuacji w której ubezpieczyciel nie żąda informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego, a zamiast tego zastrzega sobie możliwość oceny stanu zdrowia ubezpieczonego dopiero w chwili zajścia wypadku ubezpieczeniowego to przenosi na uposażonego niekorzystne skutki decyzji ubezpieczyciela, który z niewiadomych przyczyn zaniechał pozyskania podstawowych informacji pozwalających mu na oszacowanie ryzyka ubezpieczeniowego. W konsekwencji zdaniem Sądu Rejonowego § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) i § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...) nie mogą stanowić podstawy do zwolnienia pozwanego od obowiązku świadczenia względem powódki, albowiem przywołane klauzule są nieprecyzyjne, zaś ukształtowane na ich podstawie prawa i obowiązki ubezpieczonego pozostają w sprzeczności z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszają interesy ubezpieczonego.

Mając powyższe na uwadze Sąd Rejonowy w punkcie 1 zaskarżonego wyroku zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 30.000 złotych z tytułu świadczenia z polisy nr (...). Natomiast w punkcie 2 sentencji wyroku Sąd I instancji zasądził na rzecz powódki kwotę 27.752,54 złote tytułu świadczenia z polisy nr (...). Sąd a quo wyjaśnił, że zgodnie z § 15 ust. 2 pkt. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego

w następstwie zawału serca lub udaru mózgu stanowi kwotę równą zadłużeniu na dzień śmierci ubezpieczonego wynikającą z harmonogramu spłat pożyczki aktualnego na dzień złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. Ponieważ ze złożonych do akt sprawy dokumentów wynika, że saldo pożyczki na dzień 26 października 2013 roku J. W. wynosiło 27.752,54 złote w ocenie Sądu Rejonowego tą też kwotę należało zasądzić na rzecz powódki, w pozostałym zaś zakresie powództwo podlegało oddaleniu.

O odsetkach ustawowych Sąd I instancji orzekła na podstawie art. 481 § 1 k.c.

w związku z art. 817 § 3 k.c. w związku z § 25 ust. 3 i 5 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) i § 18 ust. 3 i 5 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...), określając ich termin od dnia następnego po wydaniu przez pozwanego decyzji odmawiającej świadczeń.

O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 100 zdanie 2 k.p.c. Natomiast o nieuiszczonych kosztach sądowych Sąd I instancji rozstrzygnął w punkcie

5 wyroku w oparciu o art. 113 ust.1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

/wyrok wraz z uzasadnieniem – k. 100, 106-110/

Apelację od powyższego orzeczenia wniósł pozwany, zaskarżając je w części

w zakresie punktu 1., 2., 4. i 5. Skarżący zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego, to jest:

- 1) art. 6 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, skutkujące przerzuceniem ciężaru dowodu na pozwanego;
- 2) art. 808 § 5 k.c. poprzez jego zastosowanie w stosunku do powódki, która nie jest ubezpieczoną;
- 3) art. 385¹ k.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie, skutkujące uznaniem zapisu wzorca umowy, który był podstawą odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, za niedozwolone postanowienie umowne.

W oparciu o powyższe zarzuty skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa oraz zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu za pierwszą i drugą instancję według norm przepisanych.

/apelacja – k. 114-118/

W odpowiedzi na apelację powódka wniosła o jej oddalenie oraz zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kosztów postępowania odwoławczego, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

/odpowiedź na apelację – k. 125-128/

Na rozprawie odwoławczej w dniu 18 czerwca 2015 roku pełnomocnik powódki wniósł o oddalenie apelacji oraz zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

/e-protokół rozprawy z dnia 18 czerwca 2015 roku: stanowisko procesowe pełnomocnika powódki – 00:02:39/

Sąd Okręgowy w Łodzi dodatkowo ustalił następujący stan faktyczny:

Umowa grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...), do którego do ubezpieczenia w dniu 23 sierpnia 2013 roku przystąpił mąż powódki J. W., została zawarta pomiędzy pozwanym (ubezpieczycielem) a Spółdzielczą Kasą Oszczędnościowo – Kredytową im. F. S. w G. (ubezpieczającym).

/Deklaracja zgody na przystąpienia do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) – k. 16/

Sąd Okręgowy w Łodzi zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna i jako taka podlegała oddaleniu.

Sąd Okręgowy w pełni podziela i przyjmuje za własne dokonane przez Sąd Rejonowy ustalenia faktyczne, które nie były kwestionowane przez żadną ze stron postępowania. Ustalony przez Sąd I instancji stan faktyczny sprawy wymagał uzupełnienia jedynie w niewielkim zakresie.

Przechodząc do oceny zasadności podniesionych przez pozwanego w apelacji zarzutów w pierwszej kolejności należy odnieść się do zarzutu naruszenia art. 6 k.c., bowiem w sytuacji, gdy przedmiotowy zarzut okaże się niezasadny wówczas bezprzedmiotowe staną się pozostałe dwa zarzuty apelacji odnoszące się do niedozwolonych klauzul umownych.

Jak wynika z uzasadnienia wywiedzionego środka zaskarżenia apelujący, zarzucając naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 6 k.c., stoi na stanowisku, że w niniejszej sprawie jego odpowiedzialność względem powódki została wyłączona na podstawie § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) oraz § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...), zgodnie z którymi odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć ubezpieczonego w skutek zawału serca lub udaru mózgu, jest następstwem chorób stwierdzonych przez lekarza (zdiagnozowanych przez lekarza, lub których objawy występowały) w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia (deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia). Skarżący argumentował bowiem, że w toku postępowania likwidacyjnego pozwany zgromadził dokumenty medyczne oraz opinie lekarza orzecznika, na podstawie których ustalił, iż udar mózgu jakiego doznał ubezpieczony (mąż powódki) został poprzedzony stanem chorobowym, co wyłącza wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.

W ocenie apelującego ponieważ powódka nie kwestionowała tych ustaleń ani w toku korespondencji przedsądowej ani w pozwie, brak inicjatywy dowodowej po stronie powodowej musiał skutkować brakiem kontrargumentów po stronie pozwanej. Jak się zatem wydaje apelujący uważa, że to powódka powinna udowodnić, iż śmierć jej męża w skutek udaru mózgu nie jest następstwem chorób stwierdzonych (zdiagnozowanych) przez lekarza w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczającego wniosku (deklaracji). Innymi słowy w ocenie skarżącego to powódka powinna udowodnić, że w rozstrzyganej sprawie odpowiedzialność pozwanego nie została wyłączona na podstawie § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) oraz § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...). Powyższe stanowisko apelującego jest całkowicie chybione.

Strona inicjująca proces, jest obowiązana do udowodnienia wszystkich twierdzeń pozwu, w oparciu o które sformułowała swoje roszczenie, chyba, że nie są one kwestionowane. Powinność taka wynika wprost z treści art. 6 k.c., zgodnie z którym ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Reguła ta znajduje również swój procesowy odpowiednik w treści art. 232 k.p.c., w myśl którego to strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Reguła dotycząca ciężaru dowodu nie może być rozumiana w ten sposób, że zawsze, bez względu na okoliczności sprawy, spoczywa on na stronie powodowej. W zależności od rozstrzyganych kwestii faktycznych i prawnych ciężar dowodu co do pewnych faktów będzie spoczywał na powodzie, a co do innych z kolei na stronie pozwanej. Jeżeli strona powodowa udowodniła fakty przemawiające za zasadnością powództwa, to na stronie pozwanej spoczywa ciężar udowodnienia ekscypcji i faktów uzasadniających jej zdaniem oddalenie powództwa (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 1982 roku, sygn. akt I CR 79/82, LEX nr 8416). O naruszeniu przepisu art. 6 k.c. (art. 232 zdanie 1 k.p.c.) można mówić dopiero wówczas, gdyby Sąd orzekający przypisał obowiązek dowodowy innej stronie, niż tej, która z określonego faktu wywodzi skutki prawne (vide wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 7 marca 2012 roku, sygn. akt I ACa 97/12, LEX nr 1130079).

Podkreślić także należy, że w polskim postępowaniu cywilnym, mającym charakter procesu kontradyktoryjnego to strony, a nie Sąd, mają poprzez swoje aktywne działania, którym jest między innymi wskazywanie dowodów, udowodniać fakty, z których wywodzą skutki prawne. Zadaniem Sądu rozstrzygającego daną sprawę jest natomiast jedynie kontrolowanie, czy strony wypełniają swoje kontradyktoryjne obowiązki prawidłowo. Oznacza to, iż Sąd nie jest odpowiedzialny za wynik postępowania dowodowego, zaś ryzyko nieudowodnienia danego faktu spoczywa wyłącznie na stronie która z okoliczności tej wywodzi skutki prawne.

W niniejszej sprawie powódka wraz z pozwem przedłożyła między innymi następujące dokumenty: zaświadczenie z ZOZ w Ł. z dnia 27 stycznia 2014 roku (k. 7), dokument ubezpieczeniowy z dnia 23 sierpnia 2013 roku (k. 8-9), ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (k. 11-15), deklarację zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) (k. 16), ogólne warunki grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) (k. 18-21).

Między stronami procesu nie było sporu co do tego, że mąż powódki J. W. zmarł w dniu 26 października 2013 roku. Natomiast z dokumentów załączonych do pozwu wynika, że przyczyną śmierci J. W. był udar niedokrwienny mózgu. Przed śmiercią J. W. zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia, co zostało potwierdzone dokumentem ubezpieczeniowym nr (...). Przedmiotem ubezpieczenia objęto między innymi śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu. Suma ubezpieczenia wynosiła kwotę 30.000 złotych. Natomiast w dniu 23 sierpnia 2013 roku mąż powódki – J. W. przystąpił do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...). Zakresem ubezpieczenia objęto między innymi śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu. Suma ubezpieczenia wynosiła 28.000 złotych. Zarówno w pierwszej jak i w drugiej umowie ubezpieczenia powódka została wskazana jako osoba uprawniona do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci osoby ubezpieczonej – jej męża J. W..

W tym stanie rzeczy w ocenie Sądu Okręgowego nie ulega wątpliwości, że powódka udowodniła fakty przemawiające za zasadnością powództwa. Pozwany natomiast jeżeli uważa, że w niniejszej sprawie na podstawie § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) oraz § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...) doszło do wyłączenia jego odpowiedzialności względem powódki to zgodnie z powyższymi uwagami, powinien udowodnić, że śmierć ubezpieczonego (J. W.) w skutek udaru mózgu, jest następstwem chorób stwierdzonych (zdiagnozowanych) przez lekarza w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczającego wniosku (deklaracji). Należy však mieć na uwadze, że to pozwany wywodzi ze wskazanej okoliczności korzystne dla siebie skutki prawne, a zatem na podstawie art. 6 k.c. (art. 232 k.p.c.) to na pozwanym spoczywa ciężar udowodnienia tego faktu; to na pozwanym spoczywa ciężar udowodnienia faktów uzasadniających jego zdaniem oddalenie powództwa.

Sąd Okręgowy w pełni podziela stanowisko Sądu Rejonowego, że w rozstrzyganej sprawie pozwany nie udowodnił, iż śmierć ubezpieczonego (J. W.) w skutek udaru mózgu, jest następstwem chorób stwierdzonych przez lekarza w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia (umowa nr (...)) lub deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia (umowa nr (...)). Rację ma Sąd I instancji podnosząc, że dla ustalenia powyższej okoliczności wymagane są wiadomości specjalne. Zgodnie z art. 278 § 1 k.p.c. w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych sąd po wsłuchaniu wniosków stron co do liczby biegłych i ich wyboru może wezwać jednego lub kilku biegłych w celu zasięgnięcia ich opinii. W niniejszej sprawie pozwany nie złożył wniosku o dopuszczenie dowodu w postaci opinii biegłego sądowego, zaś Sąd I instancji nie miał obowiązku dopuścić wskazany dowód z urzędu. Sąd Rejonowy trafnie zatem zważył, że pozwany nie udowodnił, iż zaistniały przesłanki o których mowa w § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) i § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...).

Reasumując dotychczasowe rozważania, w ocenie Sądu Okręgowego niezasadny okazał się zarzut apelacji naruszenia przez Sąd I instancji art. 6 k.c. poprzez obarczenie pozwanego ciężarem udowodnienia faktów uzasadniających jego zdaniem oddalenie powództwa.

Ponieważ podniesiony przez pozwanego w punkcie 1) petitum apelacji zarzut naruszenia art. 6 k.c. okazał się niezasadny, w konsekwencji uznać należy pozostałe zarzuty skarżącego za bezprzedmiotowe. Niemniej jednak Sąd Okręgowy uważa za konieczne poczynienie kilku uwag odnośnie podniesionych przez apelującego zarzutów naruszenia art. 808 § 5 k.c. oraz art. 385¹ k.c.

W niniejszej sprawie mamy do czynienia z dwiema odrębnymi umowami ubezpieczenia. Pierwsza umowa, potwierdzona dokumentem ubezpieczeniowym nr (...), została zawarta pomiędzy pozwanym (ubezpieczycielem) a J. W. (ubezpieczającym). Druga zaś umowa została zawarta między pozwanym (ubezpieczycielem) a Spółdzielczą

Kasą Oszczędnościowo – Kredytową im. F. S. w G. (ubezpieczającym). Zarówno w pierwszej jak i drugiej umowie osobą ubezpieczoną był J. W., natomiast osobą uprawnioną do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci J. W. (ubezpieczonego) była powódka - H. W.. Zaznaczyć należy, że powódka nie była stroną żadnej z powyższych dwóch umów ubezpieczenia. Jednakże H. W. jako uposażona w rozumieniu art. 831 § 1 k.c. ma obiektywną zdolność wysuwania roszczeń wobec pozwanego ubezpieczyciela, a więc legitymację procesową do występowania w niniejszym postępowaniu w charakterze powódki.

Mając na uwadze powyższe relacje między powódką a pozwanym należy zastanowić się czy H. W. w toku niniejszego postępowania może skutecznie powoływać się na regulację dotyczącą klauzul abuzywnych, to jest domagać się od Sądu dokonania tak zwanej kontroli incydentalnej w celu ustalenia wiążącej pozwanego treści stosunków prawnych. Innymi słowy należy odpowiedzieć na pytanie czy w toku tego postępowania powódka może skutecznie powołać się na art. 385¹ k.c. twierdzą, że § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) oraz § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...) to niedozwolone postanowienia umowne (klauzule abuzywne).

Zgodnie z art. 385¹ § 1 zdanie 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Z przywołanego przepisu art. 385¹ § 1 zdanie 1 k.c. wynika, że co do zasady przepisy o niedozwolonych postanowieniach umownych chronią wyłącznie konsumentów. Pojęcie konsumenta zostało zdefiniowane przez ustawodawcę w art. 22¹ k.c., zgodnie z którym za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. Z definicji tej wynika, że status konsumenta nie przysługuje osobom fizycznym z natury rzeczy, ale mogą one wystąpić w tym charakterze wtedy, gdy dokonają wskazanej czynności prawnej. Konsumentami nie są więc osoby, które mają stać się jedynie beneficjentami czynności prawnej dokonanej pomiędzy innymi podmiotami (vide M. K., „Umowa (...) a niedozwolone postanowienia umowne”, Wiadomości Ubezpieczeniowe numer specjalny (...); D. F., Ł. S., „Zróżnicowanie zakresu ochrony szczególnych kategorii nieprofesjonalnych uczestników rynku ubezpieczeniowego”, Prawo Asekuracyjne numer (...)). Powódka nie jest stroną zarówno pierwszej jak i drugiej z umów ubezpieczenia, z którymi to umowami mamy do czynienia w niniejszej sprawie. Powódka nie dokonała z pozwanym żadnej czynności prawnej. Tym samym uznać należy, że powódce nie przysługuje status konsumenta, a co za tym idzie nie może ona skutecznie w toku niniejszego postępowania powoływać się na regulację dotyczącą klauzul abuzywnych.

Mając na uwadze powyższe rozważania należy zadać pytanie czy w obecnie obowiązującym systemie prawa istnieje przepis szczególny, który w odniesieniu do umów ubezpieczenia pozwalałby na odpowiednie zastosowanie art. 385¹ – 385³ k.c. w stosunku do osoby która nie jest stroną umowy. Takim szczególnym przepisem jest art. 808 § 5 k.c., który istotnie rozszerza zakres zastosowania art. 385¹ – 385³ k.c. Art. 808 k.c. reguluje instytucję ubezpieczenia na cudzy rachunek, wykorzystując konstrukcję pactum in favorem tertii (art. 393 k.c.), którego jedną z cech jest fakt, że inną osobą jest ubezpieczający, a inną ubezpieczony. Ubezpieczony nie jest stroną umowy ubezpieczenia, a jedynie podmiotem tej umowy, jej beneficjentem. W praktyce najczęściej ubezpieczającym jest podmiot profesjonalny (np. bank), zaś ubezpieczonym podmiot nieprofesjonalny (np. kredytobiorca). W rozstrzyganej sprawie art. 808 k.c. mógłby zatem znaleźć zastosowanie w odniesieniu do umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...). Zgodnie z art. 808 § 5 k.c. jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹ – 385³ k.c. stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Wprowadzenie do Kodeksu cywilnego w 2007 roku przepisu art. 808 § 5 k.c. doprowadziło do sytuacji, w której, gdy umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek nie wiąże się z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, możliwe jest powołanie się przez ubezpieczonego na regulację dotyczącą klauzul abuzywnych

w zakresie, w jakim dane postanowienia umowy dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego. W tym wypadku ustawodawca rozszerzył zakres odpowiedniego zastosowania art. 385¹ – 385³ k.c. Prawdawca w art. 808 § 5 k.c. przyznał uprawnienia wynikające z art. 385¹ – 385³ k.c. osobie ubezpieczonej, która nie zawierała umowy – nie jest jej stroną. Należy podkreślić, że w skali Kodeksu cywilnego jest to rozwiązanie unikalne i nie występuje w innych regulacjach prawnych (D. F., Ł. S., „Zróżnicowanie zakresu ochrony szczególnych kategorii nieprofesjonalnych uczestników rynku ubezpieczeniowego”, Prawo Asekuracyjne numer (...)). Adresatem art. 808 § 5 k.c. jest ubezpieczony, który nie jest jednocześnie stroną umowy ubezpieczenia. Art. 808 § 5 k.c. zawęża uprawnienia ubezpieczonego tylko do sytuacji, kiedy postanowienie umowy lub ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczy jego praw i obowiązków, a sama umowa nie wiąże się bezpośrednio z prowadzoną przez ubezpieczonego działalnością gospodarczą lub zawodową. (Michał P. Z., „Klauzule abuzywne w R. of (...) Law a prawo polskie”, Rozprawy Ubezpieczeniowe numer 9 (...)).

W rozstrzyganej sprawie osobą ubezpieczoną był J. W., natomiast powódka była osobą uprawnioną do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci osoby ubezpieczonej (art. 831 § 1 k.c.). Tym samym należy zgodzić się z apelującym, że Sąd I instancji bezpodstawnie zastosował art. 808 § 5 k.c., ponieważ powódka nie jest ubezpieczoną. Należy zauważyć, że prawo polskie nie przyznaje uposażonemu jakichkolwiek uprawnień odnośnie postanowień niedozwolonych.

Pomimo, iż zarzut apelacji naruszenia art. 808 § 5 k.c. okazał się trafny i tak nie jest on w stanie doprowadzić do zmiany, bądź też uchylenia zaskarżonego wyroku Sądu Rejonowego. Jak już wskazano powyżej nawet przy założeniu, że § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) oraz § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...) są wiążące to i tak pozwany nie udowodnił, iż zaistniały przesłanki o których mowa w tych paragrafach.

Na zakończenie powtórzyc raz jeszcze należy, że powódka nie może skutecznie w toku niniejszego postępowania powoływać się na regulację dotyczącą klauzul abuzywnych. Prawo polskie nie przyznaje uposażonemu jakichkolwiek uprawnień odnośnie postanowień niedozwolonych. Jednakże w niniejszym postępowaniu zastosowanie mógłby znaleźć art. 58 § 2 k.c., zgodnie z którym nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współżycia społecznego. Wyjaśnić bowiem należy, że skutkiem uznania danego postanowienia umownego za niedozwolone jest jego eliminacja ze stosunku prawnego jako niedozwolone jest ono bowiem bezskuteczne. Skutek przewidziany w art. 58 § 2 k.c. jest odmienny i dalej idący. Sprzeczność czynności prawnej z zasadami współżycia społecznego czynność tę czyni bezwzględnie nieważną. Stwierdzona na podstawie art. 58 § 2 k.c. bezwzględna nieważność czynności prawnej oznacza, że czynność prawna nie wywołuje żadnych skutków prawnych. Na bezwzględną nieważność czynności prawnej, umowy (lub jej części w sytuacji przewidzianej w art. 58 § 3 k.c.) może powołać się strona tej czynności (umowy), a także każdy, kto ma w tym interes prawny (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 czerwca 2013 roku, sygn. akt IV CSK 699/12, www.sn.pl). Powódka jako uposażona musiałaby zatem wykazać swój interes prawny. Ponieważ podniesiony przez pozwanego w punkcie 1) petitum apelacji zarzut naruszenia art. 6 k.c. okazał się niezasadny dalsze rozważania odnośnie tego czy § 8 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) oraz § 4 ust. 2 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (...) są bezwzględnie nieważne na podstawie art. 58 § 2 k.c. są jednak bezprzedmiotowe.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy, na podstawie art. 385 k.p.c., oddalił apelację.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł zgodnie z wyrażoną w art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. zasadą odpowiedzialności za wynik sporu zasądzając od Towarzystwa (...) Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo – Kredytowych z siedzibą w S. na rzecz H. W. kwotę 1.800 (jeden tysiąc osiemset) złotych. Na kwotę tę złożyło się jedynie wynagrodzenie pełnomocnika powódki w postępowaniu odwoławczym ustalone w oparciu o § 6 pkt 6 w zw. z § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 461).