

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 10 lipca 2017 r. w sprawie III C 834/16 Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi w punkcie 1. oddalił powództwo D. T. i Z. T. przeciwko E. D. o zapłatę oraz w punkcie 2. zasądził od powodów solidarnie na rzecz pozwanej kwotę 4.817 zł zwrotu kosztów procesu.

Podstawę rozstrzygnięcia Sądu I instancji stanowiły następujące ustalenia faktyczne:

Od dnia 1 listopada 2008 roku H. T. miała zawartą umowę ubezpieczenia z (...) S.A. Umowa ta wygasła z dniem 31 sierpnia 2013 roku na skutek nieopłacenia składek przez ubezpieczoną.

W kwietniu 2013 roku u H. T. rozpoznano nowotwór złośliwy (rak dna jamy ustnej).

W dniu 20 sierpnia 2013 roku H. T. zawarła nową umowę ubezpieczenia z (...) Towarzystwo (...) S.A. V. (...). Umowa ta została zwarta za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego E. D. , pozwanej w niniejszej sprawie .

Zawierając tę umowę H. T. własnoręcznym podpisem potwierdziła, że nie rozpoznano u niej nowotworu, a także, że nie leczyła się m. in. z powodu choroby nowotworowej, co w związku z wykrytym u niej w maju 2013 roku rakiem dna jamy ustnej nie było prawdą.

(...) Towarzystwo (...) S.A. V. (...) jako nowy ubezpieczyciel odmówiło wypłaty świadczeń z tytułu kolejnych pobyków w szpitalu (...) powołując się na art. 816 i 834 k.c., zgodnie z których treścią, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości przez okres 3 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Pomimo odmowy wypłaty świadczenia przez ubezpieczyciela, H. T. opłacała dalej składki za ubezpieczenie.

H. T. zmarła dnia 21 czerwca 2015 roku na skutek choroby nowotworowej.

(...) Towarzystwo (...) S.A. V. (...) odmówiło wypłaty świadczeń w związku ze śmiercią ubezpieczonej na rzecz uposażonych – powodów w sprawie . Również w tym wypadku ubezpieczyciel powołał się na treść art. 816 i 834 k.c., zgodnie z którą ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości przez okres 3 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

W oświadczeniu z dnia 6 czerwca 2015 roku pozwana wskazała , że nie uznaje roszczeń strony powodowej. W opinii pozwanej H. T. miała możliwość zapoznania się z warunkami ubezpieczenia, co zresztą uczyniła. Według pozwanej H. T. zależało jedynie na podwyższeniu odszkodowania na wypadek śmierci.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Sąd na wstępie rozważań wyjaśnił, iż powodowie wyprowadzili swoje roszczenie z treści art. 355 § 2 k.c. oraz z art. 11 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Oś rozumowania powodów sprowadzała się do tezy, że ocena należytej staranności dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej musi uwzględniać zawodowy charakter tej działalności, a pozwana tych standardów nie zachowała. Pełnomocnik powodów wskazywał, że bez względu na treść zobowiązania, zarówno w stosunkach jednostronnie jak i obustronnie profesjonalnych, zawodowy charakter działalności dłużnika określa obiektywny wzorzec wymaganej staranności.

Sąd Rejonowy wyjaśnił następnie, że profesjonalizm dłużnika powinien przejawiać się w dwóch podstawowych cechach jego zachowania: postępowaniu zgodnym z regułami fachowej wiedzy oraz sumienności. Wzorzec należytej staranności musi uwzględnić zwiększone oczekiwania co do zawodowych kwalifikacji dłużnika-specjalisty, co do jego wiedzy i praktycznych umiejętności skorzystania z niej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 września 2005 r. sygn. IV CK 100/05). Obok fachowych kwalifikacji, od profesjonalisty wymaga się zwiększonego zaangażowania w

podjęte działania przygotowujące i realizujące świadczenie. Chodzi o większą zapobiegliwość, rzetelność, dokładność w działaniach dłużnika-profesjonalisty, w stosunku do podmiotów, którzy nie wykonują zobowiązania w ramach swojej działalności gospodarczej. Jednakże należyta staranność osoby zawodowo wykonującej zobowiązanie - poza sytuacjami, w których umówiono się inaczej - jest rozumiana jako przeciętnie wymagana, a więc zachowująca ustaloną wzorcem średnią na wystarczającym poziomie, na tyle dobrym, aby prawidłowo wykonać czynności zawodowe (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 marca 2012 r. sygn. I CSK 330/11). Wzorec należytej staranności ma charakter zobiektywizowany, określany jest najczęściej dla pewnych typów podmiotów i wykonywanych przez nie działań. Z reguły formułowany jest więc na poziomie przeciętnej staranności, jakiej można wymagać w danej sytuacji od dłużnika. Zawsze jednak konieczne jest uwzględnienie, że chodzi o wykonanie konkretnego zobowiązania w danej sytuacji.

W ocenie Sądu Rejonowego, zgromadzony materiał dowodowy prowadził do wniosku, że pozwana - jako podmiot profesjonalny - powinna była przewidzieć skutki, jakie spowoduje zawarcie przez chorą na nowotwór matkę powodów nowej umowy ubezpieczeniowej. Pozwana zeznała, że uprzedzała matkę powodów, iż „może nie być świadczenia za chorobę, którą ma”, podczas gdy winna była zakomunikować zmarłej z całą stanowczością, że ubezpieczyciel nie obejmie ubezpieczeniem trwającej już choroby.

Kluczowe dla rozpoznania niniejszej sprawy, zdaniem Sądu Rejonowego, były jednak dwie inne kwestie. Po pierwsze należało odpowiedzieć na pytanie, czy niedochowanie należytej staranności przez pozwaną zwalniało H. T. od konsekwencji złożonego przez nią w dniu 20 sierpnia 2013 roku oświadczenia, w którym twierdziła, że nie choruje m.in. na chorobę nowotworową i tym samym poświadczyła swoim podpisem nieprawdę. Strona powodowa nie wykazała, by w momencie zawierania kolejnej umowy ubezpieczenia H. T. znajdowała się w błędzie co do treści czynności prawnej ani aby nie była w stanie świadomie takiego oświadczenia złożyć. Strona powodowa podniosła jedynie, że H. T. była osobą starszą i chorą, a pozwana to wykorzystała. Sąd zauważył jednakże, że nie było żadnych danych, aby stwierdzić,

że w sierpniu 2013 roku choroba matki powodów nie była jeszcze na tyle zaawansowana, by uniemożliwiała jej świadome albo swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli. Zresztą gdyby tak było pod znakiem zapytania stałaby w ogóle skuteczność umowy, z której pośrednio powodowie wywodzą swoje roszczenie. Powodowie twierdzą bowiem, że dochodzona kwota odpowiada kwocie, jakiej oczekiwali na podstawie umowy z (...) S.A. Tym samym należało uznać, że H. T. podpisując oświadczenie, z którego wprost wynikało, że nie cierpi na chorobę nowotworową, świadomie wprowadziła ubezpieczyciela w błąd co do swojego stanu zdrowia.

Po drugie, w ocenie Sądu Rejonowego, należało skonfrontować zasadność żądanej kwoty z określoną w pozwie podstawą faktyczną roszczenia, którą Sąd orzekający był związany. Powodowie wprost w pozwie wskazali, że domagają się zasądzenia kwot, których spodziewali się w wyniku zawarcia umowy ubezpieczenia z (...) S.A. Jednakże nawet przyjmując, że pozwana wprowadziła ubezpieczoną w błąd co do przedmiotu umowy, doprowadzając ją do zawarcia umowy z (...) S.A., to nie ponosi odpowiedzialności za brak wypłaty świadczenia pośmiertnego należnego na podstawie tej umowy. Taka umowa na skutek działania H. T., która ukryła fakt choroby nowotworowej nigdy nie mogła wywrzeć pożądanego skutku. Choroba nowotworowa

w zasadzie wyłączała możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, żaden zakład ubezpieczeniowy takiej umowy by nie zawarł. Być może można by rozważać odpowiedzialność pozwanej za doprowadzenie H. T. do zerwania umowy ubezpieczenia z poprzednim ubezpieczycielem (N.) jako że kontynuowanie tamtej umowy być może dawałoby powodom prawo do odszkodowania po śmierci matki. Byłaby to jednak zupełnie inna podstawa faktyczna roszczenia i pozostawała tym samym poza sferą rozważań Sądu w rozpoznawanej sprawie. W niniejszej sprawie powodowie wyraźnie wskazali w pozwie, że na szkodę składa się kwota uposażenia, które otrzymaliby w związku ze śmiercią ubezpieczonej na podstawie umowy zawartej z (...) S.A. nie zaś w związku z rozwiązaniem umowy z (...) S.A.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wnieśli powodowie. Zaskarżyli wyrok w całości, zarzucając:

1. błąd w ustaleniach faktycznych poprzez przyjęcie, iż:

a. bezsporne jest, że H. T. własnoręcznym podpisem potwierdziła, że nie rozpoznano u niej nowotworu, a także, że nie leczyła się z powodu raka podczas gdy w aktach niniejszego postępowania brak takiego oświadczenia, a pozwana zobowiązana do wykazywania dowodów przeciwnych oraz ubezpieczyciel V. (...) mimo wezwania sądu do załączenia pełnych akt ubezpieczeniowych nie załączyli do akt tego dokumentu, co prowadzi do wniosku, że brak jest dowodu na to, że taki dokument w ogóle został podpisany;

b. strona powodowa nie wykazała by w momencie zawierania umowy H. T. znajdowała się w błędzie co do treści czynności prawnej, podczas gdy z materiału dowodowego (oświadczenia H. T., zeznań powódki, oświadczenia A. F.) wynika, że H. T., podpisując dokumenty, nie zapoznała się z ich treścią, gdyż ufała pozwanej i była zbyt słaba by czytać ze zrozumieniem, a ponadto była pewna (bo tak poinformowała ją agentka), że nowa umowa stanowi jedynie kontynuację starej i polega jedynie na nieznaczny zwiększeniu świadczenia na wypadek śmierci;

c. powodowie wywodzą swoje roszczenia wyłącznie w kwocie odpowiadającej kwocie, jakiej oczekiwali na podstawie nowej umowy z (...) S.A, podczas gdy powodowie domagali się swych roszczeń od agentki ubezpieczeniowej z uwagi na to, że pozwana w sposób zawiniony wprowadziła H. T. w błąd co do treści czynności prawnej, co stanowiło bezpośrednią przyczynę podpisania przez ubezpieczoną nowej polisy i jednocześnie rezygnacji z dotychczasowej polisy, a kwota której żądali powodowie stanowi roszczenie z nowej umowy (L. cessans- utracone korzyści) jak również ze starej polisy, która obowiązywała wcześniej i nadal by obowiązywała, gdyby nie działanie agentki (D. emergens - rzeczywisty uszczerbek majątkowy, szkoda rzeczywista).

2. naruszenie przepisów prawa procesowego, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, tj.:

a. art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art 299 k.p.c. poprzez pominięcie przez Sąd dowodu z przesłuchania w charakterze strony D. T.

na okoliczność tego, że pozwana pomagała H. T. składać kilkukrotne wnioski o wypłaty z polisy z N. za pobyt w szpitalu z uwagi na wykryty w kwietniu 2013 roku nowotwór oraz na okoliczność tego, że H. T. kilkukrotnie otrzymała wypłaty z polisy N. za zachorowanie i pobyt w szpitalu, co ma dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie i stanowi dowód tego, że pozwana w momencie namawiania H. T. na zmianę umowy dokładnie wiedziała, że ubezpieczona choruje na raka, a mimo tego nakłoniła ubezpieczoną do zawarcia nowej umowy i rozwiązania poprzedniej;

b. art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art 299 k.p.c. poprzez pominięcie przez Sąd dowodu z przesłuchania w charakterze strony D. T.

na okoliczność tego, że oświadczenie H. T. załączone do akt zostało własnoręcznie sporządzone przez matkę powodów;

c. art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. art. 245 k.p.c. poprzez, pominięcie przez sąd dowodu z oświadczenia H. T. załączonego do pozwu, w którym to ubezpieczona wskazuje, że została wprowadzona w błąd przez pozwaną oraz niewypowiedzenie się przez Sąd, dlaczego nie brał pod uwagę tego oświadczenia;

d. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego, polegającą na przyjęciu przez Sąd, że bezsporne jest, że H. T. własnoręcznym podpisem potwierdziła, że nie rozpoznano u niej nowotworu, a także, że nie leczyła się z powodu raka, podczas gdy w aktach brak takiego oświadczenia, co prowadzi do wniosku, że brak jest dowodu na to, że taki dokument w ogóle został podpisany (a jeśli został podpisany to nie wiadomo jaka był jego treść), a ocena materiału dowodowego z uwzględnieniem doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania prowadzi do wniosku, że osoba chora na raka, licząc się z możliwością śmierci, nigdy świadomie nie zawarłaby nowej umowy ubezpieczenia i nie podpisałaby oświadczenia, że nie jest chora na raka, ryzykując utratę świadczenia, podczas gdy podlegała już ubezpieczeniu, które obejmowało świadczenia dla dzieci na wypadek śmierci.

e. przyjęcie, że strona powodowa nie wykazała, by w momencie zawierania umowy H. T. znajdowała się w błędzie co do treści czynności prawnej, podczas gdy dokonanie przez sąd oceny materiału dowodowego z uwzględnieniem

doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania prowadzi do wniosku, że osoba chora na raka, licząc się z możliwością śmierci, nigdy świadomie nie zawarłaby nowej umowy ubezpieczenia i nie podpisałaby oświadczenia, że nie jest chora na raka ryzykując utratę świadczenia, w sytuacji w której podlegała już ubezpieczeniu, które obejmowało świadczenia dla dzieci na wypadek śmierci.

f. dokonaniu oceny dowodów w sposób sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego oraz zasadami logicznego rozumowania polegające na przyjęciu, iż strona powodowa nie wykazała, że pomiędzy działaniem pozwanej, a szkodą powstałą w majątku powodów istnieje związek przyczynowy;

g. art. 102 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie i obciążenie powodów kosztami postępowania w sytuacji, gdy z uwagi na okoliczności sprawy zachodził przypadek szczególnie uzasadniony przewidziany w art. 102 k.p.c.;

3. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.:

a. art. 355 § 2 k.c. w związku art. 8 i art. 11 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym poprzez ich niewłaściwe zastosowanie, w sytuacji, w której zachowanie agentki ubezpieczeniowej jako profesjonalistki wypełnia znamiona niezachowania należytej staranności, co uzasadnia odpowiedzialność agentki z art. 11 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym;

b. art. 472 k.c. w zw. z art 471 k.c. w zw. z art 415 k.c. poprzez ich niezastosowanie i uznanie, że pozwana nie ponosi odpowiedzialności odszkodowawczej, podczas gdy pozwana, namawiając H. T. na zmianę umowy ubezpieczenia, w sytuacji w której ubezpieczona była już chora na raka, o czym E. D. doskonale wiedziała oraz fakt, że nie poinformowała ubezpieczonej, że nowa umowa z uwagi na chorobę nowotworową będzie nieważna, wskazuje na to, że agentka w sposób zawiniony wprowadziła H. T. w błąd co do treści czynności prawnej, a co najmniej nienależycie wykonała swoje zobowiązanie oraz nie zachowała należytej staranności, co uzasadnia jej odpowiedzialność odszkodowawczą z art. 415 k.c. oraz/lub z art. 472 k.c. oraz/lub z art. 471 k.c.;

c. art. 361 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i uznanie, że między zachowaniem agentki, a szkodą nie zachodzi adekwatny związek przyczynowy, podczas gdy, gdyby pozwana nie namówiła H. T. na zmianę umowy ubezpieczenia, twierdząc, że nowa umowa stanowi kontynuację poprzedniej, nigdy nie doszłoby do zawarcia nowej umowy oraz rozwiązania poprzedniej umowy, w efekcie czego powodowie po śmierci ubezpieczonej otrzymaliby świadczenie na wypadek śmierci ubezpieczonej z poprzedniej polisy od N. w nieznacznie mniejszej wysokości od kwot objętych nową umową (zamiast po 13.000 zł po 11.500 zł).

Mając powyższe na uwadze, skarżący wnieśli o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania wraz z rozstrzygnięciem o kosztach postępowania, ewentualnie zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości, zasądzenie od pozwanego na rzecz powodów zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego oraz nieobciążanie powodów kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego za postępowanie przed sądem 1 i II instancji.

W odpowiedzi na apelację pozwana wniosła o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja podlegała oddaleniu jako bezzasadna.

Rozpoczynając analizę zarzutów apelacji, należało odnieść się w pierwszej kolejności do zarzutu naruszenia art. 233 § 1 kpc, gdyż prawidłowo ustalony i oceniony stan faktyczny determinuje kierunek dalszych rozważań w aspekcie prawa materialnego.

Stosownie do powołanego przepisu, Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Ocena dowodów polega na ich zbadaniu i podjęciu decyzji, czy została wykazana prawdziwość faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. Celem Sądu jest tu

dokonanie określonych ustaleń faktycznych, pozytywnych bądź negatywnych i ostateczne ustalenie stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia.

Ocena wiarygodności mocy dowodów przeprowadzonych w danej sprawie wyraża istotę sądzenia w części obejmującej ustalenie faktów, ponieważ obejmuje rozstrzygnięcie o przeciwnych twierdzeniach stron, na podstawie własnego przekonania sędziego powziętego w wyniku bezpośredniego zetknięcia ze świadkami, stronami, dokumentami i innymi środkami dowodowymi. Powinna odpowiadać regułom logicznego rozumowania wyrażającym formalne schematy powiązań między podstawami wnioskowania i wnioskami oraz uwzględniać zasady doświadczenia życiowego wyznaczające granice dopuszczalnych wniosków i stopień prawdopodobieństwa ich występowania w danej sytuacji. Jeżeli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami, lub gdy wnioskowanie Sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych, to przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona.

Skarżący zarzucili naruszenie przez Sąd art. 233 k.p.c. poprzez przyjęcie, iż bezsporne jest, że H. T. własnoręcznym podpisem potwierdziła, że nie rozpoznano u niej nowotworu, a także, że nie leczyła się z powodu raka. Rację mają skarżący, iż w aktach sprawy faktycznie nie znajduje się oświadczenie ubezpieczonej, iż nie leczy się z powodu choroby nowotworowej. Brak tego oświadczenia może wynikać natomiast z faktu, że, zgodnie z żądaniem pozwu, Sąd Rejonowy zwrócił się do ubezpieczycieli o akta szkodowe. (...) S.A. V. (...) przesłała zatem dokumentację dotyczącą roszczenia ubezpieczonej i powodów o wypłatę świadczenia w związku ze śmiercią H. T.. Pełnomocnik powodów nie wnosił natomiast o przesłanie dokumentów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia, w tym deklaracji podpisanych przez ubezpieczoną.

Niezależnie od tego, w oparciu o całokształt zebranego w sprawie materiału dowodowego, Sąd Rejonowy prawidłowo ustalił, że okoliczność podpisania przedmiotowego oświadczenia nie była kwestionowana. Wynikała to z pism zakładu ubezpieczeń jak i pośrednio z treści pozwu, w którym wskazano, iż ubezpieczona podpisała dokumenty związane z przystąpieniem do nowego ubezpieczenia, w tym oświadczenie, że u osoby przystępującej do ubezpieczenia nie rozpoznano ani nie leczono choroby nowotworowej. Kluczowym w tej kwestii nie był zatem sam fakt podpisania przedmiotowej deklaracji (czego powodowie w toku całego postępowania nie kwestionowali, powódka potwierdziła fakt, że oglądała u ubezpieczyciela to oświadczenie), a okoliczność, czy ubezpieczona podpisała wskazaną deklarację świadomie, o czym mowa będzie w dalszej części rozważań.

Przechodząc do dalszych zarzutów prawa procesowego, zasadny okazał się zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 299 k.p.c. poprzez pominięcie przez Sąd Rejonowy ustaleń z przesłuchania w charakterze strony D. T. na okoliczność tego, że pozwana pomagała H. T. w uzyskaniu odszkodowania w związku z wcześniejszymi pobytami w szpitalu oraz na okoliczność, iż oświadczenie załączone do pozwu zostało odręcznie sporządzone przez ubezpieczonego oraz naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 245 k.p.c. poprzez pominięcie przedmiotowego oświadczenia. Sąd Rejonowy uznał bowiem, iż skarżący nie udowodnili, aby ubezpieczona znajdowała się w błędzie co do treści czynności prawnej ani aby nie była w stanie świadome takiego oświadczenia złożyć. Jednocześnie jednak

nie wyjaśnił w uzasadnieniu wyroku, dlaczego pominął w ustaleniu stanu faktycznego powyższych okoliczności, z których można wywnioskować, że pozwana zapewniła H. T., iż nowa polisa stanowi kontynuację poprzedniego ubezpieczenia. Jeśli przyjąć, że Sąd Rejonowy miał zastrzeżenia co do samego waloru dowodowego powyższego odręcznego pisma w powiązaniu z zeznaniami powódki, winien był poczynić stosowne rozważania w tym zakresie. Fakt braku świadomości ubezpieczonej odnośnie zakończenia obowiązywania poprzedniej polisy może potwierdzać także okoliczność, iż, po zawarciu nowej umowy ubezpieczenia zwróciła się do (...) S.A. o wypłatę odszkodowania (k. 36). Wobec powyższego, zasadny był również zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. poprzez przyjęcie, iż strona powodowa nie

wykazała by w momencie zawierania umowy H. T. znajdowała się w błędzie co do treści czynności prawnej. Pomimo powyższych uchybień, wyrok Sądu Rejonowego odpowiada jednakże prawu.

W treści pozwu powodowie wskazali bowiem wprost, iż na szkodę powodów składa się kwota uposażenia, którą powodowie otrzymaliby w związku ze śmiercią ubezpieczonej na podstawie umowy w (...) S.A. Sąd Rejonowy był związany wskazaną przez powodów podstawą faktyczną roszczenia stosownie do treści art. 321 k.p.c., co oznacza, iż nie mógł zasądzić roszczenia na innej podstawie niż wskazana przez powoda. Związanie sądu granicami żądania obejmuje bowiem nie tylko związanie co do samej treści (wysokości) żądania zasadniczego, ale także co do uzasadniających je elementów motywacyjnych, czyli podstawy faktycznej. Sąd nie może zasądzać czego innego od tego, czego żądał powód (aliud), więcej niż żądał powód (super), ani na innej podstawie faktycznej niż wskazana przez powoda. Wspomniany zakaz odnosi się przy tym bądź do samego żądania (petitum), bądź do jego podstawy faktycznej (causa petendi). W przepisie art. 321 k.p.c. jest bowiem mowa o żądaniu w rozumieniu art. 187 § 1 k.p.c., a w myśl tego przepisu obligatoryjną treść każdego pozwu stanowi dokładnie określone żądanie oraz przytoczenie okoliczności faktycznych uzasadniających żądanie (por. uzas. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2008 r. III CSK 228/08, Legalis nr 589216; uzas. wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 października 1993 r., I CRN 156/93, Legalis nr 182022; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 marca 2000 r. III CKN 633/98, Legalis nr 47912; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2005 r. II CK 556/04, OSNC 2006, nr 2, poz. 38). Podstawa faktyczna powództwa musi być zatem jednoznacznie określona przez stronę dochodzącą roszczenia, a niedopuszczalne jest, aby sąd samodzielnie dostosowywał czy uzupełniał podstawę faktyczną do roszczenia określonego kwotowo w pozwie (tak również Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 11 grudnia 2008 r., II CSK 364/08, Legalis nr 589186).

Należało zatem przyznać rację Sądowi Rejonowemu, iż żądanie odszkodowania w kwocie, jaką mogliby uzyskać na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z nowym ubezpieczycielem było bezzasadne. Niezależnie bowiem od tego, jakie były przyczyny zawarcia tej umowy, tj. wprowadzenie przez pozwaną w błąd czy też chęć uzyskania przez ubezpieczoną wyższego odszkodowania, nie mogłaby ona uzyskać świadczeń na podstawie przedmiotowej umowy. Fakt choroby H. T. uniemożliwił bowiem wypłatę odszkodowania na podstawie umowy zawartej z (...) S.A. V. (...). Nie można tu zatem mówić o spodziewanych korzyściach z umowy zawartej z nowym ubezpieczycielem.

Powodowie jako podstawę faktyczną roszczenia nie wskazali natomiast umowy zawartej z (...) S.A., która, przy założeniu, że ubezpieczona została wprowadzona w błąd, nie zostałaby rozwiązana. Roszczenie powodów dochodzone tym pozwem, na tej podstawie faktycznej było zatem bezzasadne, gdyż pozwana nie odpowiada za brak wypłaty odszkodowania na podstawie umowy zawartej z (...) S.A. przez ubezpieczającą.

Już na marginesie należy wskazać, że bezzasadny był zarzut naruszenia art. 355 § 2 k.c. w związku art. 8 i art. 11 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym poprzez ich niewłaściwe zastosowanie w sytuacji, w której zachowanie agentki ubezpieczeniowej jako profesjonalistki wypełnia znamiona niezachowania należytej staranności, co uzasadnia odpowiedzialność agentki z art. 11 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Sam fakt niedołożenia należytej staranności przez agenta (co Sąd Rejonowy ustalił w toku postępowania) nie uzasadnia bowiem jego odpowiedzialności za szkodę bez spełnienia pozostałych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej.

Bezzasadny był również zarzut naruszenia art. 102 k.p.c. Jak wskazał Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 29 czerwca 2012 r. (I CZ 34/12, LEX nr 1232459), do kręgu "wypadków szczególnie uzasadnionych" w rozumieniu art. 102 k.p.c. należą okoliczności zarówno związane z samym przebiegiem procesu, jak i leżące na zewnątrz. Do pierwszych zalicza się np. charakter żądania poddanego rozstrzygnięciu, jego znaczenia dla strony, subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczeń, przedawnienie, do drugich - sytuację majątkową i życiową strony, z zastrzeżeniem, że nie jest wystarczające powołanie się jedynie na trudną sytuację majątkową, nawet jeśli była podstawą zwolnienia od kosztów sądowych

i ustanowienia pełnomocnika z urzędu (tak też postanowienia Sądu Najwyższego: z 5 lipca 2013 r. IV CZ 58/13, Lex nr 1396462; z 29 czerwca 2012 r. I CZ 34/12, Lex nr 1232459; z 1 grudnia 2011 r. I CZ 26/11, Lex nr 1101325). Całokształt okoliczności, które mogłyby uzasadniać zastosowanie tego wyjątku powinny być ocenione z uwzględnieniem zasad

współzycia społecznego. W postanowieniu z dnia 26 września 2012 r. (II CZ 100/12, LEX nr 1232760). Sąd Najwyższy wskazał, iż ocena, czy w sprawie zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony należy do swobodnej decyzji sądu ze względu na konieczność zapewnienia poczucia sprawiedliwości oraz realizacji zasady słusności. Sąd Rejonowy nie znalazł podstaw do zastosowania przedmiotowego przepisu, zaś powodowie w toku postępowania przed Sądem I instancji nie podnosili okoliczności, które mogłyby przemawiać za odstąpieniem od obciążania ich kosztami procesu, co uczynili dopiero na etapie postępowania apelacyjnego.

Sąd pominął dowody zgłoszone w apelacji stosownie do art. 381 k.p.c. Możliwość i potrzeba powołania przedmiotowych dowodów istniała już bowiem na etapie postępowania przed Sądem I instancji.

W tym stanie faktycznym apelacja podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c.

W niniejszej sprawie powodowie mogli pozostawać w subiektywnym przekonaniu o słusności swego stanowiska, co może stanowić podstawę dla zastosowania przepisu art. 102 k.p.c. (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2012 r., I CZ 34/12, LEX nr 1232459, wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 11 kwietnia 2014 r., I ACa 9/14, LEX nr 1455540).