



Sygn. akt III CSK 420/14

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 lutego 2015 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Irena Gromska-Szuster (przewodniczący)

SSN Antoni Górski (sprawozdawca)

SSN Krzysztof Pietrzykowski

Protokolant Bożena Kowalska

w sprawie z powództwa A. Ł. i K. Ł. następców prawnych P. Ł. reprezentowanych
przez przedstawiciela ustawowego matkę L. Ł.

przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń "A." S.A. w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej

w dniu 19 lutego 2015 r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 29 listopada 2011 r.,

**oddala skargę kasacyjną; zasądza od pozwanego na rzecz
powodów kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) zł zwrotu kosztów
postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w T. wyrokiem z dnia 3 sierpnia 2011 r. zasądził od strony pozwanej - Towarzystwa Ubezpieczeń „A.” S.A. z siedzibą w W. na rzecz powoda P. Ł. kwotę 372.582,27 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 23 października 2009 r. do dnia zapłaty oraz orzekł o kosztach postępowania.

Swoje rozstrzygnięcie oparł na następujących ustaleniach faktycznych:

W dniu 18 czerwca 2008 r. powód zawarł z [...] Bank S.A. w W. umowę kredytu hipotecznego na kwotę 300 290,50 zł. i przystąpił do generalnej umowy ubezpieczenia na życie osób zaciągających w [...] Bank S.A. kredyty hipoteczne, zabezpieczającej spłatę należności kredytowych w sytuacji zgonu lub całkowitego inwalidztwa.

Zgodnie z zawartą umową, strona pozwana zobowiązana była do wypłaty świadczenia z tytułu zgonu lub całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego na rzecz uprawnionego wskazanego w oświadczeniu o przystąpieniu do umowy. Definiując pojęcie całkowitego inwalidztwa stwierdzono w umowie, że jest to niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, w dowolnym zawodzie, przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, orzeczona na okres 12 miesięcy przez ZUS. Wystąpienie inwalidztwa miał stwierdzić lekarz uprawniony lub konsultant medyczny strony pozwanej na podstawie orzeczenia lekarza ZUS. Uprawnionym wskazanym przez powoda był [...] Bank S.A. Ochrona ubezpieczeniowa trwała od dnia podpisania przez kredytobiorcę oświadczenia o przystąpieniu do umowy, nie wcześniej niż od dnia, w którym nastąpiło uruchomienie środków z umowy kredytu. Jej zakończenie określono na dzień, w którym orzeczono całkowite inwalidztwo ubezpieczonego.

W styczniu 2009 r. u powoda rozpoznano guz płata czołowego, a także padaczkę objawową ogniskową oraz hipercholesterolemię. Od tego momentu powód wielokrotnie przebywał w szpitalach, gdzie poddawany był leczeniu, które nie przyniosło poprawy stanu zdrowia.

W dniu 22 września 2009 r. lekarz orzecznik ZUS wydał orzeczenie, w którym stwierdził, że powód jest niezdolny do pracy, jednakże w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy uznał, że istnieją okoliczności

uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 12 miesięcy po wyczerpaniu okresu zasiłku chorobowego. W tej sytuacji w dniu 2 września 2009 r. powód za pośrednictwem [...] Bank S.A. złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu całkowitego inwalidztwa, załączając posiadaną dokumentację medyczną, który został załatwiony odmownie.

W dniu 15 lutego 2010 r. Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności zaliczył powoda do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, stwierdzając jednocześnie, że może on pracować w warunkach pracy chronionej, nie może pracować na wysokości oraz przy maszynach w ruchu.

Powód dokonał terminowej spłaty 13 rat kredytu hipotecznego. Na skutek braku dalszych wpłat, w dniu 14 kwietnia 2010 r. [...] Bank S.A. złożył powodowi oświadczenie o wypowiedzeniu umowy kredytowej w związku z nieuregulowaniem należności, wskazując jednocześnie, że w wypadku natychmiastowej zapłaty bank może rozważyć możliwość cofnięcia wypowiedzenia. Wypowiedzenie wywołało skutki rozwiązujące w dniu 27 maja 2010 r.

Mimo interwencji powoda, w dniu 22 września 2010 r. Bank zawiadomił powoda o wszczęciu postępowania sądowego, a następnie egzekucyjnego zmierzającego do wyegzekwowania należności w łącznej kwocie 420 590,40 zł. Tego też dnia został wystawiony tytuł egzekucyjny nr [...] na kwotę 420.590,40 zł.

W dniu 6 sierpnia 2010 r., po zakończeniu okresu świadczenia rehabilitacyjnego, powód uzyskał orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, w którym został uznany za częściowo niezdolnego do wykonywania pracy od dnia 31 lipca 2007 r. W wyniku odwołania powoda komisja lekarska ZUS w dniu 13 października 2010 r. uznała powoda za całkowicie niezdolnego do pracy.

W toku postępowania likwidacyjnego konsultant medyczny strony pozwanej uznał, że przedstawiona przez powoda dokumentacja nie pozwala na stwierdzenie u powoda całkowitego inwalidztwa.

Pomimo kolejnych odwołań powoda strona pozwana nie uznawała żądań powoda, stwierdzając wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w dacie stwierdzenia przez ZUS całkowitej niezdolności do pracy powoda.

Na podstawie opinii sądowo-lekarskiej Sąd Okręgowy ustalił, że powód był całkowicie niezdolny do pracy od chwili przyjęcia do szpitala w dniu 28 stycznia 2009 r.

W tak ustalonym stanie faktycznym uznał roszczenie powoda o zapłatę odszkodowania z tytułu niewykonania umowy ubezpieczenia za uzasadnione, przyjmując, że był on osobą niezdolną do pracy już w chwili podejmowania pierwszej decyzji w przedmiocie odmowy wypłaty świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, w dniu 16 października 2009 r. Wobec powyższego Sąd uznał, że nie wypłacając świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, strona pozwana nie wykonała zobowiązania wynikającego z łączącej ją z powodem umowy.

Niewykonanie obowiązków przez pozwaną wynikających z łączącego strony zobowiązania pociągnęło za sobą powstanie szkody w majątku powoda. Pomiędzy zaistniałą szkodą a niewykonaniem zobowiązania zachodzi adekwatny związek przyczynowy, przy niewykonanie przez stronę pozwaną zobowiązania było zachowaniem zawinionym. W związku z powyższym Sąd uznał, że spełnione są wszystkie przesłanki odpowiedzialności kontraktowej, o której mowa w art. 471 k.c.

Sformułowanie definicji całkowitego inwalidztwa, w zawartej pomiędzy stronami umowie ubezpieczenia ocenił, jako klauzulę abuzywną, w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Wskazał, że treść umowy była treścią standardową stosowaną w stosunkach ze wszystkimi klientami [...] Bank S.A., zaciągającymi w tym banku kredyty hipoteczne; postanowienie to w sposób rażący naruszało interesy konsumenta, gdyż tak sformułowana definicja, interpretowana ściśle, wykluczała możliwość wykonania umowy.

Apelację strony pozwanej od powyższego wyroku Sądu Okręgowego w T. Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 29 listopada 2011 r. oddalił, jako bezzasadną i orzekł o kosztach postępowania.

Odnosząc się do treści zawartej przez strony umowy ubezpieczeniowej wskazał, że, stosownie do postanowień tej umowy, nie budzi wątpliwości fakt, iż świetle orzeczenia ZUS powód był już we wrześniu 2009 r. zaliczany do osób, które są całkowicie niezdolne do wykonywania pracy. Istotne było jednak to, czy zachodziła podstawa faktyczna do ustalenia, czy stwierdzona w ten sposób

całkowita niezdolność do pracy w rozumieniu umowy (12- miesięczny okres niemożności wykonywania jakiegokolwiek pracy) była odpowiednikiem całkowitego inwalidztwa. W ocenie Sądu Apelacyjnego - za uznaniem takiego stanu rzeczy przemawia fakt, że stosownie do przepisów ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy (w przepisach tych wyeliminowano pojęcie inwalidztwa). Zatem decydujący jest stan faktyczny związany ze stanem zdrowia beneficjenta umowy ubezpieczeniowej, a nie tylko formalna treść orzeczenia ZUS. W sytuacji, w której beneficjentowi umowy ubezpieczeniowej (jakim był powód) przyznano maksymalny wymiar świadczenia rehabilitacyjnego, rzeczą pozwanego było w ramach realizacji powinności z art.354 § 1 k.c. zweryfikowanie pod względem faktycznym zdolności powoda do wykonywania pracy. Wymagało zbadania, czy w ustalonym czasie całkowitej niezdolności (odpowiadającemu umownemu okresowi 12 miesięcy) powoda do wykonywania jakiegokolwiek pracy (co prowadziło ze swej natury do zagrożenia rozwiązania umowy kredytowej chronionej ubezpieczeniem) istnieją ex ante podstawy do uznania, że powód odzyska swoją zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy. W wypadku bowiem uznania za usprawiedliwione ustalonych działań pozwanej, jej ryzyko ubezpieczeniowe nigdy nie obejmowałoby całkowitego inwalidztwa w wypadku, w którym w kategoriach nadziei należałoby upatrywać powodzenia rehabilitacji, gdyż w tym czasie tak umowa kredytowa jak i ubezpieczeniowa zostałyby (co faktycznie miało miejsce w sprawie) rozwiązane. Przy proponowanej przez ubezpieczyciela wykładni postanowień umowy ubezpieczeniowej, zakres ryzyka ograniczałby się jedynie do przypadku śmierci, co - zdaniem Sądu Apelacyjnego - pozostawałoby w kolizji nie tylko z treścią umowy, ale i jej celem. Uwzględniając istotę umowy ubezpieczeniowej, łączącej strony, w kontekście art. 385 § 2 k.c. wskazał, że wszelkie wątpliwości występujące w umowie należy interpretować na korzyść powoda, jako konsumenta w rozumieniu prawa. Naruszenie reguły staranności oczekiwanej od pozwanego ubezpieczyciela nastąpiło, zdaniem Sądu, w okresie trwania stosunku prawnego łączącego strony i polegało na ograniczeniu własnych działań do wtórnej interpretacji treści orzeczenia ZUS, a nie, jak to wynikało z istoty umowy, zbadania czy i na ile opisany wskazanym orzeczeniem stan zdrowia powoda świadczy o jego

trwałym inwalidztwie. To niestaranne zachowanie legło u podstaw dalszych zdarzeń, których konsekwencją było rozwiązanie z powodem umowy kredytowej i powstanie po jego stronie szkody.

Od powyższego wyroku Sądu Apelacyjnego skargę kasacyjną wywiódł pozwany opierając ją na zarzutach naruszenia prawa materialne tj.:

- a) art. 808 § 3 k.c. przez jego niezastosowanie i przyjęcie, że ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, mimo, że strony umownie przyjęły, iż świadczenie takie jest należne uprawnionemu z umowy a zatem powód nie miał legitymacji czynnej do występowania w niniejszej sprawie;
- b) art. 384 § 1 k.c. przez pominięcie, że ustalony przez jedną ze stron wzorzec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, w tym przypadku wyciąg z umowy generalnej, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy;
- c) art. 65 k.c. w zw. z § 1 pkt 2 wyciągu z umowy generalnej ubezpieczenia przez jego błędną wykładnię i przyjęcie, że stan zdrowia powoda, w spornym okresie, spełniał definicję całkowitego inwalidztwa zgodnie z zapisami ww. umowy;
- d) art. 65 k.c. w zw. z działem I pkt 18 wyciągu z umowy generalnej ubezpieczenia na życie osób zaciągających w [...] Bank S.A. kredyty hipoteczne zabezpieczone hipoteką na nieruchomości przez jego błędną wykładnię i przyjęcie, że całkowite inwalidztwo powoda wystąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- e) art. 65 § 2 k.c. przez pominięcie istoty przedmiotowej umowy ubezpieczenia i jej celu, tj. zabezpieczenia kredytu;
- f) art. 471 k.c. przez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że powód, nie będąc stroną umowy ubezpieczenia, mógł dochodzić odszkodowania za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy, która została zawarta pomiędzy [...] Bankiem S.A. a T. U. A. Polska S.A.;
- g) art. 471 k.c. przez jego zastosowanie i przyjęcie, że w okolicznościach niniejszej sprawy pozwany ponosi odpowiedzialność w stosunku do powoda;

- h) art. 18 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczeń społecznych w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2010 r., Nr 77, poz. 512 ze zm.), przez jego zastosowanie do wykładni pojęcia całkowitego inwalidztwa;
- i) art. 354 § 1 k.c. przez jego zastosowanie i przyjęcie, że pozwany nie zastosował się do tego przepisu przy wykonaniu swojego zobowiązania;
- j) art. 361 § 2 k.c. przez jego niewłaściwą wykładnię i przyjęcie, że powód poniósł szkodę w rozumieniu tego przepisu;
- k) art. 385 § 2 k.c. przez jego błędną wykładnię i przyjęcie, że ścisła interpretacja postanowień umowy wyklucza możliwość wykonania umowy, a w konsekwencji uznanie, że zapisy umowy są niejasne, w związku z czym należy je interpretować na korzyść powoda.

W konkluzji wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu i rozstrzygnięcie o kosztach postępowania.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną strona powodowa wniosła o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania według norm przepisanych.

W trakcie postępowania kasacyjnego powód zmarł, w związku z czym kontynuowano je z udziałem jego następców prawnych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarżący ma rację, iż łączący strony węzeł zobowiązaniowy wynikał z przystąpienia przez powoda do umowy ubezpieczenia kredytu zawartej pomiędzy brakiem - kredytodawcą a pozwanym ubezpieczycielem, która była umową ubezpieczenia na cudzy rachunek (art. 808 § 1 k.c.) Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 września 2013 r., IV CSK 91/13, niepubl., stronami takiej umowy są ubezpieczyciel i ubezpieczający, którzy zawierają umowę na cudzy rachunek (ubezpieczonego) - powoda w niniejszej sprawie. Ubezpieczony powód nie był więc wprawdzie stroną tej umowy, ale był stroną nawiązanego w ten sposób stosunku ubezpieczeniowego, a zatem na podstawie art. 808 § 3 k.c. mógł - co do zasady - żądać spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia bezpośrednio od

ubezpieczyciela – pozwanego. W związku z tym rzeczą sądów w niniejszej sprawie było ustalenie, czy zaszło zdarzenie, stanowiące tzw. wypadek ubezpieczeniowy, który - stosownie do treści umowy ubezpieczenia – miał być podstawą do żądania powoda wypłaty przez pozwanego ubezpieczyciela przewidzianego w tej umowie świadczenia. Zdarzeniem tym było całkowite inwalidztwo, definiowane w umowie jako całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie, orzeczona na okres co najmniej dwunastu miesięcy przez ZUS, KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie. Umowa wprowadzała jednak dodatkowy, specjalny tryb orzekania o tej niezdolności, przyznając uprawnienie do podejmowania ostatecznej decyzji w tej mierze lekarzowi lub konsultantowi medycznemu pozwanego ubezpieczyciela, wydawanej na podstawie orzeczenia któregoś ze wspomnianych organów rentowych. W związku z tym powstaje kwestia, czy ten umowny tryb ustalania całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powoda był wiążący i ostateczny, jak to zdaje się ujmować skarżący, czy też prawidłowość wydawanego w nim orzeczenia podlega kontroli sądowej, jak to przyjęły sądy obu instancji. Racja jest tu, oczywiście, po stronie sądów. Łączący strony stosunek ubezpieczeniowy jest stosunkiem cywilnym i kompetencja sądu zarówno do ustalenia treści tego stosunku, jak i do wynikających z niego skutków prawnych dla stron, nie podlega dyskusji. Inne rozumienie tej klauzuli umownej musiałoby prowadzić do uznania jej rzeczywiście za niedozwoloną, jako naruszającą w sposób rażący interes ubezpieczonego (art. 385¹ § 1 k.c.). Uznanie kognicji sądu do ostatecznego ustalania, czy powód utracił w sposób całkowity zdolność do pracy, przesądza o dopuszczalności prowadzenia w tym zakresie postępowania dowodowego. Sądy, w szczególności w oparciu o dowód z opinii biegłego, ustaliły, że powód stał się całkowicie niezdolny do pracy od momentu zachorowania i to ustalenie, niepodważone przez pozwanego, jest w postępowaniu kasacyjnym wiążące (art. 398³ § 3 k.p.c.). Oznacza to, że całkowita niezdolność powoda do pracy nastąpiła przed rozwiązaniem przez kredytujący go bank umowy kredytowej. Tym samym zaszło wypadek ubezpieczeniowy, uprawniający powoda do dochodzenia umówionego świadczenia ubezpieczeniowego. Prowadzi to do wniosku, że oddalenie przez Sąd Apelacyjny apelacji pozwanego od wyroku zasądzającego to świadczenie było

zgodne z prawem, aczkolwiek uzasadnienie tego rozstrzygnięcia, oparte na konstrukcji roszczenia odszkodowawczego, trzeba uznać za chybione. Dlatego na podstawie art. 398¹⁴ w zw. z art. 98 § 1 k.p.c. orzeczono jak w sentencji.