

Sygn. akt V ACa 649/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 marca 2016r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Iwona Wilk
Sędziowie:	SA Barbara Kurzeja (spr.) SA Grzegorz Stojek
Protokolant:	Anna Fic

po rozpoznaniu w dniu 18 marca 2016r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa L. H.

przeciwko(...)Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Gliwicach

z dnia 31 marca 2015r., sygn. akt II C 49/15

1. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

- oddala powództwo,

- nie obciąża powódki kosztami procesu;

2. nie obciąża powódki kosztami postępowania apelacyjnego.

SSA Grzegorz Stojek	SSA Iwona Wilk	SSA Barbara Kurzeja
---------------------	----------------	---------------------

Sygn. akt V ACa 649/15

## UZASADNIENIE

Powódka L. H. w pozwie skierowanym przeciwko (...) SA z siedzibą w W. wniosła o zapłatę kwoty 82.500 zł z ustawowymi odsetkami od 03.01.2014 r. do dnia zapłaty oraz kosztami postępowania wg norm przepisanych w tym kosztami zastępstwa adwokackiego w kwocie 3617 zł.

W uzasadnieniu pozwu wskazała, że pozwaną jako ubezpieczyciela oraz (...) SA w J. jako ubezpieczającego łączyła umowa grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...). Mąż powódki T. H. był pracownikiem (...) SA – KWK (...) w O., a w dniu 10.02.2009 roku przystąpił do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...) i ubezpieczeń dodatkowych, nr polisy (...), nr deklaracji (...). Przedmiotem ubezpieczenia było życie T. H. - ubezpieczonego. Pozwana zobowiązała się do wypłaty sumy ubezpieczenia między innymi w wypadku zgonu ubezpieczonego (37.500 zł), zgonu ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy (120.000 zł) oraz zgonu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Uposażoną z tytułu tej polisy jest powódka L. H.. Dnia 15.12.2011 r. T. H. w związku z wykonywaną pracą tego dnia praca doznał zawału serca i poniósł nagłą śmierć. Zdarzenie to zostało uznane za wypadek przy pracy wyrokiem Sądu Rejonowego w Mikołowie z 26.09.2013 r. w sprawie sygn. akt IV P 96/12. Powódka zgłosiła ubezpieczycielowi zdarzenie w postaci zgonu męża na skutek wypadku przy pracy. Decyzją z 02.01.2012 r. ubezpieczyciel przyznał powódce świadczenie w wysokości 37.500 zł należne w związku ze śmiercią ubezpieczonego, ale nie w związku ze śmiercią spowodowaną wypadkiem przy pracy. Zdaniem powódki, Ogólne warunki ubezpieczenia uzależniając uznanie zdarzenia za wypadek przy pracy od braku wpływu stanu zdrowia ubezpieczonego na fakt jego zaistnienia, kształtują prawa i obowiązki ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Postanowienia te godzą w konstytucyjną zasadę niedyskryminacji z uwagi na stan zdrowia.

W odpowiedzi na pozew (...) SA z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa. W uzasadnieniu swego stanowiska wskazał, że na podstawie dokonanego zgłoszenia zdarzenia z 15.12.2011r. pozwany przeprowadził postępowanie likwidacyjne, w toku którego ustalił, iż brak jest podstaw do przyjęcia, iż warunki wykonywanej przez ubezpieczonego pracy stanowiły bezpośrednią przyczynę zgonu ubezpieczonego. Z tych przyczyn wypłacił świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego (37.500 zł), a odmówił wypłaty świadczenia za zgon ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku oraz zgonu ubezpieczonego na skutek wypadku przy pracy. Zgodnie z kartą statystyczną zgonu przyczyną zgonu ubezpieczonego była miażdżyca, rozstrzeń serca i ostra niewydolność krążenia sercowo-pochodna. Zatem przyczyną zgonu były zmiany chorobowe. W opinii sądu lekarskiej z ogłędzin i sekcji zwłok wskazano jako najbardziej prawdopodobną przyczynę śmierci ostrą niewydolność krążenia sercowo - pochodną, związaną ze zmianami chorobowymi naczyń wieńcowych.

Wyrokiem z dnia 31 marca 2015 roku, sygn. akt II C 49/15 Sąd Okręgowy w Gliwicach uwzględnił powództwo zasądając na rzecz powódki kwotę 82.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 30 stycznia 2014 roku, oddalając powództwo w pozostałej części, a także zasądził od pozwanej na rzecz powódki kwotę 7.742 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym 3.617 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego zapadło na tle następujących ustaleń faktycznych: T. H. był zatrudniony w (...) KWK (...) w O. na stanowisku górnika pod ziemią. Pracował w systemie zmianowym, pełnił funkcję przodowego. W okresie od 6 do 12 grudnia 2011 roku był niezdolny do pracy z powodu grypy jelitowej. W dniu 15.12.2011 r. wykonywał pracę polegającą na dokończeniu montażu przenośnika taśmowego i innych urządzeń. W przodku panowała temperatura 24,6<sup>(o)</sup> C, powietrze było sztucznie tłoczone. Po zakończeniu pracy brygada, w tym T. H., udała się pieszo w kierunku dworca osobowego położonego w odległości 1200 m od przodka. W czasie pokonywania drogi od przodka do dworca T. H. źle się poczuł. Został dowieziony w rejon dworca osobowego, gdzie stracił przytomność, był reanimowany, a następnie zmarł. Przyczyną śmierci T. H. był świeży zawał serca spowodowany wykrzepieniem krwi w obu tętnicach wieńcowych będący wynikiem choroby samoistnej w postaci miażdżycy tętnic wieńcowych (około 50 %) i odwodnienia organizmu (około 50%). Odwodnienie było z kolei spowodowane częściowo schorzeniem w postaci grypy jelitowej oraz utratą płynów w skutek wykonywania pracy w warunkach dołowych. Oba te czynniki spowodowały odwodnienie organizmu po połowie. Prawomocnym wyrokiem z 26.09.2013 r. Sąd Rejonowy w Mikołowie w sprawie IV P 96/12 nakazał sprostowanie protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy T. H. w ten sposób, że wypadek ten jest wypadkiem przy pracy.

T. H. był objęty grupowym ubezpieczeniem pracowniczym typu P (...) i ubezpieczeniami dodatkowymi (nr polisy (...), nr deklaracji (...)). Opłacał stosowne składki. Przedmiotem ubezpieczenia było życie T. H.. (...)SA - ubezpieczyciel zobowiązał się do wypłaty sumy ubezpieczenia między innymi w wypadku zgonu ubezpieczonego, zgonu ubezpieczonego w skutek wypadku przy pracy oraz zgonu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Zgodnie z propozycją ubezpieczenia ochronnego z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek wypadku przy pracy świadczenie wynosi 120.000 zł, natomiast z tytułu zgonu ubezpieczonego 37.500 zł. Po śmierci T. H. jego żona wystąpiła do ubezpieczyciela o wypłatę świadczenia i decyzją z 2.01.2012 r. została jej przyznana kwota 37.500 zł należna w związku ze śmiercią ubezpieczonego. Decyzją z 3.01.2014 r. ubezpieczyciel odmówił natomiast powodce wypłaty świadczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem przy pracy oraz na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.

Uwzględnienie powództwa w przeważającej części Sąd pierwszej instancji uzasadnił m.in. uznaniem, że zdarzenie, w wyniku którego nastąpił zgon ubezpieczonego T. H. stanowiło wypadek przy pracy w rozumieniu ustawy z 30.10.2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Sąd stwierdził, że sama choroba wieńcowa ubezpieczonego nie doprowadziłaby do zawału gdyby nie odwodnienie organizmu w związku z wykonywaną pracą w określonych warunkach i utratą płynów, co prowadzi do zagęszczenia krwi i zawału serca. Przyczyną zewnętrzną zawału serca było wykonywanie pracy w określonych warunkach. Sąd podkreślił, że dla rozstrzygnięcia sprawy ma znaczenie prawomocny wyrok Sądu Rejonowego w Mikołowie, sygn. akt IV P 96/12. Podkreślił jednocześnie, że ubezpieczyciel ma prawo kształtować warunki na jakich podnosi odpowiedzialność oraz jakie muszą zostać spełnione by zaistniała odpowiedzialność ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia, przy czym tak ustalone warunki zostały w niniejszej sprawie spełnione. Zgodnie z OWU wypadek przy pracy oznacza nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności, albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy, a nieszczęśliwy wypadek to niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowia jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) SA. W ocenie Sądu spełnione są te kryteria, gdyż wypadek, któremu uległ ubezpieczony, był niezależny od jego woli i w znacznej części niezależny od jego stanu zdrowia.

Apelację od powyższego wyroku wniosła pozwana zaskarżając go w części dotyczącej rozstrzygnięć zawartych w punktach 1, 3 i 4 i zarzucając:

1. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, a to art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 328 § 2 k.p.c., poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę dowodów, brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego, polegającą na przyjęciu, iż do zgonu ubezpieczonego doszło z przyczyny zewnętrznej (wykonywanie pracy w określonych warunkach, pod ziemią, pracy fizycznej w podwyższonej temperaturze, w porze nocnej i po przebytej chorobie), podczas gdy zgon ubezpieczonego nastąpił wskutek przyczyn tkwiących w jego organizmie;

2. rażące naruszenie przepisów prawa materialnego, a to:

a) art. 6 k.c., poprzez jego błędne zastosowanie i przyjęcie, że strona pozwana winna złożyć wniosek dowodowy obalający twierdzenia powoda poparte dokumentami prywatnymi (tj. opinią biegłego wydaną na potrzeby innego postępowania sądowego, w którym strona pozwana nie uczestniczyła), podczas gdy ciężar dowodu, zgodnie z ogólnymi regułami dowodowymi, spoczywa na stronie powodowej, która ma wykazać zasadność swych roszczeń;

b) art. 65 k.c., poprzez błędną wykładnię postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia mających zastosowanie w sprawie, i przyjęcie, że zdarzenie z dnia 15 grudnia 2011 roku wypełnia definicję nieszczęśliwego wypadku oraz wypadku przy pracy w rozumieniu, odpowiednio § 2 ust. 2 pkt 2 OWU PTGP32 oraz § 2 ust. 1 OWU WGPG32, podczas gdy praca wykonywana w normalnych warunkach nie może być poczytywana za przyczynę zewnętrzną, o której mowa w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

W konkluzji skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania za pierwszą instancję według norm przepisanych oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanej kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach za obie instancje.

W odpowiedzi na apelację powódka wniosła o jej oddalenie w całości i zasądzenie od pozwanej na jej rzecz kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

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

Apelacja pozwanej zasługuje na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji są prawidłowe. Dlatego też Sąd odwoławczy ustalenia te podziela i uznaje za własne.

Odnosząc się do pierwszego z podniesionych zarzutów, tj. naruszenia przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, a to art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 328 § 2 k.p.c., poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę dowodów i brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego, wskazać należy, że jest on chybiony. Konstrukcja zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. dla jego prawidłowego sformułowania wymaga wskazania, że przy ocenie materiału dowodowego Sąd pierwszej instancji zaprezentował rozumowanie sprzeczne z regułami logiki lub zasadami doświadczenia życiowego. Dla skuteczności tego zarzutu nie wystarcza zatem samo stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącej odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie, tylko bowiem uchybienie zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego może zostać skutecznie przeciwstawione uprawnieniu sądu dokonywania swobodnej oceny dowodów. W zarzutach apelacji, a także w jej uzasadnieniu, skarżąca nie wskazała żadnych okoliczności, które podważyłyby w jakikolwiek sposób przeprowadzoną przez sąd ocenę dowodów, poprzestając na wskazaniu alternatywnego stanu faktycznego ustalonego przez nią na podstawie własnej oceny dowodów. Nie sposób uznać zatem, że sąd pierwszej instancji w swym rozumowaniu dopuścił się dowolnej oceny dowodów, a zatem zarzut ten nie może odnieść zamierzonego przez stronę skutku w postaci wzruszenia zaskarżonego wyroku.

Również zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. okazał się nietrafny, gdyż zaskarżone orzeczenie poddawało się kontroli instancyjnej, a w orzecznictwie podkreśla się, iż zarzut naruszenia tego przepisu powinien być uznany za uzasadniony jedynie w przypadkach wyjątkowych, kiedy treść uzasadnienia całkowicie uniemożliwia sądowi drugiej instancji dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia. Jednocześnie wskazać należy, że skarżący w treści apelacji, podobnie jak w odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., nie wskazał w czym upatruje uchybienia sądu pierwszej instancji. Zarzut ten odnosi się przy tym do reguł dowodzenia i swobodnej oceny dowodów, a tym samym stanowi de facto powtórzenie bezzasadnego, jak wykazano już wyżej, zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c.

Powyższe prowadzi do wniosku, że podniesione w środku odwoławczym zarzuty naruszenia prawa procesowego, jako niezasadne nie mogły odnieść zamierzonego skutku.

Inaczej sprawa przedstawia się w odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 65 k.c., poprzez błędną wykładnię postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia mających zastosowanie w sprawie, i przyjęcie, że zdarzenie z dnia 15 grudnia 2011 roku wypełnia definicję nieszczęśliwego wypadku oraz wypadku przy pracy w rozumieniu, odpowiednio § 2 ust. 2 pkt 2 OWU PTGP32 oraz § 2 ust. 1 OWU WGPG32. W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy dokonał bowiem błędnej wykładni oświadczeń woli stron umowy ubezpieczenia.

Przedmiotem ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków jest sam nieszczęśliwy wypadek, który powoduje skutki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia, a do których może należeć śmierć albo uszkodzenie ciała

lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego. Kodeks cywilny nie definiuje przy tym pojęcia nieszczęśliwego wypadku czy też wypadku ubezpieczeniowego, precyzują go zawsze ogólne warunki ubezpieczenia czy też umowa ubezpieczenia. Sposób ich zdefiniowania rozstrzyga zawsze o zaistnieniu lub nie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Zgodnie z definicją zawartą w § 2 ust. 1 pkt. ogólnych warunków ubezpieczenia (...), nieszczęśliwy wypadek to niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) SA. Natomiast wypadkiem przy pracy, stosownie do § 2 ust. 1 OWU (...) jest nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, w ramach którego opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

Z przedstawionych wyżej definicji zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia wynika, że uznanie określonego zdarzenia za wypadek przy pracy w rozumieniu powyższych postanowień wymaga ustalenia, że nastąpił on m.in. niezależnie od zdrowia ubezpieczonego, a więc wyłącznie z przyczyn zewnętrznych. Wykładnia oświadczeń woli stron – ubezpieczonego T. H. i pozwanej, prowadzi do wniosku, że zdarzeniem ubezpieczeniowym w postaci wypadku przy pracy jest na gruncie zawartej umowy ubezpieczenia, tylko takie zdarzenie, które nastąpiło bez jakiegokolwiek związku ze stanem zdrowia ubezpieczonego. Wskazuje na to użycie w § 2 ust. 1 OWU (...) przysłówka „niezależnie”, oznaczającego tyle co „bez wpływu”, „bez związku”. W związku z tym nie sposób uznać za wypadek przy pracy w znaczeniu ogólnych warunkach ubezpieczenia pozwanej zdarzenia wynikłego (choćby nawet z w małym stopniu) lub mającego swą przyczynę (również pośrednią) w stanie zdrowia ubezpieczonego.

Tymczasem analiza zebranego w sprawie materiału dowodowego doprowadziła Sąd Okręgowy do prawidłowego ustalenia, że zgon ubezpieczonego T. H. był konsekwencją zawału serca spowodowanego wykrzepieniem krwi w tętnicach wieńcowych wskutek odwodnienia organizmu (w 50%) oraz miażdżycy tętnic wieńcowych (w 50%). Schorzenie na które cierpiał ubezpieczony – miażdżycy tętnic wieńcowych, była chorobą samoistną, która pośrednio spowodowała jego zgon. Okoliczność tę dostrzegł również Sąd pierwszej instancji, gdyż w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku wskazał, że „do zachorowania i zgonu by nie doszło gdyby nie było miażdżycy tętnic wieńcowych, gdyby nie było grypy jelitowej oraz gdyby nie ciężka praca w kopalni”. Z ustalenia tego Sąd ten wyprowadził następnie błędne wnioski będące wynikiem nieprawidłowej wykładni oświadczeń woli stron zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia uznając, że „z całą pewnością wypadek, któremu uległ T. H., był niezależny od jego woli i w znacznej części niezależny od jego stanu zdrowia”. Stanowisko to, w świetle poczynionych wyżej rozważań, należy uznać za błędne. Ustalenie, iż zgon ubezpieczonego był w 50% wynikiem samoistnej choroby ubezpieczonego – miażdżycy tętnic wieńcowych, a więc nastąpił z przyczyn mieszanych, uniemożliwia bowiem przyjęcie, że nastąpił on niezależnie od jego stanu zdrowia, a tym samym, że stanowił nieszczęśliwy wypadek, a w konsekwencji wypadek przy pracy. Taki stan nie odpowiada bowiem umownej definicji nieszczęśliwego wypadku i wypadku przy pracy, a tym samym nie prowadzi do powstania po stronie pozwanej odpowiedzialności, określonej w umowie. Cytowane wyżej zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia, określające cechy nieszczęśliwego wypadku, za który odpowiadała strona pozwana, nie pozostawiają wątpliwości co do tego, że zdarzenie, z którym związana jest odpowiedzialność ubezpieczyciela, musi stanowić bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego – niezależną od jego woli i stanu zdrowia, a więc musi wynikać wyłącznie z przyczyn zewnętrznych. Rozważania Sądu pierwszej instancji co do stopnia niezależności zdarzenia od stanu zdrowia ubezpieczonego są w świetle powyższych rozważań całkowicie chybione.

Podkreślić należy, że w toku postępowania ustalono, że przyczyna śmierci T. H. miała charakter mieszany, wynikając z przyczyn zewnętrznych (wykonywanie pracy w określonych warunkach, pod ziemią, pracy fizycznej w podwyższonej temperaturze, w porze nocnej) oraz z przyczyn wewnętrznych, tkwiących w organizmie ubezpieczonego (miażdżycy tętnic wieńcowych, przebyta przed zgonem grypa jelitowa). A więc nie miała wyłącznie charakteru zewnętrznego. W tej sytuacji nie mogło być wątpliwości co do tego, że nie została spełniona przesłanka niezależności (zdarzenia ubezpieczeniowego od woli i stanu zdrowia), o której mowa w cytowanych definicjach umownych i tym samym nie ziszczyły się przesłanki odpowiedzialności ubezpieczyciela. Tym samym uznać należy, że zgon T. H. nie nastąpił w wyniku

nieszczęśliwego wypadku, a w rezultacie również w wyniku wypadku przy pracy w rozumieniu umowy ubezpieczenia, a zatem nie stanowił on zdarzenia, za które strona pozwana odpowiada i nie doprowadził do powstania po jej stronie obowiązku wypłaty świadczeń pieniężnych ponad już powódce wypłacone.

Przyjęcie poglądu odmiennego, co uczynił Sąd Okręgowy, jest nieprawidłowe i nieuzasadnione w świetle definicji zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz ustalonego w sprawie stanu faktycznego.

Na marginesie wskazać należy, iż nie oznacza to zanegowania faktu, iż zgon T. H. nastąpił w wyniku wypadku przy pracy w rozumieniu ustawy z 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1242 j.t.), która w art. 3 ust. 1 za wypadek przy pracy uznaje nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą: 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych; 2) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia; 3) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy. Jednakże na gruncie łączącego ubezpieczonego z pozwaną stosunku ubezpieczenia strony obowiązywała autonomiczna, wyrażona w ogólnych warunkach ubezpieczenia definicja wypadku przy pracy, która nie jest, a przede wszystkim nie musi być tożsama z definicją zawartą w ustawie o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Zgodnie z wyrażoną w art. 353<sup>1</sup> k.c. zasadą swobody umów strony stosunku prawnego mogą dowolnie kształtować swe wzajemne prawa i obowiązki. Strony mają więc prawo ułożyć stosunek prawny wedle swego uznania, co w przypadku umów ubezpieczenia dobrowolnego oznacza swobodę ukształtowania zarówno zakresu ochrony ubezpieczeniowej, jak i przesłanek jej udzielenia, z czym łączy się także swoboda zdefiniowania zdarzeń i okoliczności ich zaistnienia, od których zależy powstanie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub też wysokość świadczenia. W takiej sytuacji należy respektować postanowienia umowy, operując określonymi słowami lub też sformułowaniami w takim znaczeniu, jakie przydały im strony, konstruując definicje na potrzeby określonej umowy - nawet gdyby były to definicje o odmiennym lub węższym znaczeniu niż to, które wynika z ustawy, która operuje pojęciami tożsamymi, lecz do umowy stron nie ma zastosowania. Wprowadzenie do umowy definicji autonomicznych, nie pokrywających się z definicjami ustawowymi jest więc jak najbardziej dopuszczalne, i wiąże strony takiego stosunku prawnego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 5 marca 2014 r., I ACa 92/14).

Odnosząc się do definicji obowiązujących na gruncie niniejszej sprawy wskazać również należy, iż nie sposób zgodzić się z powódką, która w pozwie oraz w odpowiedzi na pozew podnosiła, że zawężenie pojęcia wypadku przy pracy wyłącznie do zdarzeń powstałych niezależnie od stanu zdrowia ubezpieczonego stanowi dyskryminację z uwagi na stan zdrowia oraz są sprzeczne z dobrymi obyczajami, gdyż uzależnia wypłatę świadczenia od pozostawania przez wieloletni okres ochrony ubezpieczeniowej w idealnym zdrowiu i kondycji. Podkreślić należy, że wbrew tym zapatrywaniom tak skonstruowana umowa ubezpieczenia (w rozpatrywanej w niniejszej sprawie części) nie wymaga pozostawania przez ubezpieczonego w idealnym zdrowiu, a jedynie ogranicza wypłatę świadczenia do zdarzeń, na które nie miał wpływu stan zdrowia ubezpieczonego. Nie wyklucza zatem wypłaty odszkodowania za wypadek przy pracy osobie poważnie chorej, o ile stan ten nie stanowił w jakimkolwiek stopniu jego współprzyczyny. Wprawdzie, istnienie zasady swobody umów prowadzi do posługiwania się przez profesjonalistów opracowanymi przez nich wzorcami umownymi, zawierającymi niekiedy niedozwolone klauzule umowne zagrażające ekonomicznym i prawnym interesom konsumenta, który nie jest tego świadomy, niemniej jednak w sprawie niniejszej brak jest podstaw do uznania, że zawarte w owu postanowienia krzywdziły drugą stronę. Jedno z ubezpieczeń dodatkowych do pracowniczego ubezpieczenia grupowego obejmowało bowiem również ubezpieczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego wskutek zawału serca. W niniejszej sprawie nie było jednakże przedmiotem procedowania, gdyż to ryzyko ubezpieczeniowe nie zostało wskazane jako podstawa faktyczna żądania.

W związku z tym nieuprawnione było mechaniczne przeniesienie definicji legalnej wypadku przy pracy z ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych na stosunki cywilnoprawne. Nie istnieje bowiem generalna zasada jednolitości prawa, która uzasadniałaby utożsamianie wypadku przy pracy

w rozumieniu ustawy wypadkowej z pojęciem wypadku przy pracy ukształtowanym na gruncie cywilnej umowy ubezpieczenia. Definicja wypadku przy pracy, zawarta w tej ustawie, ma zastosowanie w sprawach pracowniczych i w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych, a w sprawach innego rodzaju - tylko w razie wyraźnego odesłania ustawowego lub umownego. Cechy wypadku przy pracy w rozumieniu ustawowym, w tym również - dopuszczalność uznania za wypadek przy pracy zdarzenia wywołanego przyczyną o mieszanym charakterze - będą zatem brane pod uwagę w sporze pracownika (jego spadkobierców) z pracodawcą lub też ubezpieczonego (osób uprawnionych do otrzymania świadczeń z ubezpieczenia społecznego) z ZUS. W przypadku umowy ubezpieczeń dobrowolnych, z której wywiedzione zostało obecnie rozpoznawane roszczenie, pierwszeństwo mają każdorazowo postanowienia umowne (art. 353<sup>1</sup> k.c.). W braku wyczerpujących regulacji umownych zastosowanie znajdą zatem przepisy art. 805 k.c., a przepisy ustawy wypadkowej, jako normujące prawa i obowiązki stron innego stosunku niż stricte cywilnoprawny - jedynie wtedy, gdy strony umowy ubezpieczenia dobrowolnego wyraźnie tak postanowią (tak również Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w powołanym wyżej wyroku z 5 marca 2014 r., I ACa 92/14).

Podkreślenia wymaga, że stosowanie do treści przepisu art. 65 k.c. oświadczenie woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współzycia społecznego oraz ustalone zwyczaje, przy czym w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Jednocześnie zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia obie definicje „nieszczęśliwego wypadku” i „wypadku przy pracy” są ze sobą powiązane, spójne i nie nasuwają wątpliwości interpretacyjnych. W związku z tym niedopuszczalnym jest ich interpretowanie przez pryzmat definicji ustawowej z art. 3 ustawy wypadkowej, jak to nietrafnie uczynił Sąd pierwszej instancji przyjmując, pomimo mieszanej przyczyny zgonu, wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego wyłącznie z przyczyn zewnętrznych. Zaznaczyć należy, że ogólne warunki ubezpieczenia stanowiące zgodnie z wolą stron integralną część umowy są tzw. wzorcem kwalifikowanym i wiążą strony dlatego, że stały się częścią umowy.

Podsumowując, w realiach niniejszej sprawy nie można zakwalifikować zdarzenia, w wyniku którego nastąpił zgon T. H. jako wynikłego z wypadku przy pracy, bowiem nie był wywołany jedynie przyczyną zewnętrzną, lecz także wewnętrzną jaką stanowiła miażdżycza tętnic wieńcowych. Tym samym zdarzenie to nie spełniało wymaganego dla definicji „wypadku przy pracy” kryterium „nieszczęśliwego wypadku”, który musi nastąpić niezależnie od stanu zdrowia ubezpieczonego. W tej sytuacji uznać należało, że nie zachodziło zdarzenie rodzące po stronie pozwanego ubezpieczyciela obowiązek świadczenia na rzecz powódki.

Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzić należy, że Sąd Apelacyjny uznał za uzasadniony powołany w apelacji zarzut naruszenia przepisów prawa materialnego, przez co apelacja zasługuje na uwzględnienie. W związku z tym Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżonego precyzję w ten sposób, że powództwo w całości oddalił (art. 386 § 1 k.p.c.).

Rozstrzygając o kosztach postępowania Sąd Apelacyjny odstąpił od obciążania powódki kosztami procesu, przeprowadzonego przed Sądami obu instancji (art. 102 k.p.c.; art. 102 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 zd. 1 k.p.c.). Powódka, jako nieprofesjonalista, miała prawo nie rozróżniać niuansów związanych z ustawową i umowną definicją wypadku, z którym wiązała swe roszczenia, nadto pozwana odmawiając jej przyznania świadczeń z umowy ubezpieczenia w lakoniczny sposób uzasadniała swoje stanowisko, co uniemożliwiło powódce dokonanie racjonalnej oceny zasadności zgłaszanego roszczenia. Co więcej, uznanie zdarzenia, w wyniku którego nastąpił zgon jej męża za wypadek przy pracy mogło prowadzić do subiektywnego przekonania powódki o słuszności jej roszczenia i stanowiska procesowego. Tym samym, mimo przegrania procesu, nie powinna mieć obowiązku zwracania jego kosztów wygrywającej stronie pozwanej.

SSA Grzegorz Stojek SSA Iwona Wilk SSA Barbara Kurzeja