

Sygn. akt I ACa 492/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 października 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący :	SSA Małgorzata Wołczańska
Sędziowie :	SA Lucyna Świdorska-Pilis (spr.) SO del. Gabriela Ott
Protokolant :	Anna Wieczorek

po rozpoznaniu w dniu 15 października 2015 r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa M. G.

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

o ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Częstochowie

z dnia 19 stycznia 2015 r., sygn. akt I C 391/13

- 1) oddala apelację;
- 2) nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego;
- 3) oddala wniosek pełnomocnika powoda o przyznanie od Skarbu Państwa kosztów pomocy prawnej świadczonej dla powoda z urzędu.

SSO del. Gabriela Ott	SSA Małgorzata Wołczańska	SSA Lucyna Świdorska-Pilis
-----------------------	---------------------------	----------------------------

I ACa 492)15

UZASADNIENIE

Powód M. G. wnosił o ustalenie odpowiedzialności pozwanej - (...) SA (...), za wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, stanowiącego podstawę wypłaty odszkodowania na rzecz uprawnionego Banku, wynikającego z umowy ubezpieczenia grupowego kredytobiorców kredytów hipotecznych numer (...) z dnia 20 września 2005 roku, zawartej pomiędzy (...) SA a (...) Bank SA. Ponadto powód wnosił o zasądzenie rzecz kosztów procesu.

W uzasadnieniu powód wskazywał, iż w dniu 22 sierpnia 2007 r. zawarł z (...) Bank SA umowę kredytu numer (...) wraz z umową ubezpieczenia. Do umowy tej dostarczony został wyciąg z umowy generalnej numer (...) z dnia 30 września 2005 r., zawartej pomiędzy (...) SA a (...) Bank SA. Powód podał, że lekarz orzecznik uznał go za całkowicie niezdolnego do pracy w okresie do 31 grudnia 2011 r., co potwierdził stosownym zaświadczeniem wydanym w dniu 14 grudnia 2010 r. Zgodnie z definicją zawartą w punkcie 4 wyciągu z umowy generalnej numer (...) z dnia 30 września 2005 r. został spełniony warunek z tej umowy, co stanowi podstawę wypłaty odszkodowania na rzecz uprawnionego czyli (...) Bank SA i wypłacenie przez pozwaną kwoty salda kredytu na dzień powstania wypadku ubezpieczeniowego w wysokości 350 918,38 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 grudnia 2010 r.

Strona pozwana wносиła o odrzucenie pozwu, a w przypadku nieuwzględnienia tego żądania o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew, strona pozwana powołała się na toczącą się między stronami sprawę o to samo roszczenie, co w jej ocenie uzasadnia odrzucenie pozwu. Nadto powoływała się na brak interesu prawnego przewidzianego w trybie artykułu 189 kpc. Wskazała na koniec na brak podstaw do wypłaty świadczenia z uwagi na to, że zachodzą okoliczności wyłączające jej odpowiedzialność, przewidziane w załączonym wyciągu z ogólnych warunków dotyczących ubezpieczenia, w szczególności powód nie stał się osobą trwale niezdolną do pracy.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Częstochowie oddalił powództwo; nie obciążył powoda kosztami procesu i przyznał na rzecz adwokata M. K. od Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Częstochowie kwotę 8.856 zł tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi M. G. z urzędu.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że w dniu 22 sierpnia 2007 roku powód zawarł z (...) Bankiem SA umowę kredytu hipotecznego numer (...). Zgodnie z § (...) tej umowy Bank udzielił powodowi kredytu w kwocie 358 263,55 zł na warunkach ściśle określonych. W celu zabezpieczenia roszczeń Banku powód przystąpił do umowy ubezpieczenia grupowego kredytobiorców kredytów hipotecznych Nr (...), zawartej pomiędzy Bankiem a pozwanym. Przystępując do umowy ubezpieczenia w dniu 22 sierpnia 2007 r. powód podpisał deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, w której wskazał Bank jako uposażonego. Deklaracja zgody na przystąpienie powoda do ubezpieczenia ma numer (...). Zgodnie z pkt. (...) deklaracji zgody, powód potwierdził, iż otrzymał i zapoznał się z treścią wyciągu z umowy ubezpieczenia grupowego kredytobiorców kredytów hipotecznych numer (...). Powodowi została doręczona wersja skrócona wyciągów umowy ubezpieczenia grupowego kredytobiorców kredytów hipotecznych numer (...). Jak wynika z pkt. (...) wyciągu, zakres ubezpieczenia obejmuje utratę przez ubezpieczonego w sposób trwały i całkowity zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, będącej rezultatem choroby lub wypadku, z uwzględnieniem punktu ograniczenia odpowiedzialności. Punkt (...) wyciągu zawiera definicję całkowitej niezdolności do pracy. Zgodnie z tą definicją uznaje się za całkowicie niezdolnego do pracy ubezpieczonego, który w wyniku choroby lub wypadku, które nastąpiły po przyjęciu go do ubezpieczenia utraci zdolność jakiejkolwiek pracy. Całkowita niezdolność do pracy musi być orzeczona przez lekarza orzecznika ZUS i potwierdzona stosownym zaświadczeniem. Powód nie dostarczył pozwanemu orzeczenia potwierdzającego całkowitą i trwałą niezdolność do pracy w rozumieniu tego wyciągu. Z dokumentacji medycznej dostarczonej przez powoda, wynika, że był on całkowicie ale okresowo niezdolny do pracy do dnia 31 grudnia 2011 r. Ponadto opinia biegłego sądowego, przeprowadzona w niniejszej sprawie, również potwierdziła, iż powód (biorąc pod uwagę rozpoznanie histopatologiczne, przeprowadzone leczenie, dobre rokowania z przyczyn onkologicznych) był całkowicie ale jedynie okresowo niezdolny do pracy. Niezdolność związana była z zastosowanym leczeniem i okresem rekonwalescencji po leczeniu.

W ocenie Sądu pierwszej instancji powództwo winno zostać oddalone z uwagi na brak interesu prawnego w rozumieniu art. 189 kpc - powód wniósł już pozew o zapłatę świadczenia na podstawie tej samej umowy ubezpieczenia

i w tej sprawie toczy się postępowanie, które nie jest prawomocnie zakończone. W owej sprawie powód dochodził od pozwanego zapłaty świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, a roszczenie swoje wywodził z tej samej umowy ubezpieczenia kredytobiorców kredytów hipotecznych z dnia 30 września 2005 r., zawartej między pozwanym, a bankiem. Dlatego też, zdaniem Sądu pierwszej instancji, powód nie posiada interesu prawnego w sprawie o ustalenie. Nadto zważył Sąd, że powód nie wykazał, że pozwany jest zobowiązany do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu całkowitej, trwałej niezdolności do pracy. Jak wynika z zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego zakres ubezpieczenia obejmuje utratę przez ubezpieczonego w sposób trwały i całkowity zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej w dowolnym zawodzie, będącej rezultatem choroby lub wypadku z uwzględnieniem punktu ograniczenia odpowiedzialności. W pkt. (...) wyciągu znajduje się definicja całkowitej niezdolności do pracy, zgodnie z którą uznaje się za całkowicie niezdolnego do pracy ubezpieczonego, który w wyniku choroby lub wypadku, które nastąpiły po przyjęciu go do ubezpieczenia utracił zdolność wykonywania jakiejkolwiek pracy. Całkowita niezdolność do pracy musi być orzeczona przez lekarza orzecznika ZUS i potwierdzona stosownym zaświadczeniem. Takim dokumentem może być w myśl obowiązujących przepisów orzeczenie o przyznaniu renty inwalidzkiej z tytułu całkowitej i trwałej niezdolności do pracy. Z dokumentacji medycznej dostarczonej przez powoda oraz opinii biegłego wynika, że powód był całkowicie niezdolny do pracy, ale była to niezdolność okresowa, nie mająca charakteru trwałego.

Od powyższego rozstrzygnięcia apelację złożył powód, wnosząc o jego zmianę przez uwzględnienie powództwa. Jako żądanie ewentualne zgłoszony został wniosek o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania. W apelacji zawarte zostało również żądanie o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego z urzędu według norm przepisanych.

Skarżący zarzucał:

- 1) naruszenie przepisów prawa procesowego tj. art. 189 kpc w zw. z art. 45 Konstytucji RP poprzez jego błędną wykładnię i przyjęcie braku interesu prawnego w sprawie o ustalenie stosunku prawnego, podczas gdy przedmiotowe powództwo nie zmierza do ustalenia faktów, a żądanie sformułowane w petitum pozwu zmierza do ustalenia, że zdarzenie - całkowita i trwała niezdolność powoda do pracy - było wypadkiem ubezpieczeniowym w rozumieniu umowy ubezpieczenia, zawartej w celu zabezpieczenia zaciągniętego przez niego kredytu, zatem istnienia między powodem i ubezpieczycielem tego rodzaju relacji prawnej, która w myśl art. 805 § 1 kc obliguje go do zapłaty określonego w umowie świadczenia - spłaty reszty kredytu zaciągniętego przez powoda. Strony umowy ubezpieczenia wyłączyły możliwość żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela - (...) pkt wyciągu z umowy ubezpieczenia grupowego kredytobiorców kredytów hipotecznych stanowi, że każde świadczenie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłacane jest na rzecz ubezpieczającego banku (...) SA, a zastrzeżenie takie pozbawia możliwości żądania spełnienia świadczenia pieniężnego bezpośrednio od ubezpieczyciela. Powodowi nie przysługuje inne, dalej idące roszczenie, w szczególności o nałożenie na ubezpieczyciela obowiązku spełnienia określonego świadczenia na rzecz Banku, będącego osobą trzecią w stosunku do stron niniejszej sprawy. Pojęcie interesu - w obecnie obowiązującym porządku prawnym - powinno być interpretowane z uwzględnieniem szeroko pojmowanego dostępu do sądów w celu zapewnienia ochrony prawnej;
- 2) naruszenie przepisów postępowania, a to art. 328 § 2 kpc poprzez brak wskazania podstawy prawnej wyroku i niepodanie przepisów prawa, w oparciu o które Sąd I instancji dokonał rozstrzygnięcia, zaś sformułowanie „w myśl obowiązujących przepisów” nie czyni zadość przepisom kpc w zakresie obowiązkowych elementów uzasadnienia wyroku i uniemożliwia sądowi wyższej instancji kontrolę, czy prawo materialne zostało należycie zastosowane;
- 3) sprzeczność w ustaleniach faktycznych polegająca na przyjęciu, że całkowita niezdolność do pracy musi być potwierdzona orzeczeniem o przyznaniu renty inwalidzkiej z tytułu całkowitej i trwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy, którego powód nie dostarczył i jednocześnie przyjęcie, że powód był całkowicie niezdolny do pracy;
- 4) sprzeczność w ustaleniach faktycznych polegająca na przyjęciu, że u powoda wystąpiła tylko okresowa niezdolność do pracy i jednocześnie przyjęcie, że „obecnie z przyczyn onkologicznych jest on niezdolny do pracy”.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie może odnieść skutku.

Wobec postawienia w apelacji zarzutu poczynienia przez Sąd błędnych ustaleń stanu faktycznego, Sąd Apelacyjny w pierwszej kolejności podaje, że Sąd pierwszej instancji ustalił prawidłowy stan faktyczny z wyjątkiem ustaleń wynikających z opinii biegłego. Ów stan faktyczny był między stronami niesporny, stąd też brak jest konieczności szczegółowego wskazywania dowodów, na których Sąd się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej (art. 328§2 kpc) – Sąd Apelacyjny zatem w przedstawionym wyżej zakresie podziela ustalony przez Sąd pierwszej instancji stan faktyczny, przyjmując go za własny, z poczynieniem dodatkowych ustaleń (zob. niżej).

Jeśli chodzi o ustalenia wynikające z opinii biegłego to wkraczają one już w zakres oceny ustalonego stanu faktycznego, a konkretnie to, czy powód wykazał okoliczność zaistnienia po jego stronie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy. Kwestia ta ma o tyle drugorzędne znaczenie, jako że sam powód przyznaje, że jego niezdolność do pracy miała charakter czasowy (do 31 grudnia 2011 r.), kwestionując jedynie dokonaną przez Sąd interpretację łączącą strony umowy w zakresie tego, czy okolicznością otwierającą drogę dla żądania zapłaty niespłaconego kredytu od ubezpieczyciela jest jedynie całkowita niezdolność do pracy, czy niezdolność całkowita i trwała.

W uzupełnieniu Sąd Apelacyjny ustala:

W sprawie toczącej się przed Sądem Okręgowym w Częstochowie (sygn. akt I C 288/12) powód wnosił o zapłatę na swoją rzecz od pozwanego (...) SA (...) w W. kwoty 353 683,94 zł wraz z odsetkami od 7 sierpnia 2009 r. Żądana kwota stanowiła wysokość niespłaconego przez powoda kredytu „na dzień powstania wypadku ubezpieczeniowego”. Wyrokiem z dnia 13 sierpnia 2013 r. Sąd Okręgowy w Częstochowie oddalił powództwo. Przyczyną oddalenia powództwa było przyjęcie przez Sąd, że powód nie posiada legitymacji czynnej do wytoczenia powództwa, jako że strony dokonały przewidzianego w art. 808§3 kc wyłączenia legitymacji ubezpieczonego do bezpośredniego dochodzenia wynikających z umowy ubezpieczenia zawartej na rzecz osoby trzeciej roszczeń, poprzez jednoznaczne wskazanie, że jedynie uprawnionym jest (...) Bank SA we W..

Dowód: uzasadnienie wyroku Sądu Okręgowego w Częstochowie K- 256 akt tegoż Sądu I C 288/12.

W wyniku wniesienia przez powoda apelacji, Sąd Apelacyjny w Katowicach wyrokiem z dnia 5 listopada 2014 r. oddalił apelację. Pisemne uzasadnienie wyroku nie zostało sporządzone. Z podanych ustnych zasadniczych motywów rozstrzygnięcia wynika, że Sąd Apelacyjny podzielił pogląd Sadu pierwszej instancji, odnośnie braku legitymacji czynnej po stronie powoda.

Dowód: nagranie audio rozprawy apelacyjnej z dnia 5 listopada 2014 r. K- 362 akt I C 288/12.

Niesłuszne są wskazywane w apelacji zarzuty naruszenia przepisów procedury cywilnej. Odnosząc się do nich kolejno, wskazać należy:

- istotnie z transkrypcji ogłoszonego uzasadnienia wynika, że Sąd pierwszej instancji podał, iż „w sprawie został dopuszczony dowód z opinii biegłego sądowego, z która, która również potwierdziła, iż powód, iż biorąc pod uwagę rozpoznanie histopatologiczne, przeprowadzone leczenie, dobre rokowania z przyczyn onkologicznych, powód był całkowicie ale jedynie okresowo niezdolny do pracy. Niezdolność związana była z zastosowanym leczeniem, okresem rekonwalescencji po leczeniu, obecnie z przyczyn onkologicznych jest on niezdolny do pracy” (K- 314 v. wiersz (...) od dołu). Określenie, że powód obecnie jest niezdolny do pracy stanowiło niewątpliwie omyłkę – wynika to z całego kontekstu ogłoszonego uzasadnienia, w którym Sąd wielokrotnie podawał, że powód był tylko okresowo niezdolny do pracy, a także z tego, że wskazana wypowiedź Sądu dotyczyła wniosków opinii biegłego, a z tych wynika, że powód „obecnie z przyczyn onkologicznych nie jest niezdolny do pracy”. Powyższe skutkuje przyjęciem, że niezasadny był również zarzut nr (...) apelacji odnoszący się do sprzeczności w ustaleniach faktycznych polegającej na przyjęciu,

że całkowita niezdolność do pracy musi być potwierdzona orzeczeniem o przyznaniu renty inwalidzkiej z tytułu całkowitej i trwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy, którego powód nie dostarczył i jednocześnie przyjęcie, że powód był całkowicie niezdolny do pracy;

- niesłuszny jest zarzut naruszenia art. 328 § 2 kpc poprzez brak wskazania podstawy prawnej wyroku i niepodanie przepisów prawa, w oparciu o które Sąd pierwszej instancji dokonał rozstrzygnięcia. Sąd Okręgowy oddalając powództwo w pierwszej kolejności uznał, że powód nie posiada interesu prawnego, przywołując tu stosowny przepis, którym jest art. 189 kpc. Jeśli chodzi o tę część wygłoszonego uzasadnienia, która odnosi się już do zasadności samego roszczenia, to w tym zakresie Sąd powołał się na wyciąg umowy ubezpieczenia grupowego kredytobiorców kredytów hipotecznych numer (...). Niewątpliwie umowa ubezpieczenia stanowiła materialno-prawną podstawę roszczeń powoda. Dodać też należy, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem art. 328 § 2 kpc określa jedynie wymagania konstrukcyjne uzasadnienia orzeczenia – a zatem nie stanowi właściwej płaszczyzny do krytyki trafności przyjętych za podstawę zaskarżonego wyroku ustaleń faktycznych, ani ich oceny prawnej. Uzasadnienie wyroku sporządzone jest po jego ogłoszeniu, stąd z reguły wady uzasadnienia polegające na niewypełnieniu wymagań określonych w art. 328 § 2 kpc nie mogą być uznane za wpływające na wynik sprawy. Przyjmuje się, że wpływ taki może być przypisany takiemu naruszeniu art. 328 § 2 kpc, które sprawia, że nie jest możliwe dokonanie kontroli instancyjnej zaskarżonego wyroku – z taką sytuacją jednakże w niniejszej sprawie nie mamy do czynienia.

Za zasadny uznać należy zarzut naruszenia art. 189 kpc.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że Sąd pierwszej instancji – po wywiedzeniu dłuższych, ściśle teoretycznych, rozważań odnośnie samego interesu prawnego w rozumieniu art. 189 kpc – następnie jego brak zdawał się motywować tym, że „powód wniósł już pozew o zapłatę na podstawie tej samej umowy i w tej sprawie toczy się postępowanie, które nie jest prawomocnie zakończone...” K- 315). Założenie tak poczynione było błędne. Gdyby w sprawie tej powództwo powoda zostało uwzględnione, czy też oceniona już została zasadność samego roszczenia w istocie powód nie posiadałby interesu prawnego w powództwie skonstruowanym jako o ustalenie odpowiedzialności pozwanej. Tymczasem w sprawie toczącej się przed Sądem Okręgowym w Częstochowie sygn. akt IC 288/12 powództwo zostało oddalone z powodu braku legitymacji czynnej po stronie powoda, a argumentację tą podzielił Sąd również odwoławczy.

Interes prawny, co trafnie podniesiono w apelacji w ramach zarzutu naruszenia art. 45 Konstytucji RP, powinien też być interpretowany z uwzględnieniem szeroko pojmowanego dostępu do sądów w celu zapewnienia ochrony prawnej, a także z uwzględnieniem celowościowej wykładni tego pojęcia, konkretnych okoliczności danej sprawy i tego, czy strona może uzyskać pełną ochronę swoich praw w drodze powództwa o świadczenie. Powszechnie przyjmowana jest zasada, że brak interesu prawnego ma miejsce, gdy zainteresowany może uzyskać zaspokojenie swoich praw w wyniku realizacji innego roszczenia, aczkolwiek zasada ta nie ma charakteru bezwzględnego, przyjmuje się bowiem w orzecznictwie, że pewne okoliczności mogą prowadzić do zastosowania art. 189 kpc także w razie możliwości wystąpienia z powództwem wydobywczym (por. wyrok Sądu Najwyższego z 15 października 2002 r., II CKN 833/00).

Przenosząc te teoretyczne, powszechnie przyjęte, rozważania na kanwę sprawy, wskazać należy, że powód, jako osoba która przystąpiła do grupowej umowy ubezpieczenia, winien mieć możliwość dochodzenia przed sądem swych praw wynikających z tej umowy. Powództwo wydobywcze zostało prawomocnie oddalone (Sąd Okręgowy w Częstochowie w motywach swego rozstrzygnięcia wręcz udzielił powodowi wskazówki co do możliwości wystąpienia z powództwem o ustalenie), zatem jedyną drogą powoda do dochodzenia swych praw jest powództwo o ustalenie. Niesłuszna była zatem konstatacja Sądu pierwszej instancji, że powód nie posiada interesu prawnego. W podobnym duchu wypowiedział się Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia z dnia 22 lutego 2012 r. (I ACa 752/11, OSAB 2012/1/19-24), stanowiąc że następca prawny zmarłego kredytobiorcy, objętego grupowym ubezpieczeniem na życie na podstawie umowy zawartej przez udzielający kredytu Bank i pozwanego ubezpieczyciela, w której przewidziano możliwość zapłaty sumy ubezpieczenia wyłącznie na żądanie ubezpieczającego banku, ma interes prawny w ustaleniu, że jego śmierć była wypadkiem ubezpieczeniowym, z którym wiąże się obowiązek spełnienia przez ubezpieczyciela przewidzianego w umowie świadczenia (art. 805 § 1 kc i art. 808 § 1 i 3 kc).

Mimo prawidłowości zarzutów apelacji odnoszących się do błędnego przyjęcia braku interesu prawnego, apelacja nie może odnieść zamierzonego skutku, bowiem powód nie wykazał zasadności swego roszczenia.

Rozstrzygając tą kwestię kluczowe znaczenie ma interpretacja umowy do której powód przystąpił, w szczególności jakie jej postanowienia są dla powoda wiążące.

Jak wskazał już Sąd Okręgowy w Częstochowie w cytowanej sprawie IC 288/12, wersją obowiązującą w stosunkach między stronami była wersja wynikająca z wyciągu z umowy ubezpieczenia grupowego kredytobiorców hipotecznych nr (...), dostarczona powodowi w momencie przystąpienia przez niego do ubezpieczenia grupowego. W sprawie niniejszej nie było już sporu co do tego, że powodowi przedłożony został wyciąg z umowy ubezpieczenia grupowego kredytobiorców kredytów hipotecznych nr (...), którego kserokopię dołączył powód do pozwu (K- 115).

Zgodnie z wyciągiem z umowy ubezpieczenia grupowego kredytobiorców kredytów hipotecznych nr (...) z dnia 30 września 2005 roku zawartej pomiędzy pozwaną, a (...) Bank Spółką Akcyjną, przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonych. Zakres ubezpieczenia obejmuje: każde ryzyko śmierci, jakakolwiek byłaby jego przyczyna, z uwzględnieniem punktu ograniczenia odpowiedzialności oraz utratę przez ubezpieczonego w sposób trwały i całkowity zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, będącej rezultatem wypadku lub choroby, z uwzględnieniem punktu ograniczenia odpowiedzialności. Zgodnie z powołanym dokumentem uznaje się za całkowicie niezdolnego do pracy ubezpieczonego, który w wyniku choroby lub wypadku, które nastąpiły po przyjęciu go do ubezpieczenia utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy. Całkowita niezdolność do pracy musi być orzeczona przez lekarza orzecznika ZUS i potwierdzona stosownym zaświadczeniem. Okres ubezpieczenia w odniesieniu do poszczególnego ubezpieczonego jest uzależniony od czasu trwania umowy kredytowej, nie może być jednak dłuższy niż 12 miesięcy. Ubezpieczeni mają prawo przystąpić do ubezpieczenia na kolejny okres, pod warunkiem, że opłacą składkę. Odpowiedzialność pozwanej w odniesieniu do poszczególnego ubezpieczonego wygasa z upływem okresu ubezpieczenia, z dniem wcześniejszego spłacenia kredytu, z dniem śmierci pierwszego ubezpieczonego, z dniem orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy pierwszego lub jedyne ubezpieczonego z ostatnim dniem miesiąca, w którym przypada 70 rocznica urodzin ubezpieczonego – w zakresie odpowiedzialności na wypadek zgonu, z ostatnim dniem miesiąca, w którym przypada 65 rocznica urodzin ubezpieczonego – w zakresie odpowiedzialności na wypadek całkowitej niezdolności do pracy, z dniem odebrania nieruchomości przez (...) Bank Spółkę Akcyjną w związku z niespłaceniem kredytu w terminach określonych w umowie kredytowej, z dniem skutecznego odstąpienia od umowy kredytowej. Wysokość świadczenia na wypadek zgonu ubezpieczonego równa się sumie rat kredytowych pozostałych do spłaty na dzień zgonu oraz odsetek należnych za okres pomiędzy ostatnią zapłaconą ratą, a dniem zgonu pierwszego z ubezpieczonych lub jedyne ubezpieczonego (z wyłączeniem zadłużenia przeterminowanego). Wysokość świadczenia w przypadku całkowitej niezdolności do pracy oblicza się tak samo, jak na wypadek zgonu. Za datę zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień, w którym wydane zostało orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy.

Analiza przedstawionych powyżej postanowień umownych prowadzi do wniosku, że ubezpieczeniem objęty został przystępujący do ubezpieczenia, który utracił w sposób trwały i całkowity zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej. Wynika to wyraźnie z pkt. (...) przedłożonego wyciągu, w którym podany został przedmiot ubezpieczenia. Wprawdzie w pkt. (...) podana została definicja jedynie całkowitej niezdolności do pracy, jednakże pkt. ten zawiera jedynie definicję. Być może było to wynikiem przeoczenia, a być może w ocenie stron konstruujących umowę kwestia stałej niezdolności do pracy nie wymagała definicji. Porównanie punktów (...) i (...) prowadzi do wniosku, że większą wagę należy przyłożyć do normy odnoszącej się do przedmiotu całej umowy niż do normy zawierającej jedynie definicję pojęć. Też i wykładnia przedłożonego wyciągu w kontekście wszystkich postanowień umownych prowadzi do przyjęcia że ubezpieczeniem jest objęty ubezpieczony, który utracił zdolność wykonywania pracy w sposób całkowity i trwały. Wysokość świadczenia na wypadek zgonu ubezpieczonego równa się sumie rat kredytowych pozostałych do spłaty na dzień zgonu, a wysokość świadczenia w przypadku całkowitej niezdolności do pracy oblicza się tak samo, jak na wypadek zgonu. Nie wydaje się, by w sytuacjach tylko okresowej niezdolności do pracy, ubezpieczyciel zobowiązywał się do całkowitej spłaty pozostałych do zapłaty rat kredytowych, także

tych które ubezpieczony obowiązany byłby uiszczać po okresie całkowitej niezdolności do pracy. Wszak umowa w sposób kazuistyczny wskazuje wygaśnięcie odpowiedzialności pozwanej, prowadząc do powstania odpowiedzialności pozwanej w sytuacjach skrajnych. Zupełnie inną rzeczą jest tu sama „korzyść” przystępującego do ubezpieczenia (a nie banku) w tak skonstruowanej umowie, za którą w dodatku obowiązany jest opłacać składki. Pozostaje to jednak poza zasięgiem rozważań Sądu rozpoznającego niniejszą sprawę. Powód działający przy pomocy fachowego pełnomocnika nie naprowadzał w jakikolwiek sposób, by wyciąg zawierał klauzulę abuzywną w rozumieniu art. 385⁽¹⁾ kc.

Przyjęcie, że przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy po stronie ubezpieczonego powoduje przyjęcie, że powód nie wykazał swego roszczenia. Sam powód wskazywał, że jego niezdolność do pracy była czasowa, a trwała od 22 czerwca 2009 r. do 31 grudnia 2011 r. (co wynika z zaświadczenia lekarza orzecznika z dnia 14 grudnia 2010 r.). Rację ma powód, że w świetle przedstawionego wyżej wyciągu, miał on obowiązek wykazać stosownym orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS jedynie swoją całkowitą niezdolność do pracy, a nie niezdolność całkowitą i trwałą (definicja pkt.(...)wyciągu) i obowiązkowi temu powód sprostał. Jednakże powód winien wykazać również, że niezdolność ta ma charakter trwały. Skoro – w świetle postanowień umownych – nie było do tego konieczne orzeczenie lekarza orzecznika, powód mógł ową okoliczność wykazywać w inny sposób. Dlatego prawidłowo w sprawie przeprowadzony został dowód z opinii biegłego. Jednakże wnioski opinii są jednoznaczne. Powód utracił zdolność wykonywania pracy w sposób całkowity lecz jedynie okresowo, a nie w sposób trwały (wnioski opinii biegłego B. P. K- 257). Biegły podtrzymał swoją opinię, będąc wezwanym na rozprawę z dnia 7 stycznia 2015 r., a po złożeniu przez biegłego ustnych wyjaśnień pełnomocnicy stron podali, że nie zgłaszają dodatkowych wniosków dowodowych (K- 281). Wydaną w sprawie opinią Sąd pierwszej instancji był zatem związany.

Sąd Apelacyjny już tylko marginalnie zauważa, że gdyby nawet przyjąć, że wystarczająca dla odpowiedzialności pozwanego jest jedynie całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy to i tak powód nie wykazał swego roszczenia. Nie można w takiej sytuacji interpretować umowy, że okresowa niezdolność do pracy (w przypadku powoda roczna) powoduje skutek w postaci przejścia zobowiązania spłaty całego kredytu na pozwanego. Pozytywny wyrok, który zapadłby w takiej sytuacji, winien ustalać w jakiej części obowiązek spłaty kredytu przeszedł na ubezpieczyciela, a to nie zostało w żaden sposób wykazane ani nawet naprowadzone, bowiem zgodnie ze stanowiskiem powoda w związku z jego czasową niezdolnością do pracy zwolniony jest już od spłaty kredytu, zaciągniętego w wysokości 358 263,55 zł, a którego zaległość w dacie zachorowania wynosiła 350 918,39 zł. Tu dodać też należy, że z odpowiedzi na pozew wynika (czemu powód nie zaprzeczył, zatem okoliczność tą uznać należy za przyznaną stosownie do art. 230 kpc), że powód opłacał składki ubezpieczeniowe w okresach:

- od 27 sierpnia 2007 r. do 26 sierpnia 2008 r.;

- od 1 czerwca 2009 r. do 31 maja 2010 r.;

- od 1 czerwca 2010 r. do 31 maja 2011 r.;

zatem w okresie w którym powód był całkowicie niezdolny do pracy (od 22 czerwca 2009 r. do 31 grudnia 2011 r.) częściowo nie opłacał składek. Powodowałyby to też konieczność stosownej modyfikacji odpowiedzialności pozwanego.

Z przedstawionych względów na podstawie art. 385 kpc orzeczono jak w pkt. 1 sentencji wyroku.

Orzeczenie Sądu Apelacyjnego w przedmiocie kosztów procesu za instancję odwoławczą uzasadniają normy z art108§1 kpc i 102 kpc. Przepis art. 102 kpc stanowi odstępstwo od ogólnej reguły odpowiedzialności finansowej za wynik procesu, zawartej w art. 98 kpc. Ustanowiona w art. 102 kpc zasada słuszności, jako stanowiąca odstępstwo zasady odpowiedzialności za wynik procesu, jest rozwiązaniem szczególnym, wymagającym do swego zastosowania wystąpienia wyjątkowych okoliczności. Wymieniony przepis, choć nie konkretyzuje pojęcia przypadków szczególnie uzasadnionych, pozostawiając ich kwalifikację sądowi orzekającemu, winien być zastosowany wówczas, gdy w okolicznościach danej sprawy obciążenie strony przegrywającej kosztami procesu przeciwnika byłoby rażąco niezgodne z zasadami słuszności. Za skorzystaniem w niniejszej sprawie z dobrodziejstwa z art. 102 kpc przemawia w

pierwszej kolejności trudna sytuacja materialna powoda, który obecnie utrzymuje się ze skromnej renty i obciążony jest spłatą bardzo wysokiego kredytu. Okoliczności te miał już na uwadze Sąd pierwszej instancji, zwalniając powoda w całości od ponoszenia kosztów procesu. Nadto przemawiają za tym i inne, wskazywane w orzecznictwie okoliczności, takie jak np. to, gdy system norm prawnych lub skomplikowany stan faktyczny wpływa na subiektywne przekonanie strony o swej racji. Tego typu sytuacja w sprawie zachodzi. Powód przystąpił do umowy ubezpieczenia, która de facto była korzystna jedynie dla Banku, a powód opłacał dodatkowo składki owej umowy. Nadto Sąd Okręgowy w sprawie IC 288/12, oddalając powództwo powoda o zapłatę, wręcz zasugerował możliwość wytoczenia powództwa o ustalenie, z którego to pouczenia powód skorzystał. Uzasadnienie wyroku Sądu pierwszej instancji w niniejszej sprawie dalekie było od precyzji, stąd też nie można powodowi zarzucić nieuzasadnionej postawy roszczeniowej oraz tego, że wnikliwa lektura uzasadnienia winna go skłonić ku zaniechaniu kontestowania werdyktu.

Sąd Apelacyjny nie przyznał pełnomocnikowi powoda z urzędu kosztów pomocy prawnej świadczonej dla powoda z urzędu. Zgodnie z treścią § 20 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (tekst jedn.: Dz.U. z 2013 r., poz.461) wniosek o przyznanie kosztów nieopłaconej pomocy prawnej powinien zawierać oświadczenie, że opłaty nie zostały zapłacone w całości lub w części. Takie oświadczenie nie zostało złożone ani w apelacji ani też w trakcie rozprawy apelacyjnej z dnia 15 października 2015 (nagranie audio rozprawy apelacyjnej z dnia 15 października 2015 r. K- 373). Nie zostało nawet i złożone oświadczenie, że pełnomocnik powoda wnosi o przyznanie mu „nieuiszczonych” kosztów, co przy liberalnej wykładni § 20 cyt. rozporządzenia można i interpretować jako oświadczenie, że opłaty nie zostały zapłacone w całości lub w części. Z tego względu wniosek pełnomocnika powoda winien ulec oddaleniu, o czym orzeczono w pkt. 3 wyroku.

SSO Gabriela Ott SSA Małgorzata Wołczańska SSA Lucyna Świdorska-Pilis