

Sygn. akt V AGa 357/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 stycznia 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Grzegorz Stojek
Sędziowie:	SA Zofia Kołaczyk (spr.) SA Wiesława Namirska
Protokolant:	Diana Pantuchowicz

po rozpoznaniu w dniu 15 stycznia 2020 r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w C.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Gliwicach

z dnia 14 czerwca 2017 r., sygn. akt X GC 282/15,

I. zmienia zaskarżony wyrok:

- w punkcie 1 o tyle, że ponad zasądzoną w nim kwotę zasądza od pozwanej na rzecz powódki kwotę 313.546,58 (trzysta trzynaście tysięcy pięćset czterdzieści sześć 58/100) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 31 grudnia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;
- w punkcie 3 w ten sposób, że zasądza od pozwanej na rzecz powódki kwotę 3.534,37 (trzy tysiące pięćset trzydzieści cztery 37/100) złote tytułem kosztów procesu;
- w punkcie 4 o tyle, że kwotę 37.761,64 złotych obniża do kwoty 22.796,13 (dwadzieścia dwa tysiące siedemset dziewięćdziesiąt sześć 13/100) złotych;
- w punkcie 5 o tyle, że kwotę 13.020,56 złotych podwyższa do kwoty 27.986,07 (dwadzieścia siedem tysięcy dziewięćset osiemdziesiąt sześć 07/100) złotych;

II. oddala apelację w pozostałej części;

III. zasądza od pozwanej na rzecz powódki kwotę 13.996,49 (trzyście tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt sześć 49/100) złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

SSA Zofia Kołaczyk	SSA Grzegorz Stojek	SSA Wiesława Namirska
--------------------	---------------------	-----------------------

Sygn. akt V AGa 357/18

UZASADNIENIE

Powódka (...) Sp. z o.o. w C. po rozszerzeniu żądania pozwu domagała się ostatecznie zasądzenia od pozwanej (...)S.A. w W. kwoty 1.063.886,23 zł wraz z ustawowymi odsetkami od kwoty 1.047.286,23 zł od dnia 7 grudnia 2001 r. i od kwoty 16.600 zł od dnia 23 czerwca 2013 r. tytułem reszty odszkodowania za szkody będące następstwem pożaru jaki miał miejsce 5 listopada 2011 r. w magazynach objętych ubezpieczeniem mienia od zdarzeń losowych w pozwanym (...). Powódka zakwestionowała wysokość przyznanego jej w toku postępowania likwidacyjnego odszkodowania, zastosowanie przy jego wyliczeniu ogólnych warunków ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych wobec ich niedoręczenia przed zawarciem umowy, a niezależnie od tego zastosowanie zasady proporcji w związku z niedoubezpieczeniem mienia.

Pozwana wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania podnosząc, że zawarta umowa ubezpieczenia była wznowieniem poprzednio obowiązującej umowy mienia od zdarzeń losowych, gdy powódka korzystała z tego rodzaju ubezpieczenia w pozwanym (...) od 2007 r., a ogólne warunki ubezpieczenia dotyczące tego rodzaju mienia towarzyszące każdej z zawieranych umów nie uległy zmianie, powódka nimi dysponowała, jak i z łatwością mogła się z nimi zapoznać. Pozwana odwołała się przy tym do treści art. 384 § 2 k.c. Zastosowanie zasady proporcji w przypadku niedoubezpieczenia mienia przewidywały ogólne warunki ubezpieczenia, a pozwana nie jest konsumentem do którego odnoszą się przywołane przez powódkę orzeczenie Sądu Najwyższego.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy uwzględnił częściowo powództwo zasądzając od pozwanej na rzecz powódki 256.159,49 zł z ustawowymi odsetkami od 7 grudnia 2011 r. oraz 16.600 zł od dnia 23 czerwca 2013 r., a w pozostałej części oddalił powództwo orzekając nadto o kosztach procesu.

Rozstrzygnięcie to zostało oparte na następujących ustaleniach faktycznych i wnioskach:

Od roku 2007 powódka zawierała z pozwaną umowy ubezpieczenia mienia położonego w C. przy ul. (...) od zdarzeń losowych. Po zakończeniu okresu każdej z umów powódka była informowana o tym fakcie i strony zawierały kolejną umowę.

W dniu 5 czerwca 2011 r. A. W. poinformowała przedstawiciela powódki B.S. o tym, że upływa okres obowiązywania kolejnej umowy i zaproponowała zawarcie kolejnej umowy. Powódka wyraziła chęć zawarcia umowy. Strony umówiły się, że spotkają się i dopełnią formalności.

Po kilku dniach przedstawiciel powoda spotkał się z panią W. i tam były pewne propozycje omawiane i jak gdyby formalności dopełnione. Przedmiotem negocjacji stron była wysokość sumy ubezpieczenia. Powódka chciała pierwotnie ubezpieczyć mienie na kwotę 15 mln zł. W dniu 16 czerwca 2011 r. powódka otrzymała polisę wraz z OWU i wniosek. W tym dniu doszło do podpisania umowy. W umowie wpisano datę złożenia wniosku 5 czerwca 2011 r. oraz wcześniejszą datę objęcia mienia ubezpieczeniem.

Umowa została potwierdzona wystawioną przez pozwaną w dniu 16 czerwca 2011 r. polisą nr (...). W tym samym dniu pozwana wręczyła powódce Ogólne Warunki Ubezpieczenia Mienia od zdarzeń losowych, co zostało potwierdzone w

dokumentacie wniosku. Pozwana ochroną ubezpieczeniową od zdarzeń lodowych objęła mienie powódki, w tym m.in. budynki i budowle należące do ubezpieczonego, a zlokalizowane w C. przy ul. (...).

Ogólne warunki ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych mające zastosowanie do umowy łączącej strony zawierały zapisy dotyczące skutków niedoubezpieczenia (§ 15 ust. 7 i 8), uwzględnienia zużycia technicznego ubezpieczonego mienia (15 ust. 2 pkt 1 lit b) oraz zasad pokrywania szkód związanych z zapobieżeniem szkodzie i uprzątnięciem pozostałości (§ 5 ust. 3 i 4 uwu).

Na mocy § 3 aneksu nr (...) do polisy nr (...) z dnia 13 października 2011 r. wprowadzono zapis ustalający franszyzę redukcyjną wynoszącą 5% szkody, nie mniej niż 5 000,00 zł w odniesieniu do całości ubezpieczonego mienia.

W dniu 5 listopada 2011 r. doszło do pożaru w magazynach należących do powódki zlokalizowanych w C. – objętych zakresem udzielanej przez pozwaną ochrony ubezpieczeniowej. W związku z zaistniałym pożarem uszkodzeniu uległy elementy konstrukcji hali magazynowej, zainstalowane w niej urządzenia oraz przechowywane wewnątrz magazynu towary.

Powódka zawiadomiła pozwaną o szkodzie w dniu 6 listopada 2011 r. Pozwany zakład ubezpieczeń na skutek zawiadomienia go o powstałej szkodzie zainicjował postępowanie likwidacyjne. W toku prowadzonego postępowania, pozwany zobowiązał powódkę m.in. do opracowania: dokumentacji kosztorysowej obejmującej zakres prac koniecznych do przywrócenia ubezpieczonego mienia do stanu sprzed daty powstania szkody oraz operatu szacunkowego, celem wykazania wartości rzeczywistej (odtworzeniowej) ubezpieczonego mienia na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia.

W oparciu o przedłożone przez powódkę dokumenty, na zlecenie pozwanej sporządzono raport ze szkody, w którym m.in. znalazł się opis i zakres uszkodzeń ubezpieczonego budynku, potwierdzenie dokonania ustaleń w oparciu o dokumentację przedłożoną na życzenie ubezpieczyciela przez powoda, jak również odniesienie zaistniałego stanu faktycznego do treści ogólnych warunków ubezpieczenia.

W aneksie nr (...) do raportu ze szkody dokonano obliczeń wartości prac koniecznych do przeprowadzenia, celem przywrócenia ubezpieczonego mienia do stanu sprzed daty powstania szkody oraz uznano wartość robót remontowych wynoszącą 860.190,03 zł. Następnie, przedstawiciel pozwanego ubezpieczyciela od tejże kwoty odjął wartość złomu (3.734,08 zł), co dało ustaloną wartość szkody na kwotę 856.455,95 zł.

Kolejnym etapem działań przedstawiciela ubezpieczyciela było pomniejszenie ustalonej wartości szkody o ustalone zużycie techniczne ubezpieczonego mienia (co miało miejsce przy zastosowaniu § 15 ust. 2 lit b o.w.u.) obliczone na 40%.

W związku z faktem, iż w opracowanym operacie szacunkowym wartość ubezpieczonego majątku powódki ustalono na kwotę 15.677.800,00 zł, z uwagi na sumę ubezpieczenia wynoszącą 11.000.000,00 zł dokonano obliczenia stosunku sumy ubezpieczenia do wartości budynków, dochodząc do wniosku, że wynosi ona 30%. W rezultacie, stosując § 15 ust. 8 o.w.u. ubezpieczyciel zastosował zasadę proporcji w ustalaniu odszkodowania, uznając że świadczenie należne powodowej spółce wynosi 359.711,50 zł. Dodatkowo, pozwana od tak ustalonego odszkodowania odjęła 5% franszyzy redukcyjnej, w rezultacie czego ustalono odszkodowanie na kwotę 341.725,93 zł.

Przy takim stanowisku, pozwana w dniu 21 marca 2012 r. wydała decyzję w przedmiocie wypłaty na rzecz ubezpieczonego odszkodowania w wysokości 341.725,91 zł. Pismem z dnia 22 maja 2012 r. Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego w R. wezwał powódkę do przedłożenia oceny stanu technicznego drugiej i trzeciej komory budynku, w którym w dniu 5 listopada 2010 r. doszło do pożaru.

Opracowana na zlecenie powódki ocena stanu technicznego elementów konstrukcyjnych budynku, w którym doszło do pożaru wykazała konieczność przeprowadzenia większego zakresu prac celem przywrócenia ubezpieczonego budynku do stanu sprzed daty powstania szkody. W rezultacie, na zlecenie powódki opracowano kosztorysy obejmujące

zwiększony zakres prac koniecznych do wykonania, celem przywrócenia ubezpieczonego budynku do stanu sprzed szkody. Po dokonaniu (przy udziale ubezpieczyciela) weryfikacji kwot wskazanych w tych kosztorysach wartość robót naprawczych została ustalona następująco:

- 1) 163.837,77 zł - roboty związane z wymianą płyt dachowych,
- 2) 648.859,81 zł - roboty główne,
- 3) 467.868,77 zł - roboty rozbiórkowe umożliwiające wykonanie robót głównych,
- 4) 346.236,26 zł - rozbiórka płyt dachowych i zabezpieczenia konstrukcji przy wymianie płyt dachowych,

W związku z powyższym, przedstawiciel powódki, pismem z dnia 16 maja 2013 r. uzupełnił akta gromadzone przez ubezpieczyciela poprzez zgłoszenie dodatkowego roszczenia związanego z zaistniałym wypadkiem ubezpieczeniowym.

W toku postępowania likwidacyjnego powódki zleciła wykonanie szeregu ekspertyz.

Z tego tytułu zapłaciła: PPHU (...) Spółce z o.o. w Ł. kwotę 11.070,00 zł, T. S. kwotę 2.214 zł, (...)kwoty 984 zł i 6.150 zł.

Według opinii biegłego wartość koniecznych prac celem przywrócenia mienia do stanu sprzed szkody wynosi 1.750.421,71 zł, a wysokość odszkodowania z umowy ubezpieczenia na podstawie owu – 919.823,72 zł. W ramach odszkodowania uwzględnił biegły koszt rozbiórki i demontażu oraz koszty uprzątnięcia pozostałości po szkodzie granicach przewidzianych umową i potracił franszyzę redukcyjną. Proporcja sumy ubezpieczenia do wartości przedmiotu ubezpieczenia została ustalona na 0,65.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o dokumenty, zeznania świadków, a także opinię biegłego sądowego uznając zgromadzony w ten sposób materiał dowodowy za wystarczający, a przeprowadzone postępowanie dowodowe za pozwalające na wyjaśnienie i rozstrzygnięcie sprawy i nie wymagające uzupełnienia.

Sąd nie znalazł podstaw, by kwestionować wiarygodność treści dokumentów, nie dopatrył się też żadnych okoliczności, które pozwoliłyby na podważenie ich wiarygodności i dlatego uwzględnił fakty z nich wynikające w całości.

Sąd uznał opinię biegłego sądowego za rzetelną, pełną i w sposób jasny i wyczerpujący wyjaśniającą kwestie podlegające rozpoznaniu. Biegły zastosował właściwe dla przedmiotu opinii kryteria zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd uznał powództwo częściowo za zasadne, przy uwzględnianiu wyliczonej przez biegłego wysokości szkody doznanej przez powódkę, jak i odszkodowania według postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych wiążących strony w tym stosunku obligacyjnym. Wskazując na treść regulacji art. 384 k.c. Sąd Okręgowy podniósł, że w dacie zawarcia umowy, a to 16 czerwca 2011 r. kiedy to strony uzgodniły wszystkie istotne warunki umowy, reprezentant powódki otrzymał ogólne warunki ubezpieczenia. Jeżeliby nawet uznać, że umowa została zawarta wcześniej, to niespornie 16 czerwca strony podpisały wniosek i polisę, zgodnie z którą ubezpieczono mienie według wartości rzeczywistej.

Związanie stron ogólnymi warunkami ubezpieczenia powoduje, że zastosowanie przy wyliczeniu wysokości odszkodowania mają postanowienia § 15 ust. 7 i 8 dotyczące niedoubezpieczenia mienia i zastosowanie zasady proporcji, § 15 ust. 2 pkt 1 lit. b – zużycie techniczne i § 5 ust. 3 i 4 dotyczące prac rozbiórkowych i uprzątnięcia pozostałości oraz franszyza redukcyjna wprowadzona aneksem nr (...) do umowy.

Sąd nie podzielił stanowiska powódki co do pominięcia zastosowania zasady proporcji związanej z niedoubezpieczeniem mienia jako niedopuszczalnej wskazując, że przytoczona przez powódkę argumentacja dotyczy

konsumenta, a powódka nie ma takiego statusu, jak i brak podstaw do uznania aby klauzula proporcji kształtowała prawa powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszała jej interesy.

Sąd uznał za zasadne żądanie w części obejmującej poniesione przez powódkę koszty dokumentów sporządzonych na potrzeby postępowania likwidacyjnego a obejmujące kwotę 16.600 zł

Natomiast co do odszkodowania dotyczącego substancji budynkowej to odszkodowanie wyliczone przez biegłego wynosiło 919.823,72 zł, a przy uwzględnieniu wskaźnika proporcji ustalonego na 0,65% zamyka się ono kwotą 597.885,42 zł. Skoro powódka w czasie postępowania likwidacyjnego otrzymała 341.725,93 zł do zasądzenia pozostała różnica w kwocie 256.159,49 zł na podstawie art. 805 k.c. wraz z odsetkami należnymi na podstawie art. 817 § 1 k.c.

W pozostałej części powództwo jako pozbawione podstaw podlegało oddaleniu.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 k.p.c. przy zastosowaniu zasady stosunkowego rozdzielenia kosztów.

Od wyroku tego w części oddalającej powództwo i orzekającej o kosztach procesu apelacje złożyła powódka wnosząc o zmianę wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości oraz zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki kosztów postępowania za obie instancje ewentualnie wniosła o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego. Powódka zarzuciła w apelacji naruszenie prawa materialnego, a to art. 65 § 1 2 k.c. w zw. z art. 70 § 1 k.c. poprzez błędne ich zastosowanie skutkujące przyjęciem, że łącząca strony umowa dla której wystawiona została polisa (...) została zawarta w dniu 16 czerwca 2011 r., art. 65 § 1 i 2 k.c. polegające na błędnym przyjęciu, że strony powołały w polisie datę 5 czerwca 2011 r. jako datę wniosku o zawarcie umowy dla zapewnienia powodowej spółce ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, gdy okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczął się zgodnie z treścią polisy 9 czerwca 2011 r.; zamiarem stron było objęcie ochroną ubezpieczeniową okresu sprzed daty zawarcia umowy, ustalenie wbrew jednoznacznym twierdzeniom stron, że umowa ubezpieczenia została zawarta w innym dniu niż w dniu 5 czerwca 2011 r. oraz, że wniosek z 16 czerwca 2011 r. kształtuje treść łączącej strony umowy; art. 72 § 1 k.c. poprzez błędne jego zastosowanie i przyjęcie, że strony prowadziły pomiędzy 5 a 16 czerwca 2011 r. negocjacje co do treści umowy; art. 384 § 1 k.c. przez błędne zastosowanie i przyjęcie, że ogólne warunki ubezpieczenia zostały powodowej spółce doręczone przez zawarciem umowy, art. 806 § 2 k.c. poprzez jego nieprawidłowe zastosowanie i przyjęcie, że wolą stron było objęcie ochroną ubezpieczeniową okresu sprzed zawarcia umowy, art. 809 § 1 k.c. poprzez jego niezastosowanie i pominięcie, że dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia wystawiony jest po zawarciu umowy, art. 821 k.c. poprzez jego niezastosowanie, art. 824 § 1 k.c. w zw. z art. 824¹ § 1 k.c. w zw. z art. 807 § 1 k.c. oraz art. 58 § 1-3 k.c. poprzez pominięcie, iż klauzula proporcjonalnego ustalenia odszkodowania jako sprzeczna z zasadami współżycia społecznego i zmierzająca do obejścia bezwzględnie obowiązujących norm prawnych jest nieważna; naruszenie przepisów postępowania mających istotny wpływ na wynik sprawy, a to art. 229 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie w odniesieniu do bezspornego pomiędzy stronami faktu daty zawarcia umowy ubezpieczenia; art. 233 § 1 i 2 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów skutkującej błędem w ustaleniach faktycznych co do daty zawarcia umowy, faktu prowadzenia negocjacji pomiędzy 5 a 6 czerwca 2011 r., objęcia ochroną ubezpieczeniową okresu sprzed daty zawarcia umowy, doręczenia OWU przed zawarciem umowy, a nadto że w dacie 16 czerwca 2011 r. powódce doręczono tekst OWU, oraz że treść OWU w zakresie wprowadzającym zasadę proporcjonalnego obniżenia odszkodowania w przypadku tzw. niedoubezpieczenia mienia nie stanowi klauzuli nieważnej; art. 247 k.p.c. poprzez przeprowadzenie dowodu przeciwko osnowie dokumentu w zakresie daty zawarcia umowy ubezpieczenia; art. 328 § 2 k.p.c.

Pozwana wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Jako pozbawiony zasadności ocenić należy zarzut naruszenia przepisu art. 328 § 2 k.p.c., a który to przepis określa wymogi jakim winno odpowiadać uzasadnienie wyroku, wskazując jego istotne elementy. W judykaturze za utrwalony

należy uznać pogląd, że obraza art. 328 § 2 k.c. zachodzi tylko wtedy, gdy uzasadnienie zaskarżonego wyroku nie zawiera wszystkich koniecznych elementów w przepisie tym wskazanych, bądź zawiera tak istotne braki, które uniemożliwiają kontrolę instancyjną. Naruszenie tej normy prawa procesowego może być ocenione jako mogące mieć istotny wpływ na wynik sprawy w sytuacjach tylko wyjątkowych do których zaliczyć można takie, w których braki w zakresie poczynionych ustaleń faktycznych i oceny prawnej są tak znaczne, że sfera motywacyjna orzeczenia pozostaje nieujawniona bądź została ujawniona w sposób uniemożliwiający dokonanie jej kontroli. Przepis art. 328 § 2 k.p.c. traktuje o technice sporządzenia uzasadnienia, nie stanowi zaś właściwej płaszczyzny do krytyki trafności przyjętych za podstawę wyroku ustaleń faktycznych i ich oceny prawnej. Charakter wywodów uzasadnia, ich rozmiar, zakres, omówienie poszczególnych kwestii faktycznych czy prawnych, wzajemne relacje pomiędzy jego częściami, występujące w nim ewentualne sprzeczności w zakresie podstawy faktycznej czy prawnej, nie mieści się w ramach zarzutu naruszenia roszczenia art. 328 § 2 k.p.c., a winno być podnoszone w ramach innych zarzutów czy to dotyczących ustaleń faktycznych, oceny materiału dowodowego bądź co do kwestii natury prawnej niewłaściwego zastosowania danej normy prawnej.

W odniesieniu zatem do uzasadnienia zaskarżonego wyroku, nie może być uznany za zasadny zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.c., a które to uzasadnienie zawiera elementy w przepisie tym przewidziane, pozwala ono na odtworzenie procesu myślowego, który doprowadził Sąd do wydanego rozstrzygnięcia.

Poza sporem jest fakt związania strony umową ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych potwierdzona polisą nr (...) obejmującą okres ubezpieczenia od dnia 9 czerwca 2011 r. do dnia 8 czerwca 2012 r., wystawioną 16 czerwca 2011 r., korzystania przez powódkę z ochrony ubezpieczenia w pozwanym(...)od 2007 r. w tym między innymi w zakresie ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych, zaistnienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową a to pożaru obiektu magazynowego, wynikłej w następstwie tego szkody m.in. w substancji budynkowej stanowiącej przedmiot dochodzonego roszczenia odszkodowawczego i na obecnym etapie jej wysokość, ustalona w toku postępowania pierwszoinstancyjnego w oparciu o opinię biegłego.

Zarzuty apelacji, tak dotyczące naruszenia prawa procesowego, jak i powiązane z nimi zarzuty naruszenia prawa materialnego koncentrują się wokół ustalenia Sądu Okręgowego co do daty zawarcia umowy ubezpieczenia, związania stron Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych wpływającymi na ustalenie wysokości należnego powódce odszkodowania, jak i zastosowanie zasady proporcji wobec tzw. niedoubezpieczenia mienia.

Odnosząc się do kwestii daty zawarcia umowy, na wstępie wskazać należy, że z reguły umowa ubezpieczenia jest zawierana poprzez złożenie wniosku o ubezpieczenie (oferta) skierowanego do ubezpieczyciela i jego przyjęcie potwierdzone doręczeniem dokumentu ubezpieczenia (polisy) – art. 809 § 2 k.c. To jednakże nie oznacza, że jest to jedyny sposób nawiązania stosunku ubezpieczenia, gdy zgodnie z dominującym stanowiskiem umowa ubezpieczenia dla swej ważności nie wymaga zachowania szczególnej formy, a co za tym idzie może być zawarta w dowolnej formie, w tym i ustnej przejawiającej się w ustnym oświadczeniu woli zawarcia ubezpieczenia złożonym uprawnionemu przedstawicielowi ubezpieczyciela i przyjęcie tak złożonej oferty przez ubezpieczyciela, gdy oświadczenie to może być dokonane w dowolny sposób, w tym i dorozumiany (tak m.in. Sąd Najwyższy w wyroku z 16 listopada 2016 r., II CSK 181/06). Chwilą zawarcia umowy jest co do zasady doręczenie ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia ale tylko wtedy, gdy umowa nie została zawarta już wcześniej według ogólnych reguł prawa cywilnego. Przepis art. 809 § 2 k.c. stanowiący, że w razie wątpliwości umowę uważa się za zawartą w chwili doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia ma zastosowanie w sytuacji, gdy strony nie uzgodniły momentu zawarcia umowy. Natomiast nie znajduje on zastosowania wtedy, kiedy chwila zawarcia umowy została oznaczona wyraźnie poprzez same strony umowy, gdy z taką sytuacją mamy do czynienia w stanie faktycznym rozpoznawanej sprawy, o czym w dalszej części.

Co do zasady moment związania umową ustalony jest przez same strony. Polisa jako dokument ubezpieczenia w świetle regulacji art. 809 § 1 k.c. stanowi jedynie potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia, nie jest zaś elementem koniecznym do jej zawarcia. Dokument ubezpieczenia jest oświadczeniem potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia i jej najistotniejsze postanowienia, w tym okres ochrony ubezpieczeniowej, gdy norma art. 814 § 1 k.c. ma charakter względnie wiążący.

Niewątpliwie fakt związania stron stosunkiem ubezpieczenia z ochroną przypadającą na okres od 9 czerwca 2011 r. do 8 czerwca 2012 r. w którym doszło do pożaru, potwierdza dokument polisy nr (...) wystawionej przez ubezpieczyciela 16 czerwca 2011 r. i opatrzonej podpisami obu stron umowy. To zaś, jak trafnie podnosi skarżąca, nie oznacza, że w tej dacie doszło dopiero do zawarcia umowy. Zwrócić należy uwagę, że pomiędzy stronami tak na etapie pozaprocesowym, jak i w toku procesu nie była sporna data zawarcia umowy, a to 5 czerwca 2011 r. Wynikała ona wprost z dokumentu polisy potwierdzającego tę okoliczność, w którym w rubryce data zawarcia umowy została wpisana ta właśnie data (k. 29 odwrot) poprzedzająca datę wystawienia polisy. Sąd skupił się przy tym tylko na kwestii samej daty wniosku wpisanej w polisie, pomijając zaś fakt zgodnego ustalenia przez strony momentu zawarcia umowy, a co znalazło odzwierciedlenie w treści polisy. Należy przy tym też wskazać, że Sąd popadł w wewnętrzną sprzeczność w zakresie oceny materiału dowodowego i wnioskowania na jego podstawie, gdy jednocześnie w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku przyznał walor wiarygodności dokumentom, w tym nie tylko co do ich autentyczności, ale i dalej, a to co do ich treści wskazując, że nie dopatrzył się żadnych okoliczności, które pozwoliłyby na podważenie ich wiarygodności i dlatego uwzględnił fakty z nich wynikające w całości. Tymczasem stwierdzony wymienioną polisą wystawioną 16 czerwca 2011 r. opatrzoną podpisami reprezentantów obu stron fakt zawarcia umowy ubezpieczenia w dniu 5 czerwca 2011 r. nie znalazł odzwierciedlenia w treści ustaleń co do tej okoliczności. To, że treść polisy odzwierciedla ustalenia i wolę stron w tym przedmiocie, potwierdza również i treść pisma pozaprocesowego pozwanej z dnia 7 sierpnia 2014 r. (k. 278) w którym pozwana wskazywała na zawartą w dniu 5 czerwca 2011 r. umowę będącą wznowieniem poprzednio obowiązującej umowy ubezpieczenia, jak i identyczne stanowisko w tej kwestii pozwana zajmowała w toku niniejszego procesu (odpowiedź na pozew k. 304, 310), przyznając tym samym podnoszone co do tej okoliczności twierdzenie pozwu. Spór pomiędzy stronami nie dotyczył faktu związania stron stosunkiem obligacyjnym ubezpieczenia, jak i daty jego nawiązania, ale związania stron ogólnymi warunkami ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych, do których odwołuje się polisa, jak i wniosek, a to dokumenty wystawione 16 czerwca 2011 r., w kontekście regulacji art. 384 k.c. Dodać należy, że co do chwili zawarcia umowy decyduje ukonstytuowana wola stron (art. 60 k.c.) a ta została wyrażona w sposób jasny w treści polisy i nie podważają jej zeznania przedstawicieli strony powodowej opisujące okoliczności zawarcia umowy, gdy na ich podstawie w zestawieniu z pozostałym materiałem można jedynie wnioskować, że decyzja co do kontynuowania ubezpieczenia mienia na kolejny okres, z obu stron, została podjęta drogą telefoniczną przy objęciu nim tożsamego zakresu jak we wcześniejszej umowie, a której zawarta stanowiła wznowienie, co zostało potwierdzone następnie w treści polisy (...). Zeznania reprezentantów powódki nie zawierają konkretnych dat, gdy posługują się oni terminami niekonkretnymi. B. S. wskazuje na pierwsze dni czerwca (e – protokół 00:57:31) czy... „kontakt wcześniejszy, gdzieś tam 2,3, nie wiem parę dni wcześniej przed tą datą” (e-protokół 01:01:22), zaś M. K. mówi o końcu maja lub początku czerwca, ale przed upływem terminu posiadanego przez stronę powodową ubezpieczenia. Analiza tych zeznań, jak i zeznań A. W. nie pozwala na ustalenie jakoby w międzyczasie doszło do spotkania przedstawicieli stron, a wręcz przeciwnie prowadzą one do wniosku, że rozmowa z osobą o nazwisku W. odbyła się telefonicznie. Wskazują na to nie tylko zeznania M. K., ale i B. S. który wprawdzie wskazywał pierwotnie na spotkanie w K. z panią W., jednocześnie stwierdzając, że w kontekście umowy z 2011 r. było tylko jedno spotkanie, gdy z dalszej części zeznań wynika, że było to spotkanie na którym otrzymał podpisana polisę. W kontekście całokształtu zeznań przedstawicieli powódki, jak i A. W. można wnioskować, że do nawiązania stosunku ubezpieczenia doszło drogą telefoniczną po otrzymaniu przez powódkę informacji od przedstawiciela ubezpieczyciela o kończącym się ubezpieczeniu, oferty dalszego ubezpieczenia i wyrażeniu przez powódkę woli o kontynuowaniu tego ubezpieczenia na kolejny okres, ustaleniu, że „polisa” ubezpieczenia jest kontynuowana, a formalności zostaną dopełnione później. Oznacza to, że wolą powódki było zawarcie umowy na kolejny okres na dotychczasowych warunkach „kontynuujemy”, na co wskazuje też dalsza część zeznań B. S., który bezpośrednio prowadził rozmowy w tym przedmiocie, jak i on był obecny na spotkaniu z A.W. w dniu 16 czerwca 2011 r. na którym odebrał wystawioną polisę i pozostałe dokumenty związane z tym ubezpieczeniem. Z tych zeznań wynika, że strony ze sobą od dłuższego czasu współpracowały, nie rozmawiały o żadnych stawkach „... nam chodziło tylko o to żeby obiekt był ubezpieczony i żebyśmy byli pewni, że mamy obiekt zabezpieczony (e-protokół 01:01:47). Potwierdzają to też i zeznania M. K. z których wynika, że otrzymali potwierdzenie telefoniczne ze strony ubezpieczyciela co do daty umowy i związania nią, zaś dokumenty miały być dostarczone później (k. 462) i tak też się stało. Oceny w tym przedmiocie nie podważają akcentowane rozmowy dotyczące sumy ubezpieczenia, gdy jest ona identyczna z sumą na jaką było zawarte wcześniejsze ubezpieczenie –

11.000.000 zł, nadto do zeznań przedstawicieli stron w tym zakresie należy podchodzić z dużą ostrożnością czy istotnie rozmowy o których mówili dotyczyły tej umowy, zważywszy na znaczny upływ pomiędzy okresem zawarcia umowy, a składaniem zeznań” a nadto w świetle zeznań M. K., który wskazywał na fakt wcześniejszego ubezpieczenia na kwotę 9.500.000 zł i jakoby w odniesieniu do tej kwoty kwota 15.000.000 zł na jaką chcieli ubezpieczyć, stanowiła za duży wzrost, gdy suma ubezpieczenia - 11.000.000 była już we wcześniejszych umowach a to w umowie obejmującej okres ubezpieczenia od 9 czerwca 2009 r. do 8 czerwca 2010 r. - (...), oraz w umowie bezpośrednio poprzedzającej umowę na kanwie której dochodzone jest roszczenie, a to w umowie (...) obejmującej okres od 9 czerwca 2010 r. do 8 czerwca 2011 r. a której wznowienie stanowiła przedmiotowa umowa potwierdzoną polisą (wypis z umowy ubezpieczenia k. 856-863, zeznania świadka A. W. k. 446). Ponadto przy ocenie nie można pomijać, że w okresie zawierania umowy powódka nie dysponowała operatem szacującym wartość nieruchomości, gdyż taki wyceniający ją na kwotę ponad 15.000.000 zł został sporządzony przez powódkę dopiero po pożarze w toku postępowania likwidacyjnego. Nadto z zeznań A. W. wynika, że były prowadzone rozmowy co do podpisania sumy ubezpieczenia w trakcie których negocjatorem z Centralą była M. W., a które miały miejsce po pożarze i dotyczyły ubezpieczenia na kolejny okres. Wbrew zatem stanowisku Sądu pierwszej instancji z zeznań świadka A. W. nie wynika, aby strony prowadziły negocjacje na temat treści umowy ubezpieczenia pomiędzy 5 a 16 czerwca 2011 r. ani też tego świadek nie była w stanie jednoznacznie stwierdzić będąc słuchaną uzupełniająco w postępowaniu apelacyjnym. W konsekwencji, jak trafnie podnosi apelująca, w materiale dowodowym sprawy brak jest podstaw do przyjęcia, że umowa ubezpieczenia została zawarta dopiero z datą wystawienia i doręczenia powódce polisy, gdy w istocie do jej zawarcia doszło drogą telefoniczną jako wznowienia poprzednio obowiązującej umowy przy zachowaniu jej warunków tak co do zakresu ubezpieczenia, jak i sumy ubezpieczenia, gdy ubezpieczeniem tym nie były objęte tylko budynki ale i inne składniki mienia, jak maszyny, urządzenia, wyposażenie, sprzęt elektroniczny, rzeczy ruchome osób trzecich, podobnie jak i w poprzednio obowiązującej umowie. To też tłumaczy wskazanie w treści polisy daty zawarcia umowy na 5 czerwca 2011 r. tożsamej z datą złożenia wniosku o wznowienie umowy ubezpieczenia wskazanej w dokumencie polisy, gdyż nie budzi wątpliwości, że data ta może odnosić się li tylko do wniosku złożonego ustnie, bowiem pisemny wniosek został sporządzony dopiero 16 czerwca 2011 r. w dacie polisy a z czym korespondują zeznania przedstawicieli powódki, że „formalności zostaną dopełnione później” (B. S.), czy „dokumenty zostaną dostarczone później” (M. K.). Przeciwnych okoliczności nie tylko pozwana nie wykazała, ani też nie usiłowała wykazywać, a nawet nie twierdziła.

Zgodzić też należy się w tym względzie ze stanowiskiem skarżącej, że dla przyjętej przez Sąd Okręgowy wersji nie stanowi dostatecznej podstawy teza o zamiarze stron wywołania retrospektywnego skutku umowy ubezpieczenia.

W powyższym zakresie zatem zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. i powiązany z nim zarzut błędu w ustaleniach faktycznych, jak i mających w tym względzie zastosowanie norm prawa materialnego należy uznać za trafny.

Powyższe nie oznacza jednak, że do przedmiotowej umowy ubezpieczenia nie mają zastosowania Ogólne Warunki Ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych obowiązujące w pozwanym (...)w tamtym okresie, a do których odwołał się Sąd pierwszej instancji w ślad za wnioskiem z 16 czerwca 2011 r. i polisą ubezpieczenia z tej daty.

Ogólne warunki ubezpieczenia stanowią wzorzec umowny w rozumieniu art. 384 k.c. a który to przepis stwarza szczególną podstawę związania wzorcem umowy w razie spełnienia określonych tą normą prawną wymagań. Wzorcami umownymi, jak wskazuje doktryna i orzecznictwo są klauzule, które zostały opracowane przed zawarciem umowy, a które mają kształtować treść stosunku prawnego w powiązaniu z zawartą umową i przeznaczone są na użytek przyszłych umów na treść których druga strona nie miała wpływu. Jak też wskazuje się przesłanką inkorporowania wzorca do danego stosunku obligacyjnego nie jest rzeczywiste poznanie jego treści, jak i wyrażenie przez adherenta zgody na włączenie go do umowy, a tylko wypełnienie wymagań normy art. 384 k.c. mającej charakter bezwzględnie obowiązujący (por. też wyrok Sądu Najwyższego z 30 marca 2012 r., IV CSK 217/11 i 29 stycznia 2016 r., II CSK 91/15). Na gruncie art. 384 § 1 k.c. zasadą jest doręczenie adherentowi wzorca przed zawarciem umowy, która wzorzec ten ma współkształtować jako podstawowa reguła dla przyjęcia związania wzorcem, skuteczności jego zastosowania do danego stosunku prawnego, a przez które to doręczenie rozumie się wręczenie nośnika obejmującego treść wzorca w sposób umożliwiający realne zapoznanie z nim. Wyjątki od tej reguły zostały przewidziane w pozostałych

paragrafach tego przepisu w tym § 2 w którym przesłanka związania wzorcem została złagodzona. W przepisie tym przewidziano odstępstwo od powinności doręczenia wzorca przed zawarciem umowy, wskazując na inne przesłanki warunkujące jego związaniem. W świetle tej regulacji nie istnieje konieczność doręczenia wzorca w sytuacji, w której posługiwanie się wzorcem jest stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, przy czym w odniesieniu do umów z udziałem konsumentów może to mieć miejsce wówczas gdy są to umowy powszechnie zawierane w drobnych bieżących sprawach życia codziennego. W każdej z tych dwóch sytuacji wzorec stanie się czynnikiem kształtującym treść stosunku wynikającego z umowy o ile druga strona mogła się z łatwością dowiedzieć o jego treści. W takim przypadku rzeczą properenta jest stworzenie takich warunków, by zainteresowani mogli z łatwością dowiedzieć się o treści wzorca. Dodać przy tym należy, że w przypadku umów zawieranych bez udziału konsumenta dla zastosowania odstępstwa od wymogu bezpośredniego doręczenia wzorca przed zawarciem umowy, przewidzianego w § 2 art. 384 k.c. nie jest niezbędne aby zawierana umowa należała do kategorii umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego, a wystarczy, że jest to umowa przy zawieraniu której posługiwanie się wzorcem jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte. O wykształceniu się stosownego zwyczaju można zaś mówić wtedy, gdy praktyka posługiwania się wzorcem jest powszechna wśród ogółu osób oferujących dobra lub usługi danego rodzaju i wystarczająco została utrwalona, przeniknęła do świadomości przeciętnego kontrahenta podmiotów stosujących wzorce.

Niewątpliwie stosowanie wzorca umownego jest powszechne w przypadku umów ubezpieczenia, które generalnie zawierane są przy użyciu wzorca – ogólnych warunków ubezpieczenia, gdy wykształconą w tym względzie praktykę należy uznać za utrwaloną. Doktryna jednolicie jako przykład umów co do których utrwalili się zwyczaj stosowania wzorców umownych wskazuje umowy ubezpieczenia.

Podkreślić przy tym należy, że oceny zaistnienia przesłanki w przepisie tym przewidzianej należy dokonywać z uwzględnieniem konkretnego przypadku, konkretnych okoliczności towarzyszących zawarciu umowy z uwzględnieniem osoby kontrahenta.

Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sprawy stwierdzić należy, że przedmiotowa umowa należy do kategorii umów co do których powszechna jest praktyka zawierania ich przy zastosowaniu ogólnych warunków ubezpieczenia. Strona powodowa ma status przedsiębiorcy - spółki kapitałowej, gdy nie można jednocześnie pomijać przy ocenie faktu pozostawiania stron w stosunkach ubezpieczenia od 2007 r. Przedmiotowa umowa była kolejną w stosunkach stron, "kontynuacją", „wznowieniem” ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych na kolejny okres ochronny, gdy wszelkie poprzednie umowy były zawierane przy zastosowaniu ogólnych warunków ubezpieczenia wręczonych tak przed nawiązaniem współpracy, jak i następnie wraz z polisą na kolejne okresy ubezpieczenia, jak to też miało miejsce w tym przypadku, a co wynika z zeznań świadka A. W.. Nie można pomijać, że do nawiązania stosunku ubezpieczenia na dalszy okres (9.06.2011 r. do 8.06.2012 r.) doszło drogą telefoniczną, kiedy to po poinformowaniu przedstawiciela powódki przez stałego agenta pozwanej, z którym współpracował on od szeregu lat, o kończącym się okresie ubezpieczenia padła odpowiedź „kontynuujemy”, co oznacza, to co było, gdy jednocześnie, jak już wskazano wyżej, nie nastąpiła żadna istotna zmiana tak co do zakresu tego ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia, jak i ogólnych warunków ubezpieczenia, które pozostawały niezmiennie od 2008 r. Decydując się na kontynuację ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych, które powódka posiadała w pozwanym (...), niewątpliwie miała ona świadomość ukształtowania tego stosunku prawnego przy zastosowaniu ogólnych warunków ubezpieczenia, tak jak to miało miejsce we wcześniejszej umowie. Potwierdza to następnie treść polisy podpisanej przez reprezentanta powódki, jak i równoległego z datą polisy, wniosku powódki. Nie można też pomijać, że powódka mając świadomość kształtowania treści ubezpieczenia przy uwzględnieniu ogólnych warunków umowy, zawierając umowę telefonicznie zdecydowała się, wyraziła zgodę na dopełnienie formalności, doręczenia jej dokumentów w czasie późniejszym i tak się faktycznie stało. Przyjęty telefoniczny tryb zawierania umowy ubezpieczenia na dalszy kolejny okres wpłynął na fakt doręczenia ogólnych warunków ubezpieczenia dopiero wraz z polisą, a co powódka zaakceptowała. Niewątpliwie po stronie powódki nie tylko, że występowała świadomość istniejącej nie tylko powszechnej praktyki posługiwania się wzorcem umownym co do umów ubezpieczenia, ale i we wzajemnych dwustronnych stosunkach stron, a które obejmowały od kilku lat ubezpieczenie nie tylko mienia od zdarzeń losowych ale i inne ubezpieczenia, co potwierdzają dołączone

polisy, gdy każda z nich odwoływała się do ogólnych warunków ubezpieczenia. Powódka nie tylko, że miała łatwość dowiedzenia się o obowiązujących w momencie podjęcia decyzji o kontynuowaniu ubezpieczenia u pozwanej na okres w którym doszło do zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ogólnych warunkach ubezpieczenia od zdarzeń losowych, a które pozostawały niezmienione od 2009 r., nie tylko w oddziale pozwanej, czy u jej agenta, a z którym powódka współpracowała od wielu lat, ale i powódka miała je w swoim posiadaniu, gdy zostały one jej doręczone przy zawieraniu wcześniejszej umowy, której przedmiotowa była wznowieniem, a co wynika z zeznań świadka A. W., jak i reprezentant powódki M. K. przyznał, że mieli wcześniejsze warunki ubezpieczenia, wydane do wcześniejszych polis (transkrypcja k. 462). Niezależnie od powyższego podzielić należy prezentowany w doktrynie pogląd, że w sytuacji, gdy umowa zawierana jest przez telefon druga strona może zrezygnować z doręczenia wzorca przed zawarciem umowy, akceptując doręczenie późniejsze, a co powoduje, że w takim przypadku związanie jego postanowieniami następuje od chwili, w której wzorec został jej doręczony bądź z łatwością mogła dowiedzieć się o jego treści. W stanie faktycznym rozpoznawanej sprawy powódka zawierając umowę telefonicznie zgodziła się, że formalności z nią związane, dokumenty zostaną doręczone później i tak też to miało miejsce 16 czerwca 2011 r. kiedy powódka potwierdziła to akceptując polisę w której było nawiązanie do ostatnio obowiązujących ogólnych warunków ubezpieczenia, jak i wniosek potwierdzając w nim jednoznacznie otrzymanie ogólnych warunków ubezpieczenia najpóźniej w tej dacie.

W tym konkretnym stanie faktycznym kwestionowanie przez powódkę co do zasady związania ogólnymi warunkami ubezpieczenia z uwagi na brak ich doręczenia przed zawarciem umowy nie może odnieść rezultatu, jak i połączone z tą kwestią zarzuty naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. i art. 384 k.c.

Pozbawiony przy tym zasadności jest zarzut apelacji kwestionujący ustalenie Sądu I instancji co do faktu doręczenia powódce ogólnych warunków ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych 16 czerwca 2011, jak i powiązany z tym zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Wbrew stanowisku skarżącej poczynione ustalenie nie nosi cech dowolności, a znajduje odzwierciedlenie nie tylko w materiale dowodowym sprawy, ale i był to fakt podnoszony przez samą skarżącą w pozwie. Przytoczyć należy treść pozwu, w którym powódka opisując jak doszło do zawarcia umowy wyraźnie stwierdziła, że „w dniu 16 czerwca 2011 roku A. W. spotkała się z przedstawicielami strony powodowej, wręczając im polisę ubezpieczeniową, a także wypełniony komputerowo wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z ogólnymi warunkami ubezpieczenia mienia od zdarzeń losowych” (k. 3 i 4), a co powtórzyła też w dalszej części uzasadnienia pozwu podnosząc „bezsportny jest jednak, iż ogólne warunki ubezpieczenia zostały wnioskodawcy doręczone wraz z polisą oraz wnioskiem o zawarcie umowy, które to dokumenty wnioskodawcy otrzymali 16 czerwca 2011” oraz dwa zdania wcześniej „wzorec umowy nie został powodowi doręczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a jak wynika z opisanego stanu faktycznego, dopiero 11 dni po jej zawarciu”. Nadto fakt doręczenia OWU w tej dacie odzwierciedla treść wniosku o ubezpieczenie od zdarzeń losowych datowanego na 16 czerwca 2011 roku (k. 33) do którego odwoływał się Sąd Okręgowy jako podstawy poczynionego w tej materii ustalenia. Podstawy do odmiennej oceny i ustaleń nie daje akcentowana w apelacji okoliczność zwrócenia się przez powódkę do ubezpieczyciela po pożarze o doręczenie OWU gdy to, samo przez się nie oznacza, że takowych powódka nie otrzymała, a czemu przeczą wskazane wyżej twierdzenia pozwu i dowody, zwłaszcza, że zeznania były składane 4 lata po zdarzeniu, a nadto B. S., który zajmował się z ramienia powódki umowami ubezpieczenia zeznał, że w chwili podpisywania polisy dostawał ogólne warunki bądź były one dosyłane po tygodniu, jak i że w tym przypadku, o ile dostał ogólne warunki to otrzymali je najwcześniej przy polisie, w dniu podpisywania dokumentów, prawdopodobnie tego 16. Wymieniony nie zaprzeczył generalnie otrzymania ogólnych warunków ubezpieczenia w tej dacie.

W świetle powyższego nie budzi zastrzeżeń ustalenie przez Sąd Okręgowy wysokości należnego powódce odszkodowania za szkodę będącą następstwem zaistniałego 5 listopada 2011 r. pożaru przy uwzględnieniu OWU mienia od zdarzeń losowych obowiązujących od 1 maja 2008 r. poza wynikającą z nich zasadą proporcji.

Odnosząc się zaś do kwestii zastosowania przy wyliczeniu należnego powódce odszkodowania zasady proporcji w oparciu o postanowienie §15 ust 8 ogólnych warunków ubezpieczenia w związku z niedoubezpieczeniem mienia i związanych z tym zarzutów apelacji co do oceny skuteczności tego zastrzeżenia umownego stwierdzić należy, że krytyczne podejście do oceny tych postanowień jako nieuzgodnionych indywidualnie wyrażone w orzecznictwie Sądu

Najwyższego w odniesieniu do umów ubezpieczenia zawartych z konsumentami (por. wyrok Sądu Najwyższego z 16 października 2014 roku, III CSK 302/13) nie zawęża się li tylko do tego rodzaju stosunków ubezpieczeniowych z wyłączeniem przedsiębiorców, jak zdaje się przyjmować Sąd I instancji.

Umowa ubezpieczenia kwalifikowana jest jako umowa wzajemna, a więc co do zasady świadczenie ubezpieczyciela zagwarantowane w umowie powinno odpowiadać wartości ryzyka ubezpieczeniowego zrekompensowanego ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego zapłaconą składką, a która w przypadku ubezpieczeń majątkowych odpowiada ryzyku ubezpieczeniowemu wyrażanemu sumą ubezpieczenia (art. 805 k.c.). Zgodnie z art. 824 k.c. jeżeli nie umówiono się inaczej ustalona w umowie suma ubezpieczenia jest wskazaniem maksymalnej kwoty ograniczającej wysokość świadczenia ubezpieczyciela, ponoszącego odpowiedzialność za szkodę powstałą w wyniku zdarzenia objętego ubezpieczonym ryzykiem. Wysokość sumy ubezpieczenia wpływa jednocześnie na ekwiwalentne do ryzyka ubezpieczyciela świadczenie ubezpieczającego, w postaci składki ubezpieczeniowej. Suma ubezpieczenia oznacza, że ubezpieczyciel ponosi ryzyko zapłaty odszkodowania w wysokości odpowiadającej wartości poniesionej szkody w jej granicach, a nie przekraczające sumy ubezpieczenia. Jak podkreśla się w orzecznictwie (por. wyroki Sądu Najwyższego z 15 maja 2015 roku, V CSK 470/14 i 10 czerwca 2016, IV CSK 624/15, czy Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 18 września 2015 roku, V ACa 566/15, z 28 października 2016 roku VACa 630/16) przepis ten jako mający charakter dyspozytywny pozwala na odstępnie w umowie od wyrażonej w nim zasady oznaczając wysokość sumy ubezpieczenia ograniczającej wysokość świadczenia ubezpieczenia na poziomie niższym niż wartość odtworzeniowa przedmiotu ubezpieczenia w dacie zawarcia umowy czyli zgodzić się na niedoubezpieczenie mienia. Takie niedoubezpieczenie mienia nie oznacza, że ubezpieczyciel zawsze może się skutecznie zwolnić z obowiązku spełnienia świadczenia z uwzględnieniem sumy ubezpieczenia z powołaniem się na zastrzeżoną w ogólnych warunkach ubezpieczenia zasadę proporcji, w razie stwierdzenia w dniu szkody niedoubezpieczenia mienia, pomimo ustalonej w umowie sumy ubezpieczenia, a którą ubezpieczająca miała prawo rozumieć jako górny pułap należnego jej odszkodowania, a co potwierdzają zeznania jej reprezentantów. W wyroku z dnia 15 maja 2015 roku, sygn.. V CSK 470/14 Sąd Najwyższy zaakcentował, że zastrzeżenie w OWU możliwości dokonywania przez ubezpieczyciela weryfikacji sumy ubezpieczenia z wartością ubezpieczonego mienia dopiero w fazie postępowania likwidacyjnego przeczy równości prawnej stron umowy ubezpieczenia, naruszając zasady uczciwości obrotu. Nierówność ta ujawnia się szczególnie w stanie rozpoznawanej sprawy w świetle zeznań reprezentantów powódki z których wynika, że pozwana stosowała ograniczenia w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia, a zgodnie z czynionymi z jej przedstawicielami uzgodnieniami, odpowiedzialność pozwanej miała kształtować się w jej granicach, powódka nie została poinformowana, że w takiej sytuacji nie uzyska pokrycia szkody w granicach sumy ubezpieczenia, jeżeli nie będzie to szkoda, przekraczająca wysokość ubezpieczonego mienia.

Wyrażona we wskazanym orzeczeniu Sądu Najwyższego ocena prawna ma znaczenie nie tylko dla stosunków z udziałem konsumentów, ale i dla stosunków prawnych nawiązywanych w profesjonalnym obrocie, gdyż art. 353⁽¹⁾ k.c. ma zastosowanie także do tych stosunków (por. wyrok Sądu Najwyższego z 10 czerwca 2016 roku, IV CSK 624/15). W judykaturze podkreśla się znaczenie i charakter umów ubezpieczenia zawieranych masowo w których ubezpieczyciele posługują się wzorcami, a których postanowienia powinny być jednoznaczne i jasne tak aby przed zawarciem umowy ubezpieczający miał świadomość jakie wypadki m.in. ograniczają lub wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela. Samo to, że ubezpieczający dysponował ogólnymi warunkami ubezpieczenia nie oznacza, że strony w taki sam sposób rozumiały te postanowienia. Konsekwencje zaś z tym związane obciążają tego kto wzorec stworzył i się nim posługuje, zwłaszcza, gdy chodzi o postanowienia, które nadają stosunkowi ubezpieczenia inną treść niż wynikająca z przepisów ustaw. Przedmiotowe ogólne warunki ubezpieczenia w §10 ust 1 stanowiły, że suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności (...), gdy sumę ubezpieczenia ustala ubezpieczający, zgodnie z zasadami określonymi w §11 (ust 4 §10) i powinna ona odpowiadać jego wartości w dniu rozpoczęcia ubezpieczenia i przez cały okres jego trwania, (§11 ust2), gdy w przypadku ubezpieczenia opartego na wartości rzeczywistej jest to wartość pozwalająca na odbudowę, odtworzenie mienia do stanu nowego nieulepszzonego, z uwzględnieniem stopnia technicznego zużycia.

Jak wynika zaś z zeznań reprezentantów powódki przyjęta suma ubezpieczenia w wysokości 11 000 000 złotych pozwalała w ich ocenie na odtworzenie ubezpieczonych budynków przy szkodzie całkowitej według aktualnej

technologii przy uwzględnieniu zużycia technicznego (transkrypcja k. 468). W §15 ust 8 OWU postanowiono, że jeżeli suma ubezpieczenia jest niższa od jego wartości w dnia powstania szkody (niedoubezpieczenie), wysokość odszkodowania ulega zmniejszeniu w proporcji w jakiej suma ubezpieczenia przedmiotu pozostaje do jego wartości w dniu powstania szkody, z wyjątkami o których mowa w ustępie 9 § 15 OWU. Nie ulega wątpliwości, że ubezpieczający przy niedoubezpieczeniu mienia ponosi ryzyko w sytuacji, w której wysokość powstałej szkody jest wyższa niż wysokość zastrzeżonej w umowie sumy ubezpieczenia, gdy wtedy odszkodowanie ubezpieczeniowe nie rekompensuje mu faktycznie poniesionej szkody. Obciążenie go zaś tym ryzykiem w każdej sytuacji niedoubezpieczenia mienia, gdy poniesiona szkoda nie przekracza sumy ubezpieczenia nie jest do zaakceptowania, uwzględniając, co już wyżej stwierdzono, że zastrzeżenie możliwości dokonywania przez ubezpieczyciela weryfikacji sumy ubezpieczenia dopiero w fazie postępowania likwidacyjnego przeczy równości prawnej stron umowy ubezpieczenia, naruszając zasady uczciwego obrotu. To powoduje, że o granicach świadczenia, które powinien spełnić ubezpieczyciel decyduje nie wartość mienia zadeklarowana i przyjęta do ubezpieczenia, lecz ustalona dopiero w procesie likwidacji szkody w odpowiedniej proporcji do sumy ubezpieczenia. W takiej sytuacji wysokość odszkodowania jakie ubezpieczający może uzyskać na podstawie zawartej umowy jest przewidywalna dla niego tylko wtedy, gdy oznaczona przez niego na etapie zawierania umowy wartość mienia będzie identyczna z tą którą ubezpieczyciel zaakceptuje w procesie likwidacji szkody, bądź gdy dana szkoda przekroczy wartość sumy ubezpieczenia. W każdym innym przypadku ubezpieczony uzyska świadczenie, które skompensuje mu szkodę tylko częściowo w procencie trudnym do przewidzenia przy zawarciu umowy. Przedmiotowe ogólne warunki ubezpieczenia nie zawierały wskazania kryteriów, którymi ubezpieczający miałby się kierować określając wartość ubezpieczonego mienia pozwalającego na odbudowę, odtworzenie mienia do stanu nowego, nieulepszono z uwzględnieniem stopnia technicznego zużycia na etapie zawierania umowy, a do których strony miałyby nawiązywać po powstaniu szkody przy oszacowaniu wartości ubezpieczonego mienia. Wskazać przy tym należy, że inaczej wartość ta została określona na etapie postępowania likwidacyjnego (różnica około 4 mln w stosunku do sumy ubezpieczenia), zaś inaczej na etapie postępowania sądowego w stosunku do wyceny z postępowania likwidacyjnego (około 2 mln), co wyklucza jakąkolwiek przewidywalność w odniesieniu do zasady proporcji. Umowa ubezpieczenia ze swej istoty ma chronić ubezpieczającego przed określonym w niej ryzykiem, nie zaś sprowadzać na niego dalsze ryzyko, z tym, że ze strony ubezpieczyciela, ujawnione dopiero na etapie likwidacji szkody.

Reasumując weryfikacja sumy ubezpieczenia dopiero w fazie postępowania likwidacyjnego dla potrzeby zastosowania przez ubezpieczyciela postanowienia §15 ust 8 OWU nie może w tym przypadku, z przyczyn wyżej wskazanych, wywoływać skutku obniżenia należnego powodce odszkodowania. Dodać przy tym należy, że określenie wartości mienia pozostaje bez wpływu na stopień prawdopodobieństwa wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego, zaś w rozpoznawanym stanie faktycznym zachodzi tego rodzaju sytuacja że wysokość poniesionej szkody mieści się w granicach sumy ubezpieczenia przy przyjęciu, której pozwany ubezpieczyciel kalkulował składkę ubezpieczeniową jako ekwiwalent swego świadczenia i ryzyko ubezpieczeniowe, które jest ograniczone do sumy ubezpieczenia, gdy poniesiona przez powódkę szkoda nie przekracza sumy ubezpieczenia. Powódce należy się odszkodowanie w wysokości wynikającej z opinii biegłego bez zastosowania zasady proporcji wyrażonej w §15 ust 8 OWU. Zastosowanie zasady proporcjonalności uwzględniając nadto wskazywane przez powódkę okoliczności w jakich doszło do jej określenia na tym poziomie, należy ocenić jako naruszenie zasady równości stron oraz ich lojalności względem siebie, prowadzące do nieuzasadnionego polepszenia sytuacji umownej ubezpieczyciela, kosztem interesów ubezpieczającego, gdy staranność zawodowa ubezpieczyciela powinna też zabezpieczać prawidłowość określania sumy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, nie przerzucać całego związanego z tym ryzyka na ubezpieczającego. W sytuacji gdy suma ubezpieczenia wynosiła 11 000 000 złotych powódka była uprawniona oczekiwać, że kwota lokująca się poniżej sumy ubezpieczenia zostanie przez pozwaną naprawiona w pełnym zakresie.

Zgodnie z mającymi tutaj zastosowanie ogólnymi warunkami ubezpieczenia za wysokość szkody powstałej w mieniu przyjmuje się koszty niezbędne do przywrócenia stanu mienia przed powstaniem szkody z uwzględnieniem zasad, na jakich została ustalona suma ubezpieczeniowa (§15 ust 1), gdy w przypadku ubezpieczenia budynków i budowli według sumy ubezpieczenia ustalonej w oparciu o wartość rzeczywistą wysokość szkody determinują koszty odbudowy lub remontu z potrąceniem zużycia technicznego - §15 ust 2b. Za koszty zaś odbudowy lub remontu budynków i budowli

przyjmuje się koszty robót budowlano instalacyjnych z uwzględnieniem nakładów na opracowanie dokumentacji i nadzoru nad budową wyliczone zgodnie z zasadami kalkulacji i ustalania cen na podstawie katalogów nakładów rzeczowych i katalog nakładów pracy oraz publikowanymi cenami średnimi obowiązującymi na danym terenie, potwierdzone rachunkami wykonawcy lub kosztorysem. Przy uwzględnieniu treści tych postanowień wysokość szkody obejmującej koszt odbudowy zniszczonego w wyniku pożaru obiektu budowlanego według wartości rzeczywistej została wyliczona przez biegłego na kwotę 791 568,04 złotych. Zgodnie z §15 ust 5 punkt 1 OWU od tak ustalonej szkody przy ustalaniu wysokości odszkodowania potrąca się wartość mienia, które nadaje się jeszcze do dalszego użytku, sprzedaży, przeróbki lub odbudowy, gdy wartość ta została ustalona przez biegłego na kwotę 11 322,73 złote. Ponadto do wysokości szkody dolicza się poniesione w granicach sumy ubezpieczenia koszty zapobieżenia szkodzi, związane z ratowaniem dotkniętego szkoda mienia oraz koszty uprzątnięcia, o których mowa w § 5 ust 3 punkt 2 OWU, gdy zgodnie z postanowieniem §5 ust 3 punkt 2c w ramach ubezpieczenia (...) pokrywa udokumentowane, poniesione koszty uprzątnięcia pozostałości po szkodzi, łącznie z kosztami rozbiórki i demontażu części niezdatnych do użytku. Koszty te pokrywane są w granicach sumy ubezpieczenia w wysokości nie przekraczającej 10% szkody, chyba że zostaną dodatkowo ubezpieczone (§ 5 ust 4 OWU). Wysokość tych kosztów przy uwzględnieniu wskazanych wyżej postanowień została wyliczona przez biegłego na kwotę 179156,80 złotych. Wysokość zaś całkowitego odszkodowania wynosiła 954 402,12 złotych, gdy zgodnie z §15 ust 65 punkt 3 od wyliczonego odszkodowania według zasad wskazanych w §5 ust 3 i 5 punkt 1 i 2 potrąca się wysokość franszyzy redukującej ustalonej w umowie ubezpieczenia. Poza sporem zaś było, że aneksem do przedmiotowej umowy ubezpieczenia strony ustaliły 5% franszyzę redukcyjną po uwzględnieniu której, należne powódce odszkodowanie zamknęło się kwotą 911 432 złote. Uwzględniając zaś, że powódce w wyniku postępowania likwidacyjnego została wypłacona kwota 341 725,82 złote oraz zasądzoną zaskarżonym wyrokiem kwotę 256 159,49 złotych tytułem szkody w substancji budynkowej, dodatkowemu zasądzeniu podlegała kwota 313 546,58 jako dalsza część należnego odszkodowania na podstawie art. 805§1 k.c.. W tym zatem tylko zakresie, z przyczyn wskazanych powyżej, apelacja była uzasadniona.

Orzekając zaś o odsetkach za opóźnienie od zasądzonej dodatkowo kwoty Sąd Apelacyjny miał na względzie następujące okoliczności wynikające z materiału akt szkodowych przedłożonych w niniejszym postępowaniu na nośniku CD, a z których dowód został dopuszczony przez Sąd Okręgowy na rozprawie w dniu 26 listopada 2015 roku. Z materiału tego ponad wszelką wątpliwość wynika, że tak ustalenie podstaw odpowiedzialności pozwanej w następstwie przyczyn zdarzenia, zważywszy na jego charakter i rozmiar, jak i związanej z tym szkody wymagało wyjaśnień, w tym przy pomocy opinii rzeczoznawców, jak i we współpracy z powódką na co uwagę zwracała pozwana w odpowiedzi na pozew. Ciążący na pozwanej obowiązek likwidacji szkody, przeprowadzenie związanego z tym postępowania nie oznacza, że bez znaczenia w tej mierze pozostaje zachowanie poszkodowanego. Już z treści ogólnych warunków ubezpieczenia wynika, że wysokość szkody (§15 ust 2) winna być przez ubezpieczonego wykazana potwierdzonym rachunkiem wykonawcy lub kosztorysem, a które to dokumenty podlegają weryfikacji ze strony ubezpieczyciela w kontekście poczynionych przez niego ustaleń co do zakresu i rozmiaru szkody. Zgodnie zaś z §20 ust 10 OWU ubezpieczający obowiązany jest udzielać ubezpieczycielowi potrzebnych wyjaśnień oraz przedstawiać dowody, których odpowiednio do stanu rzeczy zażąda (...), jak i sporządzić na podstawie posiadanych materiałów dowodowych i na własny koszt obliczenie poniesionych strat, tzw. rachunek strat.

Ciążący na ubezpieczycielu obowiązek terminowego spełnienia świadczenia zależy od spełnienia dodatkowych przesłanek dotyczących współdziałania poszkodowanego w tym zgłoszenia roszczenia oraz obiektywnych możliwości ustalenia okoliczności koniecznych do ustalenia podstaw odpowiedzialności, jak i koniecznych dla określenia odszkodowania.

Bezpośrednio po zgłoszeniu pożaru, podjęte zostały działania związane z ustaleniem jego przyczyny, dochowania wymogów bezpieczeństwa i przeciwpożarowych, w tym z udziałem rzeczoznawców, gdy ostateczny raport rzeczoznawcy w tym przedmiocie po dwóch wcześniejszych, został przedłożony 29 lutego 2012 roku. W międzyczasie zostały przeprowadzone też oględziny pod kątem rozmiaru szkody, a które odbyły się 8 i 9 listopada 2011 roku oraz dodatkowo 9 stycznia 2012 roku, gdy pełen zakres szkód można było ustalić dopiero po demontażu uszkodzonych elementów, co stwierdzono w treści protokołu. Niezbędna też była ocena techniczna co do zakresu remontu, a która

została sporządzona 15 grudnia 2019 roku. Powódka była wzywana o dodatkowe dokumenty m.in. 2 grudnia, które przedstawiła 22 grudnia, jak i 5 stycznia 2012 roku przedstawiciel powódki przesłał dane dotyczące budynku a 10 stycznia wyceny, a następnie 29 lutego zestawienie i poprawione kosztorysy remontów co do których podnosił, że 1 lutego 2012 roku wysłał je omyłkowo gdzie indziej. W dacie tej został sporządzony aneks nr (...) do raportu w oparciu o komplet dokumentów złożonych przez powódkę i zgłoszoną przez powódkę wówczas wysokość szkody, żądanego wówczas roszczenia, a co stanowiło podstawę obliczonego i wypłaconego w marcu 2012 odszkodowania.

Nie można przy tym pomijać, że dopiero pismem z 16 maja 2013 roku doręczonym pozwanej 27 maja 2013 roku została zgłoszona przez powódkę nowa szkoda ujawniona w marcu 2013 roku po dokonanej kolejnej ocenie stanu technicznego budynku i ustaleniu, że niezbędna też będzie wymiana dachu, jak i zgłoszone zostały zastrzeżenia co do wypłaconej już powódce wysokości odszkodowania. To spowodowało wdrożenie kolejnego postępowania, ponowne wyliczenie przez powódkę doznanej szkody, powódka sporządzała i przedkładała nowe, odmienne od poprzednio złożonych kosztorysy co do zakresu poniesionej szkody (m.in. 27 czerwca 2013 roku, 5 września 13 września dodatkowe dokumenty co do materiałów, 11 grudnia 2013 roku zweryfikowane kosztorysy, które po wezwaniu pozwanej zostały podpisane przez kosztorysanta i uzupełnione o ofertę dotyczącą materiałów, o którą powódka była już wzywana 5 września i zostały dostarczone 16 grudnia 2013 roku, stanowiły podstawę sporządzonego przez pozwaną raportu. Zatem należało uznać, że w tej dacie zostały wyjaśnione wszelkie okoliczności dotyczące rozmiaru szkody w zakresie zgłoszonego przez powódkę roszczenia, a które stanowiło przedmiot niniejszego sporu, jak i te ostatnie kosztorysy powódki stanowiły przedmiot weryfikacji biegłego sądowego dokonanej w tym postępowaniu i wyliczonej wysokości odszkodowania. W sytuacji, gdy wysokość szkody była sporna pomiędzy stronami, powódka w rok po zakończeniu postępowania likwidacyjnego i wydanej przez ubezpieczyciela decyzji co do wysokości odszkodowania, wystąpiła z nowymi roszczeniami, sporządziła nowe kosztorysy jako dokumentujące wysokość szkody, do czego była zobligowana w świetle postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, co wymagało kolejnych weryfikacji, termin wymagalności dodatkowo zasądzonego na rzecz powódki odszkodowania wyliczonego przez biegłego przy uwzględnieniu stawek z II kwartału 2016 roku w oparciu o kosztorysy powódki złożone w grudniu 2013 roku i objęty nimi zakres (k. 103 – 150) zawierające stawki z tamtego okresu (k. 103-150), został określony zgodnie z art. 817§ 2 k.c.

Zmiana rozstrzygnięcia co do istoty sporu skutkowałą też zmianą orzeczenia o kosztach procesu za pierwszą instancję, o których orzeczono przy zastosowaniu reguły stosunkowego rozdzielenia kosztów z art. 100 k.p.c.

W ostatecznym rezultacie powódka utrzymała się z żądaniem do kwoty 586 306,07 t.j. w 55,11% i w takim zakresie koszty obciążają pozwaną. Suma kosztów procesu poniesionych przez obie strony, jak wskazał je Sąd I instancji, wynosiła 24 911,18 z czego pozwaną obciąża 13728,55 złotych (55,11 %) a skoro w ramach tej sumy poniosła kwotę 10194,18 złotych zobowiązana jest zapłacić różnicę w kwocie 3534,37. W identycznej proporcji pozwaną obciążają koszty sądowe, a których wysokość wynosi 50782,20 złotych, a więc w kwocie 27986,07 złotych a pozostała ich część (44,89%) obciąża powódkę zgodnie z regułami 100 k.p.c. oraz art. 113 u.k.s.c.

Według zasady stosunkowego rozdzielenia kosztów (art. 100 k.p.c.) orzeczono też o kosztach postępowania apelacyjnego uwzględniając, że apelacja okazała się uzasadniona w 39,63%. Zatem w tym tylko zakresie koszty tego postępowania obciążają pozwaną. Suma kosztów postępowania apelacyjnego wynosiła 55757 złotych z czego koszty powódki to kwota 47657 złotych (wpis oraz zastępstwo procesowe) zaś koszty pozwanej (8100 złotych) zastępstwo procesowe. Z sumy tej pozwana winna ponieść 39,63% tj. 22096,49 złotych a skoro poniosła 8100 obciąża ją różnica w kwocie 13996,49 złotych.

SSA Zofia Kołaczyk	SSA Grzegorz Stojek	SSA Wiesława Namirska
--------------------	---------------------	-----------------------