

Sygn. akt III Ca 548/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 lipca 2016 r.

Sąd Okręgowy w Gliwicach III Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SO Lucyna Morys - Magiera

Sędzia SO Anna Hajda (spr.)

SO Roman Troll

Protokolant Aleksandra Sado-Stach

po rozpoznaniu w dniu 6 lipca 2016 r. w Gliwicach

na rozprawie

sprawy z powództwa A. O.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Wodzisławiu Śląskim

z dnia 10 listopada 2015 r., sygn. akt I C 2204/14

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3600 zł (trzy tysiące sześćset złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego.**

SSO Roman Troll SSO Lucyna Morys - Magiera SSO Anna Hajda

Sygn. akt III Ca 548/16

UZASADNIENIE

Powód A. O. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. w W.: - kwoty 50.000 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu tytułem kwoty należnej powodowi w wyniku śmierci żony, - kwoty 21.000 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu tytułem osierocenia trójki dzieci przez E. O. oraz kosztów procesu.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa. W pierwszej kolejności zarzucił, że E. O. nie przystąpiła skutecznie do umowy ubezpieczenia. Ponadto pozwany zarzucił brak legitymacji czynnej powoda, jeśli idzie o świadczenie z tytułu osierocenia dziecka, gdyż zgodnie z § 16 Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka (kod (...) (...)), prawo do świadczenia z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego przysługuje każdemu dziecku. W tym zakresie legitymację czynną posiadają tylko i wyłącznie dzieci ubezpieczonej.

Pozwany jednak nie kwestionował samej wysokości żądanych kwot. Oświadczył, że gdyby co do zasady roszczenia powoda były usprawiedliwione (czemu przeczył) to żądane kwoty byłyby wypłacone.

Wyrokiem z dnia 10 listopada 2015 roku Sąd Rejonowy w Wodzisławiu Śląskim w punkcie pierwszym zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 50.000,00 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 27 października 2014 roku. W pozostałym zakresie powództwo zostało oddalone, o czym orzeczono w punkcie drugim. W punkcie trzecim wyroku Sąd Rejonowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.322,00 złote tytułem kosztów procesu. W punktach 4 i 5 orzeczono w przedmiocie nieuiszczonych kosztów sądowych.

Podstawą tej treści rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego były następujące ustalenia faktyczne poczynione przez ten Sąd.

E. O. – żona powoda - cierpiała na śródmiąższowe włóknienie płuc, początek dolegliwości wystąpił w 2008 roku. Do 2012 roku była kilkakrotnie hospitalizowana. Między innymi w ramach leczenia przebywała w Szpitalu (...) w K.) od 19 września 2012 roku do 12 października 2012 roku. Po wyjściu ze szpitala przebywała na zwolnieniu lekarskim do 16 listopada 2012 roku.

W dniu 23 października 2012 roku E. O. przystąpiła do grupowego ubezpieczenia pracowniczego u pozwanego typu P (...). Podpis złożyła na formularzu, gdzie w pkt V.8 (drobnym drukiem) było zawarte oświadczenie, że w dniu podpisania deklaracji ubezpieczony nie przebywa na zwolnieniu lekarskim. Płatnikiem składki był A. O.. Jako uposażony został wpisany A. O.. W tym czasie E. O. została wpisana na krajową listę oczekujących na przeszczep płuc. Podpisała deklarację przystąpienia nie czytając jej, gdyby ją przeczytała to podpisałaby ją po powrocie ze zwolnienia lekarskiego. W trakcie podpisywania deklaracji odbyła się też krótka rozmowa o stanie zdrowia E. O.. Ze strony ubezpieczyciela czynności wykonywała i deklarację odbierała E. S.. Ona sama z siebie nie informowała o konieczności nie pozostawiania na zwolnieniu lekarskim, gdyż nie było takiego zwyczaju, ale odpowiadała na pytania osoby przystępującej do ubezpieczenia. Ustalona praktyka była taka, że bez prośby osoby przystępującej do ubezpieczenia nie wręczało się też osobie przystępującej ogólnych i szczególnych warunków ubezpieczenia. Powszechną praktyką jest, że osoba reprezentująca ubezpieczyciela wypełnia deklarację i oddaje ubezpieczonemu do podpisu. Deklaracja może być podpisana dwukrotnie, gdyż ze względu na obieg dokumentów po wypełnieniu, jest ona jeszcze raz drukowana. Tak jest i w rozpatrywanej sprawie, oprócz deklaracji podpisanej przez E. O. i E. S., istnieje również druk deklaracji podpisany wyłącznie przez E. O.. Prawdopodobnie był on wypełniany przed pracownikiem (...) S.A. Na tym druku oświadczenie o nie pozostawianiu na zwolnieniu lekarskim ujęte jest w pkt IV.8. E. O. nie okazano Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

A. O. i E. O. (z domu Poleska) stanowili małżeństwo od 1995 roku. Ze związku tego urodziło się troje dzieci: K. O. (ur. (...)), D. O. (ur. (...)), J. O. (ur. (...)).

E. O. zmarła w dniu 19 maja 2014 roku. W chwili śmierci była zamężna. Miała 40 lat. Wyjściową przyczyną zgonu było śródmiąższowe włóknienie płuc, a przyczyną bezpośrednią niewydolność krążeniowo – oddechowa.

Pismem z dnia 20 czerwca 2014 roku pozwany odmówił wypłaty świadczenia powołując się na okoliczność, że w chwili podpisania deklaracji tj. w dniu 23 października 2012 roku E. O. przebywała na zwolnieniu lekarskim. Negatywnie rozpatrzono również odwołanie w dniu 22 lipca 2014 roku.

Zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 3 Ogólnych Warunków Grupowego (...) Pracowniczego Typ P (...) (kod (...) 32) do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych lub nie jest uznana za niezdolną do pracy lub niezdolną do służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

Zgodnie z § 16 Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego (...) Na Wypadek Osierocenia Dziecka (kod (...) 30) prawo do świadczenia z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego przysługuje każdemu dziecku, o ile nie przyczyniło się umyślnie do śmierci ubezpieczonego.

W tak ustalonym stanie faktycznym zważył Sąd Rejonowy, że powództwo jest uzasadnione częściowo, gdyż jak wynika z § 16 Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego (...) Na Wypadek Osierocenia Dziecka, legitymowane do dochodzenia takich roszczeń są osierocone dzieci a nie uposażony z głównej umowy. Zatem powództwo w tym zakresie musiało ulec oddaleniu.

Natomiast zasadność roszczenia w części obejmującej kwotę 50.000,00 złotych wymaga rozważenia, czy E. O. skutecznie przystąpiła do ubezpieczenia, mimo że przebywała na zwolnieniu chorobowym.

Wskazał Sąd Rejonowy, że praktyka zawierania umów grupowego ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem (...) S.A. była pełna uchybień i to rażących. Osobom bez prośby nie wręczano egzemplarzy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (bo jest tego dużo), nie informowano ich jakie są przeszkody do objęcia ubezpieczeniem, informacji udzielano tylko jeśli zadawano pytania. W takiej sytuacji osoba przystępująca do ubezpieczenia podpisywała deklarację, i trudno się dziwić, że dokonywała tego bez czytania całej jej treści, gdzie w pkt V.8 drobnym drukiem było zawarte oświadczenie, że nie przebywa na zwolnieniu lekarskim. Taka praktyka narusza zaufanie konsumenta do przedsiębiorcy, będącego wszak ubezpieczycielem. Należy przyjąć w drodze domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c), że E. O. również podpisała deklarację bez dokładnego jej czytania, gdyż gdyby przeczytała tę deklarację to po prostu by jej nie podpisała i z zawarciem umowy ubezpieczenia poczekalaby do zakończenia okresu zwolnienia lekarskiego (czyli ok. 3 tygodnie) a następnie zawarłaby umowę ubezpieczenia.

Nie przedłożenie ogólnych warunków umowy przed jej zawarciem wzbudziło uzasadnione wątpliwości Sądu Rejonowego co do związania E. O. tymi regulacjami a w szczególności regulacją zawartą w § 8 ust. 1 pkt 3 Ogólnych Warunków Grupowego (...) Pracowniczego Typ P (...) (kod (...) 32), która stanowi, że do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywa na zwolnieniu lekarskim. Zgodnie bowiem z art. 384 § 1 k.c. ustalony przez jedną ze stron wzorzec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, wzór umowy, regulamin, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy. Wyjątki od powyższej zasady nie dotyczą konsumentów (§ 2). Co prawda E. O. złożyła oświadczenie, że nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, ale unormowanie umowne, że takie osoby nie są objęte ubezpieczeniem jest umieszczone dopiero w OWU. Powód przesłuchiwany zeznał, że nie wręczono im OWU, co znajduje potwierdzenie w zeznaniach E. S., która taką praktykę opisała.

Ponadto – w ocenie Sądu I instancji - regulacja, że do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, jest sprzeczna z dobrymi obyczajami. Zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Zgodnie zaś z art. 385² k.c. oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny.

W myśl z kolei art. 353¹ k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego.

Postanowienie, że do ubezpieczenia nie mogą przystąpić osoby nie przebywające na zwolnieniu lekarskim sprzeciwia się naturze stosunku prawnego (wynikającego z umowy ubezpieczenia). Taka regulacja uzależnia bowiem odpowiedzialność pozwanego od okoliczności, która sama w sobie ani nie zwiększa ryzyka ubezpieczyciela ani nie wskazuje automatycznie na takie ryzyko. Na zwolnieniu lekarskim można bowiem przebywać z powodu chorób i schorzeń błahych (np. przeziębienie) lub przemijających lecz uniemożliwiających tymczasowo wykonywanie pracy (np. przepuklina, złamanie palca itp.). Można więc przystąpić do ubezpieczenia, będąc na zwolnieniu lekarskim, przy

braku jakiegokolwiek istotnego ryzyka grożącego trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub śmiercią. Z drugiej strony można być też ciężko chorym (np. na chorobę nowotworową) i nie przebywać na zwolnieniu lekarskim. Zrozumiałe byłoby gdyby pozwany wyłączył z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia osoby cierpiące na ciężkie choroby, przy których istnieje wysokie ryzyko zgonu – np. choroby nowotworowe, czy też śródmiąższowe włóknienie płuc na które cierpiała E. O.. Taka regulacja byłaby zrozumiała, wyłączałaby z ubezpieczenia osoby, których ubezpieczenia wiązałyby się ze zbyt dużym ryzykiem ubezpieczeniowym. Pozwany jednak nie uczynił tego – zamiast tego wprowadził normę o bardzo szerokiej hipotezie, że z ubezpieczenia wyłączone są wszystkie osoby przebywające na zwolnieniu lekarskim w chwili przystępowania do ubezpieczenia. Takie unormowanie (zwłaszcza przy istniejącej praktyce zawierania umów) w istocie stanowi swoistą pułapkę dla ubezpieczonych i uposażonych, którzy będą zaskakiwani tym, że umowy ubezpieczenia w określonym czasie nie mogli zawrzeć.

O tym, że przebywanie na zwolnieniu lekarskim w trakcie przystąpienia do ubezpieczenia nie powinno być istotną okolicznością od której uzasadnia się odpowiedzialność ubezpieczyciela świadczy również art. 815 k.c. Zwalnia on co prawda od odpowiedzialności ubezpieczyciela wtedy gdy nie podano mu do wiadomości istotnych okoliczności, ale dotyczy to tylko takich okoliczności z których wynika skutek za który ubezpieczyciel może odpowiadać. Zgodnie z art. 815 § 3 k.c. ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Otóż, mimo że E. O. nie poinformowała o okoliczności przebywania na zwolnieniu lekarskim, to z tej okoliczności nie wynika żaden istotny skutek. Jej śmierć nie była bowiem skutkiem przebywania na zwolnieniu lekarskim, a skutkiem choroby. Natomiast nie składała oświadczenia o chorobach, na które cierpi i które przeżyła. Fakt choroby dla ubezpieczyciela był prawnie obojętny. Mimo to należy też zaznaczyć, że brak jest podstaw aby twierdzić, że E. O. zataiła swoją chorobę, chociaż fakt ubezpieczenia się właśnie w związku chorobą wydaje się oczywisty. E. S. twierdziła co prawda, że E. O., nie mówiła, iż jest chora, ale z jej zeznań wynika, że nie pamięta dokładnie szczegółów zawierania umowy. O ile pamiętała powoda i jego żonę to nie była w stanie podać, kto wypełniał deklarację, w jakim miejscu, zresztą zapewne miała do czynienia z setkami osób przystępujących do ubezpieczenia (początkowo świadkowi się wydawało, że te okoliczności pamięta, ale po okazaniu deklaracji okazało się, że jednak zawarcie umowy nastąpiło inaczej niż jej się wydawało, w szczególności świadek nie wypełniał pierwszej deklaracji). Bardziej wiarygodne są twierdzenia powoda, że poinformowano o chorobie żony.

Reasumując, przyjął Sąd I instancji, że uzależnienie przystąpienia do ubezpieczenia od nie pozostawiania na zwolnieniu lekarskim jako niedopuszczalne postanowienie umowne nie wiąże stron.

Od pozwanego na rzecz powoda należało zasądzić zatem kwotę 50.000 zł tytułem świadczenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia (podstawę prawną stanowi art. 805 § 1 k.c. i umowa ubezpieczenia).

Odsetki od tej kwoty należało zasądzić, zgodnie z żądaniem pozwu od dnia 27 października 2014 roku (data wniesienia pozwu). Ubezpieczenie winno być wypłacone w terminie 30 dni od zgłoszenia szkody (art. 817 § 1 k.c.) a skoro pozwany już w czerwcu i lipcu 2014 roku podejmował decyzje co odmowy wypłaty świadczenia, w dniu 27.10.2014 roku pozostawał w opóźnieniu.

W pozostałym zakresie powództwo należało oddalić.

O kosztach procesu orzeczono na zasadzie art. 100 kpc.

Z wyżej wskazanym orzeczeniem nie zgodził się pozwany wywodząc apelację i zaskarżając wyrok w części obejmującej pkt 1,3 i 5. Skarżący zarzucił naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, w tym w szczególności art. 213 § 1, 228 § 1, art. 232 zd.3, art. 233 § 1 i 2 oraz art. 328 § 2 kpc poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę dowodów, wbrew zasadom logiki i doświadczenia życiowego, polegającej na : - wyprowadzeniu z materiału dowodowego, że fakt choroby ubezpieczonej był dla pozwanego prawnie obojętny, przy jednoczesnej konstatacji, że fakt przystąpienia do ubezpieczenia w związku z chorobą wydaje się oczywisty, podczas gdy to właśnie fakt przebywania na zwolnieniu lekarskim ma służyć jako uproszczona analiza stanu zdrowia osoby przystępującej do ubezpieczenia grupowego, czyli stosunku ubezpieczeniowego zawartego przez pozwanego z zazwyczaj większym podmiotem w obrocie gospodarczym na korzystniejszych warunkach (większe sumy ubezpieczenia, niższe składki),

przy zastosowaniu uproszczonej analizy stanu zdrowia ubezpieczonego; - wyprowadzeniu z materiału dowodowego, że każdorazowo zawierane były z ubezpieczonymi (osobami przystępującymi do ubezpieczenia) odrębne umowy, podczas których przedstawiciele ubezpieczającego dopuszczali się błędów i uchybień, za co odpowiedzialny jest pozwany, podczas gdy w obrocie istnieje tylko jedna umowa zawarta z ubezpieczającym, który zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (§ 14 OWU (...), § 15 ust 2 (...) 32) obowiązany jest udostępnić przystępującym do ubezpieczenia ogólne warunki ubezpieczenia wraz z załącznikami. Skarżący zarzucił także rażące naruszenie przepisów prawa materialnego, które miało wpływ na wynik sprawy, a to : - art. 5 kc poprzez jego niezastosowanie, podczas gdy Sąd przyjął, że ubezpieczona przystąpiła do ubezpieczenia właśnie w związku z chorobą, w celu uzyskania świadczeń, a co za tym idzie zataiła chorobę i fakt przebywania na zwolnieniu lekarskim; - art. 65 kc przez błędną wykładnię postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia mających zastosowanie w sprawie, tj. § 14 OWU (...) oraz § 15 ust 2 (...) 32 poprzez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie, polegające na przyjęciu, iż na pozwanym spoczywa obowiązek doręczenia osobom przystępującym do ubezpieczenia ogólnych warunków ubezpieczenia; - art. 808 § 1 kc poprzez jego błędne zastosowanie i przyjęcie, że umowa ubezpieczenia jest zawierana każdorazowo przez ubezpieczonego z pozwanym, podczas gdy stosunek zobowiązaniowy istnieje tylko i wyłącznie pomiędzy pozwanym i ubezpieczającym, a ubezpieczonym przysługuje roszczenie do pozwanego w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o których mowa w art. 808 § 2-4 kc; - art. 385¹ kc poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że uzależnienie przystąpienia do ubezpieczenia od nie pozostawania na zwolnieniu lekarskim jest niedopuszczalnym postanowieniem umownym i nie wiąże strony, podczas gdy Sąd przyjął, że właśnie w związku z chorobą ubezpieczona przystąpiła do ubezpieczenia grupowego i to właśnie fakt przebywania na zwolnieniu lekarskim ma służyć jako uproszczona analiza stanu zdrowia osoby przystępującej do ubezpieczenia grupowego czyli stosunku ubezpieczeniowego zawartego przez pozwanego z zazwyczaj większym podmiotem w obrocie gospodarczym, na korzystniejszych warunkach, przy zastosowaniu uproszczonej analizy stanu zdrowia ubezpieczonego.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty skarżący domagał się zmiany wyroku w zaskarżonym zakresie poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenia na swoją rzecz od powoda kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Odnosząc się do zarzutów apelacji powód domagał się jej oddalenia oraz zasądzenia na swoją rzecz kosztów postępowania odwoławczego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

W ocenie Sądu Okręgowego apelacja pozwanego ostatecznie nie mogła doprowadzić do korekty zaskarżonego orzeczenia, mimo iż część zarzutów w niej zawartych zasługiwała na aprobatę.

W pierwszej jednak kolejności wskazania wymaga, że Sąd Rejonowy prawidłowo ustalił w sprawie stan faktyczny, jako ciąg chronologicznie następujących po sobie zdarzeń, które miały miejsce w określonych okolicznościach. Sąd I instancji wskazał fakty, które uznał za udowodnione i dowody, na których się oparł. Ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Rejonowy nie naruszają reguł wynikających z doświadczenia życiowego i zasad logiki. Zatem ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego Sąd II instancji przyjmuje za swoje, nie znajdując podstaw do ich korygowania.

Nadto podkreślenia wymaga, że stanowisko prezentowane przez pozwanego w niniejszej sprawie, iż E. O. nie była objęta ochroną ubezpieczeniową, gdyż nie przystąpiła skutecznie do umowy ubezpieczenia nie jest trafne. Konsekwencje bowiem przystąpienia do umowy ubezpieczenia osoby, która nie spełnia kryteriów wskazanych w § 8 ust 1 pkt 3 wskazuje ust 5 omawianego przepisu Ogólnych Warunków Grupowego (...) Pracowniczego Typ P (...) (kod (...) 32), który stanowi, że w przypadku ujawnienia, że przed objęciem odpowiedzialnością (...) SA osoba przystępująca do ubezpieczenia podała w oświadczeniu, o którym mowa w ust 3 nieprawdziwe informacje, (...) SA może w okresie pierwszych trzech lat od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego odmówić wypłaty świadczenia. Zatem niewątpliwie żona pozwanego została objęta ochroną ubezpieczeniową, natomiast pozwany skorzystał z uprawnienia wynikającego w wyżej wskazanego unormowania i odmówił spełnienia świadczenia na rzecz uposażonego, tj. powoda.

Odnosząc się do zarzutów apelacji wskazania wymaga, że Sąd Okręgowy podziela stanowisko zaprezentowane przez skarżącego, iż okoliczność dotycząca faktu przebywania ubezpieczonej na zwolnieniu lekarskim może służyć za uproszczoną analizę stanu zdrowia osoby przystępującej do ubezpieczenia grupowego. Oczywistym bowiem jest, że ubezpieczyciel w określonych ramach, może swobodnie kształtować okoliczności uzasadniające odmowę przystąpienia do ubezpieczenia na życie osoby, która w chwili przystąpienia do ubezpieczenia znajduje się w sytuacji zwiększającej ryzyko ubezpieczeniowe. Do takiej także można zaliczyć fakt przebywania na zwolnieniu lekarskim. Okoliczności przywoływane przez Sąd I instancji w tym zakresie nie do końca zasługują na aprobatę. W sytuacji bowiem korzystania ze zwolnienia lekarskiego z powodu błahego schorzenia, po zakończeniu procesu leczenia można bez przeszkód przystąpić do ubezpieczenia grupowego. Natomiast gdy ze zwolnienia lekarskiego korzysta osoba ciężko chora może się zdarzyć, że możliwości takiej nie będzie gdy po okresie zwolnienia lekarskiego osoba taka nie uzyska już zdolności do pracy. Wobec powyższego nie podzielił Sąd II instancji poglądu Sądu Rejonowego, iż uzależnienie przystąpienia do ubezpieczenia od nie pozostawania na zwolnieniu lekarskim stanowi niedopuszczalne postanowienie umowne i jako takie nie wiąże stron.

Trafnie także wskazuje skarżący na naruszenie dyspozycji art. 808 § 1 kc. Istotnie, z ustaleń poczynionych w sprawie wynika, że umowa ubezpieczenia grupowego została zawarta pomiędzy żoną powoda, a ubezpieczającym, którym nie był pozwany. Zgodnie zaś z treścią § 15 Ogólnych Warunków Grupowego (...) Pracowniczego Typ P (...) (kod (...) 32) to ubezpieczający obowiązany był do udostępnienia ubezpieczonemu przed odebraniem od niego deklaracji przystąpienia, obowiązujące ogólne warunki ubezpieczenia wraz z załącznikami. Z kolei ubezpieczyciel ma obowiązek udzielenia ubezpieczonemu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego tylko na żądanie ubezpieczonego (art. 808 § 4 kc, § 16 ust 2 Ogólnych Warunków Grupowego (...) Pracowniczego Typ P (...) (kod (...) 32). Zatem rozważania Sądu I instancji dotyczące nie doręczenia ubezpieczającej ogólnych warunków ubezpieczenia nie zasługują na aprobatę.

Niezależnie jednak od powyższego wyrok Sądu Rejonowego ostatecznie odpowiada prawu. Zgodnie bowiem z treścią art. 5 kc nie można czynić ze swego prawa użytku, który by był sprzeczny ze społeczno – gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub zasadami współżycia społecznego. W kontekście brzmienia tego przepisu rozważenia wymaga czy stanowisko pozwanego sprowadzające się do skorzystania z możliwości odmowy wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia zasługuje na ochronę. Jako to wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 października 2015 roku w sprawie oznaczonej sygn. akt II CSK 831/14 klauzula generalna ujęta w art. 5 kc ma na celu zapobieganie stosowaniu prawa w sposób schematyczny, prowadzący do skutków niemoralnych lub rozmiągających się z celem, dla którego dane prawo zostało ustanowione. Powołany przepis ma wprowadzić charakter wyjątkowy, niemniej przewidziana w nim możliwość odmowy udzielenia ochrony prawnej musi być uzasadniona istnieniem okoliczności rażących i nieakceptowanych w świetle powszechnie uznawanych w społeczeństwie wartości. W ocenie Sądu II instancji taka właśnie sytuacja ma miejsce w niniejszej sprawie. Nie sposób nie zgodzić się ze stanowiskiem Sądu Rejonowego, że praktyka zawierania umów grupowego ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem (...) S.A. była pełna uchybień i to rażących. Trafnie podkreśla Sąd Rejonowy, iż ubezpieczonym bez ich prośby nie wręczano egzemplarzy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, nie informowano ich jakie są przeszkody do objęcia ubezpieczeniem, informacji udzielano tylko jeśli zadawano pytania. W takiej sytuacji osoba przystępująca do ubezpieczenia podpisywała deklarację, i trudno się dziwić, że dokonywała tego bez czytania całej jej treści, gdzie w pkt V.8 drobnym drukiem było zawarte oświadczenie, że nie przebywa na zwolnieniu lekarskim. W tym miejscu nie można nie zauważyć, że także rolą ubezpieczyciela była dbałość o to, by zawieranie na jego rzecz umów odbywało się zgodnie z przepisami prawa i by nie dochodziło do naruszeń, które miały tak daleko idące konsekwencje w sferze praw ubezpieczonych, jak to miało miejsce w niniejszej sprawie. Kwestia ustalenia okoliczności, o których mowa w § 8 ust 1 Ogólnych Warunków Grupowego (...) Pracowniczego Typ P (...) (kod (...) 32) z pewnością uznana być musi za fundamentalną i zaniechanie poinformowania ubezpieczonego w tym zakresie nosi cechy uchybienia o znacznym, a wręcz rażącym nasileniu. Z drugiej strony okolicznością bezsporną było, że ubezpieczona po upływie okresu zwolnienia lekarskiego uzyskiwała zdolność do pracy, tym samym spełniała kryteria, o których mowa we wskazanym wyżej zapisie OWU. Nie byłoby więc przeszkód by w tym okresie żona powoda przystąpiła do grupowego

ubezpieczenia pracowniczego, a po jej śmierci powód – jako uposażony – otrzymał należne mu świadczenie. Powyższe okoliczności doprowadziły Sąd Okręgowy do wniosku, że udzielenie pozwanemu ochrony prawnej polegającej na uznaniu jego prawa do odmowy wypłaty świadczenia byłoby sprzeczne z zasadą zaufania konsumenta do instytucji ubezpieczeniowej.

Zatem roszczenie powoda uznać należało za uzasadnione, co musiało skutkować oddaleniem apelacji, o czym orzeczono w punkcie pierwszym wyroku, stosownie do dyspozycji art. 385 kpc.

Orzeczenie w przedmiocie kosztów postępowania odwoławczego jest konsekwencją rozstrzygnięcia w przedmiocie apelacji. Zatem rozstrzygnięciem zawartym w punkcie drugim wyroku obciążono pozwanego kosztami postępowania wywołanego apelacją, stosownie do dyspozycji art. 98 kpc i art. 108 § 1 kpc oraz § 2 pkt 5 w z § 10 ust 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie.

SSO Roman Troll SSO Lucyna Morys – Magiera SSO Anna Hajda