

Sygn. akt III Ca 255/15

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 kwietnia 2015 r.

Sąd Okręgowy w Gliwicach III Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SO Barbara Braziewicz (spr.)

Sędzia SO Lucyna Morys - Magiera

Sędzia SO Gabriela Sobczyk

Protokolant Marzena Makoś

po rozpoznaniu w dniu 16 kwietnia 2015 r. w Gliwicach na rozprawie

sprawy z powództwa C. W.

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

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Rejonowego w Rybniku

z dnia 5 listopada 2014 r., sygn. akt I C 1159/13

***uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu w Rybniku, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania odwoławczego.***

SSO Gabriela Sobczyk SSO Barbara Braziewicz SSO Lucyna Morys - Magiera

## UZASADNIENIE

Powódka C. W. w pozwie skierowanym przeciwko (...) Towarzystwu (...) S.A. w W. wniosła o ustalenie, że umowa ubezpieczenia "Razem w (...)" potwierdzona polisą nr (...) została zawarta w dniu 1 października 2010r. i zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz kwoty 30.000 zł z ustawowymi odsetkami od 24 października 2010r. oraz kosztów procesu.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Rejonowy w Rybniku dnia 5 listopada 2014r. oddalił powództwo C. W. przeciwko pozwanemu (...) Towarzystwu (...) S.A. w W. i odstąpił od obciążenia powódki kosztami procesu.

Rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego zapadło po ustaleniu, że C. W. zatrudniona była w Biurze (...) Spółce z o.o. w R.. Pracownicy tej spółki ubezpieczeni byli w ramach grupowego (...). Pracodawca jednak postanowił zmienić ubezpieczenia na korzystniejsze. W tym celu asystent zarządu L. W. przeanalizowała rynek ubezpieczeń i przedstawiła dwie ofert prokurentowi A. W.. Ta ostatnia wybrała ofertę (...) Towarzystwa (...) S.A w W. i złożyła pozwanemu Towarzystwu ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia - Plan ubezpieczeniowy z funduszem kapitałowym "Razem w (...)". We wniosku zaproponowano jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia 1 października 2010r. W związku z podjęciem negocjacji z pozwanym poprzednia umowa grupowego ubezpieczenia została wypowiedzenia. Negocjacje z nowym ubezpieczycielem w imieniu zakładu pracy powódki prowadziła

samodzielnie prokurent A. W.. Ona też przygotowała ostateczną dokumentację związaną z nową umową, przy czym w imieniu Biura (...) podpisała ją wiceprezes zarządu R. G.. Z polisy wynika, że odpowiedzialność umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych rozpoczyna się z dniem 7 października 2010r. Zgodnie z postanowieniami OWU Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub miało miejsce w bezpośrednim następstwie skutków chorób lub stanów chorobowych zaistniałych w okresie przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia na życie.

W dniu 5 października 2010r. C. W. została przyjęta na Oddział Okulistyczny "Szpitala pod B. (...)" z powodu odwarstwienia siatkówki. W związku z leczeniem tej przypadłości powódce wykonano witrektomię oka prawego i dwukrotnie witrektomię oka lewego, oraz płukanie komory przedniej oka lewego. W marcu 2011r. lekarz orzecznik ZUS uznał C. W. za osobę trwale, całkowicie niezdolną do pracy. W dniu 24 listopada 2012r. powódka zwróciła się do pozwanego zakładu ubezpieczeń o wypłatę świadczenia z tytułu umowy dodatkowej. Ubezpieczyciel odmówił jego wypłaty podnosząc, że szkoda powstała w wyniku choroby, która miała miejsce jeszcze przed rozpoczęciem obowiązywania umowy ubezpieczenia. Prokurent firmy, w której pracowała powódka, A. W. nie żyje.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie przedłożonych dokumentów, szczegółowo podanych w uzasadnieniu, zeznań świadków. Uznając, w świetle zebranego materiału za wykazane, że ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności Sąd ten pominął wnioski o przeprowadzenie pozostałych dowodów, w szczególności z przesłuchania powódki, jej dokumentacji medycznej i opinii biegłego lekarza okulisty.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał, iż powództwo nie zasługuje na uwzględnienie. Zgodnie z art.805 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. W myśl art.808 k.c. ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. W takiej sytuacji ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej. W omawianej sprawie poza sporem jest, iż stronami umowy grupowego ubezpieczenia byli pracodawca powódki i pozwane Towarzystwo (...), a osobą ubezpieczoną była C. W.. W ocenie Sądu nie budzi wątpliwości także fakt, iż powódka jest osobą trwale niezdolną do pracy na co miało wpływ schorzenie ujawnione 5 października 2010r. Dla wyjaśnienia czy strona pozwana ponosi odpowiedzialność koniecznym było ustalenie od kiedy zaczęła obowiązywać umowa ubezpieczenia, tj. od kiedy pracownicy zostali objęci ochroną ubezpieczeniową. Pracodawca powódki złożył wniosek o zawarcie umowy, który zdaniem Sądu był ofertą. I rzeczywiście zgodnie z art. 811§1 k.c. jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. W tym miejscu należy jednak zauważyć, że umowa grupowego ubezpieczenia nie została zawarta w wyniku złożenia powyższego wniosku, ale poprzedzona została jeszcze negocjacjami prowadzonym w imieniu zakładu pracy przez A. W.. Nikt nie wie czego dotyczyły te rozmowy i jaki był ich efekt. Nie można więc wykluczyć, że warunki oferty, w tym również data rozpoczęcia odpowiedzialności, w wyniku tych negocjacji uległy zmianie. Poza sporem jest, że ostatecznie przygotowana została dokumentacja z datą rozpoczęcia odpowiedzialności 7 październik 2010r. i taka dokumentacja została podpisana przez wiceprezes Spółki. W tej sytuacji zdaniem Sądu nie można przyjąć, że umowa została zawarta "w trybie ofertowym". Pełnomocnik powódki powoływał się nadto na art. 12 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, zgodnie z którym ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. W omawianej sprawie trudno jednak mówić o jakichkolwiek niejasnościach lub niejednoznacznym sformułowaniu odnośnie daty wskazanej w polisie. Trudno uznać też, że wola pracowników co do ciągłości ubezpieczenia ma wpływ na treść lub interpretację umowy negocjowanej i zawartej przez zakład pracy. Wobec powyższego Sąd oddalił powództwo. O kosztach procesu Sąd orzekł po myśli art.102 k.p.c. uznając, że w

omawianej sprawie zachodzą szczególne okoliczności i pomimo przegranej odstąpił od obciążenia strony powodowej kosztami procesu.

Powódka wniosła apelację, w której zaskarżyła wyrok w całości. Zarzuciła Sądowi naruszenie art. 233k.p.c. poprzez przyjęcie, że umowa grupowego ubezpieczenia nie została zawarta w wyniku złożonego wniosku – oferty, ale poprzedzona została negocjacjami prowadzonymi w imieniu ubezpieczającego przez nieżyjącą A. W.; art. 231k.p.c. poprzez ustalenie faktu, którego nie można wywieść z innych ustalonych faktów tj. nie można przyjąć, że żyjąca A. W. prowadziła negocjacje w zakresie ustalenia postanowień umownych; naruszenia prawa materialnego, w szczególności: art. 811k.c., że złożony przez ubezpieczającego wniosek nie jest ofertą; art.805 k.c. poprzez odmowę wypłaty odszkodowania na rzecz powódki; art. 471 k.c. poprzez nie uwzględnienie faktu nie wykonania umowy przez stronę pozwaną. We wnioskach apelacyjnych skarżąca zażądała zmiany zaskarżonego wyroku i zasądzenia od pozwanego na rzecz powódki kwoty 30.000zł z ustawowymi odsetkami od dnia 24 .10.2011r. i zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki stosownych kosztów procesu za dwie instancje, ewentualnie uchylenia zaskarżonego wyroku Sądu Rejonowego i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania.

Pozwany w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych, na poparcie swojego stanowiska przedstawiając obszerną argumentację.

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

Apelacja powódki jest uzasadniona, a zaskarżony wyrok nie można było uznać za prawidłowy i to z przyczyn zarówno podniesionych przez skarżącą jak i branych przez Sąd Odwoławczy z urzędu.

Sąd Rejonowy rozpoznając sprawę dopuścił się uchybień w zakresie zastosowania procedury cywilnej, skutkujących nie rozpoznaniem istoty sprawy. Także zarzuty naruszenia przez Sąd prawa materialnego należało uznać za zasadne.

Nie ulega wątpliwości, iż rozstrzygnięcie Sądu opierać się ma na prawidłowo ustalonej podstawie faktycznej, która następnie określa podstawę prawną rozstrzygnięcia. Tymczasem w niniejszej sprawie Sąd Rejonowy nie przeprowadził niezbędnych dowodów dla należytego wyjaśnienia sprawy, nadto nie zebrał w sposób prawidłowy koniecznego materiału dowodowego do jej rozpoznania. Równocześnie z zebranego w sprawie materiału dowodowego Sąd ten wywiódł nieprawidłowe wnioski. Także nie przeanalizował w sposób wszechstronny i wnikliwy pojawiających się w niej zagadnień. Sąd ten dokonał oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego z przekroczeniem zasady swobodnej oceny dowodów określonej w art.233§1 k.p.c. Zatem częściowo ustalenia Sądu meriti faktyczne i prawne oraz wywiedzione wnioski były nieuprawnione.

Zgodzić się należy ze skarżącą, iż wniosek wywiedziony przez Sąd meriti o prowadzeniu negocjacji przez zmarłą A. W. nie znajduje uzasadnienia nie tylko w zebranych w sprawie materiale dowodowym, ale także jest sprzeczny z zasadami logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego. Przy czym wypada zauważyć, iż Sąd Rejonowy w czynionych ustaleniach jest niekonsekwentny bo z jednej strony twierdzi, iż złożony przez pracodawcę powódki wniosek był ofertą, z drugiej natomiast strony przyjmuje że przedmiotowa umowa nie została zawarta w trybie ofertowym, w wyniku złożonego wniosku, ale w wyniku negocjacji. Przy czym należy zauważyć, iż zdaniem Sądu Rejonowego negocjacje pracodawcy powódki z nowym ubezpieczycielem miały być prowadzone przed skierowaniem wniosku do niego. W takiej sytuacji konsekwencją logiczną przeprowadzonych negocjacji winno być także złożenie zmodyfikowanego w swojej treści wniosku ubezpieczycielowi, co jednak nie nastąpiło. Treść wniosku, w żaden sposób, w szczególności, nie uwzględniała zmiany terminu obowiązywania łączącej strony umowy, co w takiej sytuacji winno mieć miejsce. Powyższe potwierdza, iż żadne negocjacje pomiędzy stronami prowadzone nie były, a zawarcie umowy nastąpiło w trybie ofertowym. Z kolei o ile do negocjacji miałyby dojść po złożeniu przedmiotowego wniosku to winny być one zakończone do dnia 30.09.2010r. ze strony ubezpieczyciela, z uwagi na jednoznaczne i konsekwentne stanowisko pracodawcy powódki chcącego kontynuacji ubezpieczenia pracowników. Zatem wywiedzenie wniosku o prowadzeniu

przez pracodawcę powódki i pozwanego negocjacji przez Sąd meriti było nielogiczne i sprzeczne z doświadczeniem życiowym.

Zgodnie z art.6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Przy czym należy zauważyć, iż reguła dotycząca ciężaru dowodu nie może być pojmowana w ten sposób, że ciąży on zawsze na powodzie. W zależności od rozstrzyganych w procesie kwestii faktycznych i prawnych ciężar dowodu co do pewnych faktów będzie spoczywał na powodzie, co do innych z kolei na pozwanym. Podobna sytuacja będzie istniała w wypadku, gdy z normy szczególnej wynika swoiste uregulowanie ciężaru dowodu. Ciężar dowodu nie jest w zasadzie zależny od pozycji, jaką strona zajmuje w procesie cywilnym, jest więc niezależny od tego, czy jest się powodem czy też pozwanym (por. orz. SN z dnia 3 października 1969 r., II PR 313/69, OSN 1970, poz. 147). W szczególności należy podnieść, iż ciężar dowodu co do okoliczności wyjątkowych obciąża tego, kto z wyjątku tego wyprowadza dla siebie korzyści, także w zakresie zarzutów podnoszonych przez pozwanego zajmuje on rolę powoda i na nim spoczywa ciężar dowodu. Zasadniczo zatem rozkład ciężaru dowodu (art. 6 k.c.) i jego procesowy odpowiednik (art. 232 k.p.c.) nie może być rozumiany w ten sposób, że ciężar dowodu zawsze spoczywa na powodzie. W razie sprostania przez powoda ciężącym na nim obowiązkiem dowodowym, na stronie pozwanej spoczywa ciężar udowodnienia ekscpecji i faktów uzasadniających - jej zdaniem - oddalenie powództwa ( zob. wyrok SA w Gdańsku z 29.05.2014r., III APa 10/14).

Nadto należy zauważyć, iż zgodnie z przepisem art. 385<sup>1</sup> § 4 k.c. ciężar dowodu, że postanowienie umowy zawieranej z konsumentem zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje.

Zatem, mając na uwadze okoliczności niniejszej sprawy, należało uznać, iż stosownie do zasady wynikającej z art. 6 k.c., to na ubezpieczycielu spoczywał ciężar udowodnienia, że strony umowy ubezpieczenia prowadziły negocjacje, bo on z tego faktu wywodził skutki prawne, zatem, iż w wyniku przeprowadzonych negocjacji, a nie w trybie ofertowym, doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia pomiędzy pracodawcą powódki, a pozwanym, z datą inną niż w złożonym wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Zatem to pozwany powinien przedstawić dowody na wykazanie faktu prowadzenia negocjacji z pracodawcą powódki, w postaci dowodów z dokumentów np. przedłożyć notatki sporządzone przez jego przedstawiciela w toku prowadzonych negocjacji, powołać dowód z zeznań świadka, osoby, która ze strony pozwanego brała udział w prowadzeniu negocjacji z pracodawcą powódki. Przy czym trafnie zauważa skarżąca, iż o ile ze strony pracodawcy powódki zmarła A. W. jako prokurent firmy miała upoważnienie do ewentualnego negocjowania warunków umowy, to agent występujący po stronie pozwanego do prowadzenia tego rodzaju rozmów uprawnień nie miał, bowiem prowadzić ze strony ubezpieczyciela negocjacje umów może jedynie zarząd lub osoby posiadające stosowne pełnomocnictwa. Tymczasem pozwany nie wykazał w toku niniejszej sprawy, iż któryś z jego pracowników miał pełnomocnictwo do prowadzeni negocjacji z pracodawcą powódki, czy też, że takie negocjacje prowadził zarząd pozwanego. Także, Sąd Rejonowy, w toku prowadzonego postępowania jednoznacznie nie ustalił, jaki miał być zakres i wynik prowadzonych rozmów pomiędzy pracodawcą powódki a ubezpieczycielem. Skoro zatem Sąd pierwszej instancji sam stwierdził, iż nikt nie wie czego dotyczyły ewentualne rozmowy pomiędzy A. W. a ubezpieczycielem i jaki był ich efekt, to nie można było przyjąć, iż związane były one ze zmianą daty rozpoczęcia obowiązywania umowy ubezpieczenia, wbrew temu, iż zamiarem pracodawcy powódki była kontynuacja i zachowanie ciągłości umowy ubezpieczenia, na co zwracali uwagę wszyscy zeznający w sprawie świadkowie.

Przy czym Sąd Okręgowy zauważa, iż sam fakt zadawania w toku procesu pytań przez pełnomocnika pozwanego o prowadzenie negocjacji przez pracodawcę powódki i ubezpieczyciela nie wykazuje jeszcze faktu prowadzenia przez w/w tego rodzaju negocjacji. Ponadto za negocjacje nie mogły być także uznane zapytania ze strony przedstawicieli pracodawcy powódki o warunki na jakich miałyby dojść do zawarcia umowy ubezpieczenia, zatem działania mające na celu sprawdzenie oferty poszczególnych ubezpieczycieli. Oczywistym jest także, iż wobec śmierci prokurenta pracodawcy powódki, zajmującego się kwestiami ubezpieczenia pracowników w firmie, ten nie był w stanie skutecznie zaprzeczyć, iż nie były prowadzone negocjacje pomiędzy stronami. Jednakże z tego faktu nie można było wywodzić negatywnych skutków dla powódki, bowiem to pozwany w niniejszym postępowaniu winien był wykazać fakt zawarcia umowy ubezpieczenia w drodze negocjacji z pracodawcą powódki w innym terminie niż zaproponowany w złożonej ofercie, czego jednak nie uczynił.

Tym samym w ocenie Sądu Okręgowego rację ma skarżący, iż Sąd meriti naruszył regulację art.231 k.p.c., bowiem w okolicznościach sprawy nie było podstaw do przyjęcia, iż nieżyjąca A. W. prowadziła negocjacje w zakresie ustalenia postanowień umownych z ubezpieczycielem. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego można jedynie wywieść wniosek, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia Biuro (...) sp. z o.o. dokonało analizy występujących na rynku ubezpieczeń grupowych w celu poszukiwania najkorzystniejszej dla swoich pracowników oferty. Analizy tej dokonała asystent zarządu L. W., wynik analizy przedstawiła prokurentowi firmy (...), która dokonała wyboru propozycji pozwanego. Powyższe skutkowało złożeniem w dniu 22.09.2010r. wniosku ubezpieczycielowi podpisanego przez R. G. ze strony pracodawcy powódki i z drugiej strony podpisanego przez przedstawiciela ubezpieczyciela (...) A. S.. Pozwane Towarzystwo wniosek otrzymało w dniu 28.09.2010r. Przy czym we wniosku tym zostały zawarte istotne postanowienie umowy ubezpieczenia, w tym między innymi okres obowiązywania umowy ubezpieczenia, który został wskazany na dzień 1.10.2010r. oraz zakres ubezpieczenia poprzez wskazanie ryzyk ubezpieczeniowych i sum ubezpieczenia. Celem i intencją zmiany grupowego ubezpieczenia było zapewnienie kontynuacji ubezpieczenia oraz korzystniejszych warunków ubezpieczenia. Skoro zatem umowa ubezpieczenia z poprzednim ubezpieczycielem została rozwiązana z dnia 1.09.2010r. to zamiarem pracodawcy powódki było zawarcie umowy z kolejnym ubezpieczyciel najpóźniej z dniem 1.10.2010r. Ubezpieczenie pracowników (...) sp. z o.o. zostało potwierdzone dokumentem ubezpieczeniowym – polisą nr (...). W polisie tej określono dzień rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela na 7.10.2010r., zatem wskazano inny dzień, niż proponowany we wniosku przez pracodawcę powódki tj. 1.10.2010r.

W ocenie Sądu Okręgowego do zawarcia umowy ubezpieczenia pomiędzy pracodawcą powódki, a pozwanym doszło w trybie ofertowym, tym samym, w takiej sytuacji winna mieć zastosowanie regulacja art. 811 k.c., zgodnie z którą, jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. Skoro zatem ubezpieczyciel nie zwrócił uwagi na piśmie ubezpieczającemu, doręczając zmieniony na niekorzyść ubezpieczającego dokument ubezpieczenia (polisę ) zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, także nie wyznaczył mu co najmniej 7-dniowego terminu do zgłoszenia sprzeciwu, to z uwagi na niewykonanie tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego nie były skuteczne, a umowa została zawarta zgodnie z warunkami oferty tzn. obowiązuje od 1.10.2010r. Tym samym należało uznać, iż pozwany zakład ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej powódce od 1.10.2010r.

Zatem, w niższej sprawie zaistniał wyjątek przewidziany w art. 811 k.c., tym samym nie można było uznać, iż umowa ubezpieczenia została zawarta z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia - art. 809§2k.c. Z powyższych względów także należało uznać za zasadny zarzut naruszenia przez Sąd meriti regulacji art. 811 k.c.

Sąd Rejonowy, z uwagi na przyjęte założenia stanowiące podstawę jego rozstrzygnięcia, nie przeprowadził w zasadniczej części postępowania dowodowego. Tym samym nie zbadał do końca podstawy merytorycznej dochodzonego roszczenia, nie rozpoznał istoty sprawy. Zatem także za zasadne należało uznać zarzuty naruszenia regulacji art. 471 k.c. poprzez nieuwzględnienie faktu nie wykonania umowy przez stronę pozwaną. Równocześnie jednak przedwczesnym byłoby wypowiedzanie się, na tym etapie sprawy, czy doszło do naruszenia przez Sąd regulacji art. 805 k.c., skoro nie zbadano w toku sprawy w sposób definitywny czy zaistniał po stronie powódki przewidziany w umowie ubezpieczenia wypadek.

Ponadto wypada zauważyć, iż dokumentacja przedstawiona przez pozwaną do akt sprawy jest niekompletna, a także w sposób prawidłowy niewiarygodna, tym samym nie mogła stanowić podstawy do czynionych ustaleń przez Sąd meriti. Przede wszystkim należy zauważyć, iż do akt dołączono jedynie niewiarygodną kopię i to niekompletną zasadniczego dokumentu w sprawie tj. Ogólnych Warunków Planu Ubezpieczeniowego z Funduszem Kapitałowym „Razem w (...) OWU / (...) (...) (bez części pierwszej strony k.65 akt.) co uniemożliwia jego prawidłową analizę w

powiązaniu z umową ubezpieczenia łączącą pracodawcę powódki z pozwanym. Także do akt dołączono kopię części akt ubezpieczeniowych w sposób nienależyty uwierzytelnioną.

Zatem, zdaniem Sądu Okręgowego, Sąd pierwszej instancji nie rozpoznał istoty sprawy bowiem nie zbadał należycie podstawy merytorycznej dochodzonego roszczenia, nie rozważył całokształtu okoliczności sprawy, zatem nie wniknął w podstawę merytoryczną dochodzonego roszczenia, a w konsekwencji pominął tę podstawę przy rozstrzygnięciu sprawy. Równocześnie Sąd Okręgowy w zaistniałej sytuacji nie mógł przeprowadzić uzupełniającego postępowania dowodowego i wydać orzeczenia reformatoryjnego, bo było to niedopuszczalne, gdyż oznaczałoby pozbawienie strony jednej instancji ( zob. wyrok SN z 23.09.1998r., IICKN 895/97, OSNC 1999, nr 1, poz. 22).

***Z uwagi na wskazane powyżej uchybienia w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji, które doprowadziły w rzeczywistości do nierozpoznania istoty sprawy, Sąd Okręgowy na mocy art. 386 § 4 k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji, pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania zgodnie z art. 108 § 2 k.p.c.***

Rozpoznając sprawę ponownie, Sąd Rejonowy rozpozna zgłoszone przez strony wnioski dowodowe, uzupełni postępowanie w koniecznym zakresie, przeprowadzi prawidłową selekcję dowodów, zgromadzony materiał dowodowy podda wszechstronnej, wnikliwej i starannej ocenie, zgodnej z zasadami logiki, doświadczenia życiowego, po czym dokona ponownych ustaleń faktycznych w oparciu o całokształt zebranego w sprawie materiału dowodowego, z poszanowaniem reguł wynikających z przepisów procedury cywilnej, wypowie się o zastosowanych normach prawa materialnego, nadto orzekając oprze się na koncepcji spójnej wewnętrznie, należycie ją argumentując, ponadto rozstrzygnie również o kosztach postępowania, w tym kosztach postępowania odwoławczego, nadto Sąd stanowisko swe umotywuje stosownie do dyspozycji art. 328 § 2 k.p.c.

SSO Gabriela Sobczyk SSO Barbara Braziewicz SSO Lucyna Morys - Magiera