

Sygn. akt I ACa 192/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 czerwca 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Jarosław Marek Kamiński (spr.)
Sędziowie	:	SA Elżbieta Borowska SA Marek Szymanowski
Protokolant	:	Sylwia Radek - Łuksza

po rozpoznaniu w dniu 6 czerwca 2013 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. A.**

przeciwko **"A." S.A. w W.**

o zapłatę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Białymstoku

z dnia 14 grudnia 2012 r. sygn. akt I C 940/12

I. oddala obie apelacje;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.800 zł tytułem zwrotu części kosztów procesu za instancję odwoławczą.

UZASADNIENIE

A. A. wniósł o zasądzenie od A.w W. kwoty 78.588,09 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 17 listopada 2009 r. Podał, że dochodzona kwota stanowi dalszą część odszkodowania z tytułu uszczerbku na zdrowiu, poniesionego przez niego na skutek wypadku komunikacyjnego, któremu uległ w dniu 18 czerwca 2008 r. Wskazał też, że Sąd Rejonowy w Białymstoku prawomocnym wyrokiem z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie o sygn. akt I C 489/09 zasądził już od pozwanej kwotę 10.965, 78 zł tytułem częściowego odszkodowania.

A. w W. wniosła o oddalenie powództwa, podnosząc m.in., że z dokumentacji szkody nie wynika, jakoby powód doznał urazu narządu wzroku, skutkującego zawężeniem pola widzenia. Wskazała, że brak związku przyczynowego pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym z dnia 18 czerwca 2008 r., a uszkodzeniem narządu wzroku powoda, zwalnia

ubezpieczyciela z odpowiedzialności za wystąpienie tego schorzenia, a tym samym z obowiązku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

W piśmie procesowym z dnia 29 lipca 2011 r. powód rozszerzył powództwo o kwotę 53.001,27 zł, to jest do łącznej kwoty 131.589,36 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 17 listopada 2009 r. Wskazał, że w toku niniejszego postępowania biegła sądowa z zakresu okulistyki wykonała opinię sądowo-lekarską, w której określiła jego uszczerbek na zdrowiu na poziomie 90 %. Z kolei biegły z zakresu ortopedii i traumatologii ustalił uszczerbek w wysokości 2 %. Jego zdaniem istnienie 92% uszczerbku na zdrowiu uzasadniało rozszerzenie powództwa o kwotę 53.001,27 zł.

Wyrokiem z dnia 6 października 2011r. Sąd Okręgowy w Białymstoku zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę 131.589,36 zł z ustawowymi odsetkami: od kwoty 78.588,09 zł od dnia 17 listopada 2009 r., a od kwoty 53.001,27 zł od dnia 9 września 2011 r. oraz orzekł o kosztach procesu.

W wyniku rozpoznania apelacji pozwanego Sąd Apelacyjny w Białymstoku wyrokiem z dnia 9 marca 2010 r. uchylił zaskarżony wyrok w części zasądzającej ponad kwotę 78.588,09 zł z odsetkami od tej kwoty oraz w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu i nieuiszczonych kosztach sądowych, zniósł postępowanie w zakresie dotyczącym rozszerzonego powództwa o kwotę 53.001,27 zł i w tym zakresie przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu w Białymstoku do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego oraz oddalił apelację w pozostałej części.

W uzasadnieniu rozstrzygnięcia uchylającego wyrok Sądu I instancji, podał, że pismo powoda z dnia 29 lipca 2011 r. zawierające zmianę powództwa nie zostało doręczone pozwanemu, a z protokołu rozprawy z dnia 27 września 2011 r. wynika, iż pełnomocnik powoda oświadczył, że popiera powództwo w wersji rozszerzonej, nie precyzując przy tym, o jaką kwotę podwyższa dochodzone roszczenie i nie przytaczając okoliczności faktycznych uzasadniających to żądanie. Sąd Apelacyjny doszedł do konkluzji, że tej treści oświadczenie nie wywołało skutecznej zmiany powództwa, w związku z czym zaskarżony wyrok w opisanej części podlegał uchyleniu, zaś postępowanie w zakresie dotyczącym rozszerzonego powództwa, zniesieniu. Przy ponownym rozpoznaniu sprawy zlecił zbadanie przez Sąd Okręgowy, czy w zakresie rozszerzonego powództwa doszło do skutecznego zawiśnięcia między stronami sporu, a także rozpoznanie wszystkich zarzutów pozwanego podniesionych wobec kwoty rozszerzonego powództwa, w tym zarzutu przedawnienia tego roszczenia.

W związku z doręczeniem w dniu 24 września 2012 r. odpisu pisma zawierającego rozszerzenie powództwa, A.S.A. wniosła o oddalenie powództwa w tej części. Podniosła przy tym zarzut przedawnienia roszczenia, które zostało wniesione do sądu w dniu 9 września 2011 r., a zatem po upływie 3-letniego okresu od zgłoszenia szkody (20 sierpnia 2008 r.). Dodała też, że w stosunku do tego żądania nie został spełniony warunek wypłaty sumy ubezpieczenia określony w pkt 2.2) i pkt 3.2) umowy dodatkowej „ubezpieczenie na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa wskutek (...) oraz w art. 3 ust. 1 lit. b) i ust. 2 lit. b) umowy dodatkowej „ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa NW komunikacyjnego”, w postaci stwierdzenia trwałego inwalidztwa w terminie 180 dni od daty wypadku.

W wyniku ponownego rozpoznania sprawy, Sąd Okręgowy w Białymstoku wyrokiem z dnia 14 grudnia 2012 r. zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę 53.001,27 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 25 września 2012 r.; zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę 12.898 zł tytułem zwrotu poniesionych kosztów procesu; nakazał pobrać od pozwanej na rzecz Skarbu Państwa kwotę 1.448,42 zł tytułem nieuiszczonych wydatków w sprawie.

Orzeczenie to zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

W dniu 18 czerwca 2008 r. A. A., podróżując jako pasażer samochodem marki P. (...) o nr rej. (...), uczestniczył w wypadku komunikacyjnym w okolicy miejscowości R. pod W.. Sprawcą zdarzenia był P. M., który stracił panowanie nad pojazdem, zjechał na pobocze, a następnie uderzył częścią samochodu od strony pasażera w przydrożne drzewo.

Powód, który w chwili zdarzenia siedział na przednim fotelu pasażera i miał zapięte pasy bezpieczeństwa, po wypadku został zabrany przewieziony do Szpitala (...) w G. na Oddział (...).

W chwili wypadku powód miał zawartą z pozwanym ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku – SU – 32.763 zł z dnia 15 maja 1994 r. (dalej I umowa) oraz umowę ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa NW komunikacyjnego, Edycja Specjalna „W drodze” – SU – 150.000 zł z dnia 15 kwietnia 2005 r. (dalej II umowa).

W dniu 22 sierpnia 2008 r. powód zgłosił roszczenie odszkodowawcze z tytułu wiążących strony umów ubezpieczenia. W dniu 5 grudnia 2008 r. pozwana przyznała mu 2.293,41 zł z tytułu I umowy oraz 10.500 zł z II umowy.

W dniu 23 grudnia 2008 r. powód wystąpił z kolejnym roszczeniem, sprecyzowanym pismem z dnia 13 lutego 2009 r., w którym wniósł o przyznanie świadczenia w wysokości 13.432,83 zł z tytułu I umowy oraz w wysokości 61.500 zł z tytułu II umowy w związku ze stwierdzeniem trwałego uszczerbku na zdrowiu na poziomie 48 %. W odpowiedzi pozwana w dniu 17 lutego 2009 r. przyznała mu kwotę 2.293,41 zł w ramach I umowy oraz 10.500 zł z tytułu II umowy.

Kolejne wezwanie powód wystosował pismem z dnia 12 marca 2009 r., domagając się zapłaty kwot: 11.139, 42 zł z tytułu I umowy (ponad wypłacone 4.586,82 zł) oraz 40.500 zł z tytułu II umowy (ponad wypłacone 21.000 zł). W dniu 18 marca 2009 r. pozwana odmówiła wypłaty dalszych świadczeń, utrzymując, że stwierdzone u powoda inwalidztwo na poziomie 14 % jest adekwatne do powstałego ograniczenia sprawności organizmu. Odrzuciła jednocześnie wniosek o wypłatę świadczenia w łącznej wysokości 48 % sumy ubezpieczenia.

W dniu 8 kwietnia 2010 r. powód wniósł do Sądu Rejonowego w Białymstoku pozew o zapłatę kwoty 11.847,82 zł. W trakcie tego postępowania został przeprowadzony dowód z opinii biegłych lekarzy z zakresu ortopedii i traumatologii oraz okulistyki, którzy stwierdzili u powoda trwały uszczerbek na zdrowiu na poziomie 63 %. Wyrokiem z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie I C 489/09 Sąd Rejonowy w Białymstoku zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę 10.965,78 zł tytułem częściowego odszkodowania z odsetkami ustawowymi i kosztami procesu, z czego kwota 1.965,78 zł stanowiła świadczenie z tytułu I umowy, zaś kwota 9.000 zł z tytułu II umowy. Sąd Okręgowy w Białymstoku wyrokiem z dnia 12 marca 2010 r. oddalił apelację pozwanej od tego orzeczenia.

Pismem z dnia 15 marca 2010 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty odszkodowania w kwocie 78.588,09 zł, co łącznie z wypłaconymi świadczeniami odpowiadałoby trwałemu uszczerbkowi na zdrowiu w wysokości 63 %.

Sąd w sprawie dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy celem ustalenia, jakich urazów powód doznał wskutek zdarzenia z dnia 18 czerwca 2008 r., jaki jest procent długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, czy powód jest osobą częściowo lub całkowicie niezdolną do pracy (ewentualnie przez jaki okres), czy schorzenia, które posiada, pozostają w związku przyczynowym z urazem, jakiego doznał w wypadku, jaki był wymiar jego cierpień fizycznych i psychicznych oraz czy schorzenia są wynikiem wypadku, czy schorzeniami samoistnymi.

Biegły z zakresu (...) ustalił, że wskutek wypadku powód doznał stłuczenia głowy z utratą przytomności i wstrząśnieniem mózgu – bez cech trwałego uszkodzenia, uszkodzenia nerwu błotkowego, stłuczenia klatki piersiowej oraz stawu barkowego prawego oraz urazu więzadłowego kręgosłupa szyjnego. Ostatni z urazów doprowadził do długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 2 %. W ocenie biegłego, powód jest jednak osobą zdolną do pracy, zaś nasilenie dolegliwości ze strony kręgosłupa jest niewielkie, a zakres cierpień fizycznych i psychicznych w związku z obrażeniami natury ortopedycznej - minimalny.

Z kolei biegły z zakresu okulistyki M. W. stwierdził, że badania przeprowadzone przez biegłą E. M., która sporządziła opinię na zlecenie Sądu Rejonowego w Białymstoku w sprawie I C 489/09, były prawidłowe i stosowne do posiadanego zaplecza. W związku z zarzutami do tej opinii, dopuszczono dowód z opinii biegłej z zakresu okulistyki I. B., która zdiagnozowała u powoda stan po urazie głowy z utratą przytomności i wstrząśnieniem mózgu w wyniku wypadku komunikacyjnego, niedowład nerwu IV błotkowego po stronie prawej, niewielkie dwojenie przy patrzeniu ku dołowi oraz pourazowe uszkodzenie drogi wzrokowej obu oczu. Objawem tych zmian jest pogorszenie ostrości wzroku, a także

pole widzenia koncentrycznie zwężone w oku lewym do 5 – 10 stopni, zaś w oku prawym niemożliwe do wykonania. W okresie od urazu do dnia badania wystąpiło znaczne pogorszenie widzenia w obu oczach oraz postępuje ograniczenie pola widzenia w obu oczach. Biegła, opierając się na tabelach A., stwierdziła, że trwały uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 90 %. Zdaniem biegłej jest on całkowicie niezdolny do pracy, a schorzenia, na które cierpi, związane są z urazem, jakiego doznał w wypadku.

W tak ustalonym stanie faktycznym, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że zasługuje na uwzględnienie także roszczenie powoda wynikające z rozszerzenia powództwa w piśmie z dnia 29 lipca 2011 r.

Za niezasadny uznał podniesiony przez pozwaną zarzut przedawnienia. Wskazał, że wprawdzie w okolicznościach niniejszej sprawy zastosowanie ma art. 819 § 1 i 2 k.c., zgodnie z którymi roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ubezpieczeniem, tym niemniej zgodnie z art. 819 § 4 k.c., bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

Z okoliczności sprawy wynika zaś, że powód w dniu 22 sierpnia 2008 r. zgłosił roszczenie odszkodowawcze z tytułu łączących strony umów ubezpieczenia, w związku z wypadkiem komunikacyjnym z dnia 18 czerwca 2008 r. Decyzją z dnia 5 grudnia 2008 r. ubezpieczyciel przyznał mu świadczenia w określonej wysokości, przy czym brak jest dowodu potwierdzającego, kiedy decyzja ta została doręczona powodowi.

Dlatego też Sąd przyjął, iż zgłoszenie przez powoda roszczenia w piśmie z dnia 22 sierpnia 2008 r. przerwało przedawnienie biegnące, zgodnie z art. 819 § 2 k.c., od dnia 19 czerwca 2008 r. oraz, że rozpoczęło ono na nowo swój bieg od dnia 5 grudnia 2008 r. (art. 819 § 4 k.c.). Skoro zaś powód w dniu 9 września 2011 r. wniósł do Sądu Okręgowego w Białymstoku pismo, w którym rozszerzył powództwo o dodatkowe 53.001,27 zł, zatem zostało ono wniesione przed upływem terminu przedawnienia, który upływał w dniu 5 grudnia 2011 r.

Ustosunkowując się zaś do roszczenia powoda, zaznaczył, że świadczenia z ubezpieczeń osobowych nie mają charakteru odszkodowawczego, gdyż ich celem nie jest wyrównanie szkody w pojęciu prawa cywilnego, lecz udzielenie poszkodowanemu stosownego zabezpieczenia, którego wysokość nie zależy od rozmiaru wyrządzonej szkody, lecz od umówionej sumy ubezpieczenia. Wysokość, forma i sposób wypłacania świadczeń z tytułu ubezpieczenia osobowego są więc uzależnione od postanowień umowy ubezpieczenia.

Dokonując analizy punktu 3 umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku SU – 32.763 zł z dnia 15 maja 1994 r. oraz umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa NW komunikacyjnego, Edycja Specjalna „W drodze” – SU – 150.000 zł z dnia 15 kwietnia 2005 r., uznał, że warunkiem wypłaty świadczeń w obu wypadkach było odniesienie przez ubezpieczonego fizycznych obrażeń ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wypadku komunikacyjnego, przy czym którekolwiek z tych obrażeń zostało stwierdzone w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku lub wypadku komunikacyjnego i stanowiło bezpośrednią i wyłączną przyczynę częściowego bądź trwałego inwalidztwa.

Za błędną uznał zatem interpretację tych umów dokonaną przez pozwaną, która uzależniała spełnienie warunku wypłaty świadczenia nie od faktu stwierdzenia uszkodzenia ciała powodującego częściowe i trwałe inwalidztwo, ale od wystąpienia określonego procentowo uszczerbku na zdrowiu, stanowiącego konsekwencję ustalonych wcześniej uszkodzeń ciała. Podkreślił, że rozumowanie to jest sprzeczne z brzmieniem łączących strony umów ubezpieczenia, ale również godzi w ich zasadniczy cel, który służy zapewnieniu ubezpieczonemu ochrony na wypadek wystąpienia określonych w umowie zdarzeń.

Dalej Sąd zwrócił uwagę, że w sprawie bezspornym było, iż powód w wyniku wypadku z dnia 18 czerwca 2008 r. doznał stłuczenia głowy z utratą przytomności i wstrząśnieniem mózgu, uszkodzenia nerwu błoczkowego, stłuczenia klatki piersiowej oraz stawu barkowego, skręcenia kręgosłupa odcinka szyjnego oraz ogólnych potłuczeń, a obrażenia

te zostały stwierdzone przed upływem 180 dni od daty wypadku. Z kolei ujawnienie wyższego (na poziomie 63 %), niż dotychczas przyjęty, procentowego uszczerbku na zdrowiu powoda stanowiło podstawę uwzględnienia w znacznej części powództwa o zapłatę przez Sąd Rejonowy w Białymstoku w sprawie I C 489/09. Prawomocny wyrok tego Sądu wiąże strony i inne organy w zakresie, w jakim przesądził o odpowiedzialności pozwanej za uszczerbek na zdrowiu powoda na poziomie 63 %, ale zdaniem Sądu Okręgowego powód zachował prawo do dochodzenia wyższego świadczenia, w związku z ujawnieniem dalej idącego uszczerbku na zdrowiu.

Sąd I instancji powołał się przy tym na opinie biegłych z zakresu ortopedii i traumatologii oraz okulistyki, którzy oszacowali uszczerbek na zdrowiu powoda łącznie na 92 % oraz potwierdzili, że trwałe inwalidztwo pozostaje w bezpośrednim związku z uszkodzeniami ciała, jakich doznał on wskutek wypadku z dnia 18 czerwca 2008 r. Podzielając wnioski płynące z tych opinii, Sąd podkreślił, że zostały one sporządzone przez lekarzy posiadającą fachową, specjalistyczną wiedzę w praktykowanej dziedzinie medycyny, a ich wnioski były jasne, rzeczowe i logiczne.

Mając to na uwadze, ocenił, że dochodzone pozwem roszczenie o zapłatę 53.001,27 zł jest uzasadnione. Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda został ustalony na poziomie 92 %, przy czym dotychczas uzyskał on rekompensatę pieniężną odpowiadającą 63 % stwierdzonego uszczerbku, a zatem do zapłaty pozostała więc kwota stanowiąca 29 % wiążących strony sum ubezpieczenia (29% x (32.763 zł + 150.000 zł) czyli 53.001,27 zł.

O odsetkach orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c., przyjmując ich bieg od dnia 25 września 2012 r., tj. następnego po dniu doręczenia pozwanej pisma zawierającego rozszerzenie powództwa. Zaznaczył przy tym, że z okoliczności sprawy nie wynika, aby powód poza drogą sądową występował do ubezpieczyciela z roszczeniem zapłaty kwoty 53.001,27 zł, co uzasadniałoby przyjęcie wcześniejszej daty, od której należałoby liczyć bieg odsetek ustawowych.

O kosztach procesu w I i II instancji Sąd rozstrzygnął na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 108 § 2 k.p.c. Na mocy art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 k.p.c. obciążył także pozwaną nieuiszczonymi w sprawie wydatkami sądowymi w wysokości 1.448,42 zł.

Wyrok ten zaskarżyły obie strony.

Powód kwestionował rozstrzygnięcie Sądu I instancji w punkcie I wyroku w zakresie ustalenia daty początkowej wymagalności roszczenia i zarzuciła mu naruszenie art. 481 k.c. i art. 817 § 1 i 2 k.c. poprzez błędne ustalenie dnia wymagalności roszczenia i zasądzenie odsetek ustawowych od zasądzonej kwoty od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanej pisma z rozszerzeniem powództwa o kwotę 53.001,27 zł, tj. od 25 września 2012 r. Wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku przez ustalenie daty wymagalności roszczenia oraz rozpoczęcia biegu naliczania odsetek ustawowych z tytułu zwłoki w spełnieniu roszczenia od dnia 1 listopada 2011 r.

Z kolei pozwana zaskarżyła wyrok, w części uwzględniającej powództwo, zarzucając Sądowi I instancji naruszenie:

- art. 805 § 2 ust. 2 k.c. przez nieuwzględnienie istnienia przesłanki zwalniającej ubezpieczyciela z obowiązku świadczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku zdiagnozowanych po 180 dniach od daty wypadku, co bezpośrednio wynika z art. 3 ust. Umowy Dodatkowej „Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci lub Trwałego Inwalidztwa Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku” oraz art. 2 ust. 2 pkt b) Umowy Dodatkowej „Ubezpieczenie na Wypadek Trwałego Inwalidztwa NW Komunikacyjnego”;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez poczynienie ustaleń sprzecznych z zebrany materiał dowodowy i pominięcie tego, że:

a) ani w zgłoszeniu ubezpieczeniowym z dnia 20 sierpnia 2008 r., ani w terminie 3 lat od daty wypadku, powód nie zgłosił roszczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu ponad kwotę 78.588,09 zł,

b) z dokumentacji medycznej nie wynika, iż zawężenie pola widzenia zostało zdiagnozowane w terminie 180 dni od daty wypadku,

c) z ogólnych warunków ubezpieczenia obu umów wynikało, iż ubezpieczyciel jest zobowiązany do świadczenia wyłącznie w przypadku, gdy uszczerbek na zdrowiu będący skutkiem wypadku, stwierdzony został w terminie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

Wnosiła o zmianę wyroku przez oddalenie powództwa w zakresie rozszerzonym albo jego uchylenie i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacje obu stron nie zasługiwały na uwzględnienie.

Ustosunkowując się na wstępie do zarzutów pozwanej zmierzających do wykazania, iż objęte zaskarżonym wyrokiem roszczenie powoda uległo przedawnieniu, wskazać należy, że zgodnie z art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. przy ubezpieczeniu osobowym zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić świadczenie w postaci zapłaty umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Treścią prawa podmiotowego powoda, wynikającego z umów łączących go z pozwanym ubezpieczycielem, było świadczenie w postaci zapłaty określonych sum pieniężnych w przypadku wystąpienia zdarzenia w postaci jego śmierci lub trwałego inwalidztwa. Roszczenie to miało charakter majątkowy i zgodnie z art. 819 § 1 i 2 k.c. przedawniało się z upływem 3 lat od nastąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem [por. np. Z. G., w: A. K. (red.), Kodeks cywilny, t. 3, 2010, s. 908; W. D., w: E. G. (red.), Kodeks..., 2006, s. (...)]. W niniejszej sprawie zdarzeniem objętym ubezpieczeniem, w rozumieniu wymienionego wyżej przepisu, był wypadek komunikacyjny w którym powód doznał obrażeń skutkujących powstaniem inwalidztwa. Od tej daty, tj. od 18 czerwca 2008 r. rozpoczął się bieg przedawnienia roszczeń uposażonych o wypłacenie sumy ubezpieczenia. Należy jednak zauważyć, że w art. 819 § 4 k.c. ustawodawca przyjął szczególne zasady dotyczące przerwy okresu przedawnienia. Zgodnie z tym przepisem, bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się bowiem także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. W orzecnictwie przyjmuje się, że art. 819 § 4 k.c. rozróżnia materialną czynność jaką jest zgłoszenie zakładowi ubezpieczeń roszczenia, od czynności faktycznej jaką jest zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Dokonanie tej drugiej - w świetle nie budzącego wątpliwości brzmienia tego przepisu - także przerywa bieg przedawnienia roszczeń wynikających ze zgłoszonego zdarzenia (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 9 sierpnia 2005 r. IV CK 157/2005 LexPolonica nr 1632087 oraz z dnia 21 maja 2009 r. V CSK 444/2008).

Oznacza to, że już sama czynność zgłoszenia przez powoda zaistnienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem (pismo z dnia 20 sierpnia 2008 r.), przerwała bieg terminu przedawnienia i bieg ten rozpoczął się na nowo od dnia 5 grudnia 2008 r., tj. daty, w której pozwany zakład ubezpieczeń wydał decyzję o przyznaniu świadczenia w łącznej kwocie 12.793,41 zł. Trzyletni termin przedawnienia z art. 819 § 1 k.c. upływał więc 6 grudnia 2011 r., a pismo rozszerzające roszczenia pozwu o kwotę 53.001,27 zł zostało wniesione przez powoda w dniu 9 września 2011 r., a więc przed upływem trzech lat liczonych od 5 grudnia 2008 r. Oznacza to, że wbrew zarzutom pozwanego, roszczenie powoda również w tej części nie było przedawnione w dacie wniesienia pisma do sądu.

Wbrew zarzutom pozwanej, Sąd Okręgowy nie dopuścił się także naruszenia pozostałych przepisów powołanych w apelacji. Wszystkie istotne dla sprawy okoliczności zostały wyjaśnione, w szczególności Sąd ten prawidłowo ustalił zaistniały stan faktyczny i wyciągnął zeń słuszne wnioski, sprowadzające się do stwierdzenia, iż miało miejsca zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, a więc na pozwanym ciąży obowiązek wypłacenia powodowi umówionego świadczenia.

W tym miejscu zaznaczyć także należy, że naruszenie prawa materialnego (przez błędną wykładnię) polega na mylnym rozumieniu treści określonego przepisu. Uzasadnieniem zarzutu naruszenia prawa materialnego - niezależnie od zarzucanej postaci naruszenia - nie może być natomiast kwestionowanie dokonanych przez Sąd I instancji ustaleń faktycznych, przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia. W związku z tym wskazać należy, że Sąd Okręgowy dokonał

prawidłowej wykładni art. 805 § 1 i 2 k.c. Przepis ten stanowi, że przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Przepis nie określa zatem rodzaju wypadku powodującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, pozostawiając tę kwestię umowie. W doktrynie przyjmuje się, że wypadkiem ubezpieczeniowym jest zdarzenie losowe będące następstwem bądź przypadkowego zbiegu okoliczności (np. zderzenie samochodów), bądź zrealizowania się określonego niebezpieczeństwa (np. pożar, deszcz nawalny, uderzenie pioruna), bądź też konieczności, której terminu nastąpienia nie można przewidzieć (np. śmierć). Samo zdarzenie losowe musi być wyraźnie w umowie określone i to właśnie wyraźnie określone zdarzenie musi być źródłem szkody. Zwrócić należy tu uwagę, że apelacja pozwanego nie zarzuca naruszenia prawa materialnego przez błędną wykładnię czy niewłaściwe zastosowanie art. 65 k.c., zatem nie jest kwestionowana dokonana przez Sąd I instancji interpretacja zawartej przez strony umowy. Ustalenie natomiast treści umowy, w tym jakie wypadki ubezpieczeniowe były nią objęte, stanowi element stanu faktycznego sprawy.

Zdarzenia losowe stanowiące wypadek ubezpieczeniowy, łączące strony umowy określały poprzez odwołanie się do treści Umowy Dodatkowej „Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci lub Trwałego Inwalidztwa Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku” oraz Umowy Dodatkowej „Ubezpieczenie na Wypadek Trwałego Inwalidztwa NW Komunikacyjnego”.

Z treści art. 3 ust. Umowy Dodatkowej „Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci lub Trwałego Inwalidztwa Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku” wynikało, że Towarzystwo wypłaci część sumy ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony odniósł obrażenia fizyczne na skutek nieszczęśliwego wypadku i choćby jedno z wymienionych uszczerbków na ciele (m.in. utrata wzroku) stwierdzony został w terminie 180 dni od daty wypadku. Z kolei art. 2 ust. 2 pkt b) Umowy Dodatkowej „Ubezpieczenie na Wypadek Trwałego Inwalidztwa NW Komunikacyjnego” uzależniał wypłatę sumy ubezpieczenia, jeżeli fizyczne obrażenia ciała powodujące całkowite i trwałe inwalidztwo zostały stwierdzone w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego w wypadku doznania przez ubezpieczonego

Tymczasem skarżąca, powołując się na w/w zapisy umów, prezentowała stanowisko, zmierzające do obalenia zasadności roszczenia powoda, wyrażając pogląd, że z okoliczności niniejszej sprawy wynika, iż zaistniały przesłanki wyłączające obowiązek świadczenia, gdyż uszczerbek na zdrowiu powoda w postaci zawężenia pola widzenia, został zdiagnozowany już po upływie 180 dni od daty wypadku.

Z dokonanych w sprawie ustaleń wynika natomiast, że źródłem szkody był wypadek komunikacyjny z dnia 18 czerwca 2008 r. i bez wątpienia to zdarzenie losowe zostało objęte ochroną ubezpieczeniową w zawartych przez strony umowach. Nie było również kwestionowane, że uszkodzenia narządu wzroku powoda pozostają w związku z obrażeniami głowy doznanymi w tym wypadku, jak również, że mają charakter trwałego inwalidztwa. Na obecnym etapie postępowania, kwestią sporną było zatem określenie, w którym momencie ujawnione zostały obrażenia fizyczne w obrębie narządu wzroku poszkodowanego.

W tym miejscu zaznaczyć należy, że w umowach ubezpieczenia pozwana zobowiązała się wypłacić powodowi określone świadczenie w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie. Omawiane zapisy umowne uzależniały powstanie obowiązku wypłaty ubezpieczenia od stwierdzenia powstania fizycznych obrażeń ciała (Umowa Dodatkowa „Ubezpieczenie na Wypadek Trwałego Inwalidztwa NW Komunikacyjnego”) oraz uszczerbku na ciele w postaci utraty wzroku (Umowa Dodatkowa „Ubezpieczenie na Wypadek Śmierci lub Trwałego Inwalidztwa Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku”). Z okoliczności niniejszej sprawy wynika zaś, że A. A. na problemy w obrębie narządu wzroku, uskarżał się w zasadzie już bezpośrednio po wypadku, a w piśmie z dnia 20 sierpnia 2008 r. zawierającym zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem (k. 68 – 69), jako skutki wypadku wskazał m.in. zaburzenia widzenia. Także z historii choroby powoda, pochodzącej z Wojewódzkiej Przychodni (...) (k. 82), wynika, że zdiagnozowano u niego „zaburzenia widzenia”. Choć taki lakoniczny zapis nie wskazuje, na czym polegały owe zaburzenia, to jednak nie wyklucza, że dotyczył on zawężenia pola widzenia. Ponadto pozwala na przyjęcie, że w ciągu 180 dni od daty wypadku komunikacyjnego u A. A. stwierdzono powstanie „fizycznych obrażeń ciała” oraz „uszczerbku na ciele w postaci częściowej utraty wzroku”. Potwierdzeniem tego, że pozwana posiadała wiedzę o będących skutkiem wypadku problemach powoda z widzeniem, jest także skierowanie A. A., pismem z dnia 13 stycznia 2009 r., na konsultację

medyczną z udziałem okulisty (k. 113). Badanie to zostało przeprowadzone w dniu 27 stycznia 2009 r. i stwierdziło zawężenie pola widzenia.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, powyższe pozwala na przyjęcie, że skoro bezspornym jest, że zaistniało zdarzenie losowe w postaci wypadku komunikacyjnego, w wyniku którego powód doznał m.in. obrażeń skutkujących znaczną utratą wzroku, a obrażenia w obrębie narządu wzroku zostały wykryte w okresie krótszym niż 180 dni od daty o wypadku, zatem z mocy art. 805 § 1 i 2 pkt 2 k.c. pozwana zobowiązana była do zapłaty części sumy ubezpieczenia, odpowiadającego ustalonemu w procentach trwałemu inwalidztwu powoda. Zaznaczyć także trzeba, że zapisy Umów Dodatkowych, na które powołuje się skarżący, mówią jedynie o stwierdzeniu obrażeń powodujących utratę (częściową lub całkowitą) wzroku, nie wymagają jednak, aby w zakreślonym terminie stwierdzono także na czym dokładnie (poza utratą widzenia) polega wykryty uszczerbek.

W orzecznictwie zdecydowanie dominuje stanowisko, że ubezpieczyciel - jako profesjonalista oraz autor warunków ubezpieczenia - ma obowiązek sformułować je precyzyjnie, a w razie niejasności czy wątpliwości co do poszczególnych postanowień, należy je interpretować na korzyść ubezpieczającego. Byłoby bowiem sprzeczne z zasadami współzycia społecznego, by niekorzystne konsekwencje wadliwej i niedbałej redakcji tych postanowień owu obciążały ubezpieczających (por. wyrok SN z dnia 2 września 1998 r. III CKN 605/97). Umowa ubezpieczenia pełni bowiem funkcję ochronną i przy wykładni jej postanowień, jak również postanowień wzorca umowy ustalonego przez ubezpieczyciela, nie można tracić z pola widzenia ich zasadniczego celu. Innymi słowy, postanowienia umowy i postanowienia umów ubezpieczenia nie powinny być interpretowane w sposób oderwany od ich natury i funkcji. Skoro zatem umowy ubezpieczenia, zawarte przez powoda z pozwaną, miały zabezpieczać uprawnionego m.in. przed utratą wzroku wywołaną wypadkiem komunikacyjnym, to przy dokonywaniu wykładni postanowień tych umów, ich zasadniczy cel oraz funkcja powinny być koniecznie uwzględnione. Nie można zatem aprobować wykładni pozwalającej na odmowę wypłaty świadczenia w sytuacji, w której stwierdzono, że w wyniku obrażeń doznanych w wypadku doszło do obrażeń w narządzie wzroku uszkodzowanego, polegających na ograniczeniu widzenia, ale zapis o tym, że polega ono na koncentrycznym zawężeniu pola widzenia, pojawił się w dokumentacji medycznej lekarskiej dopiero po 180 dniach od wypadku.

Wobec powyższego zarzuty postawionej w apelacji pozwanej okazały się niezasadne.

Na uwzględnienie nie zasługiwała także apelacja powoda.

Niewątpliwym jest, iż stosownie do treści art. 481 § 1 k.p.c., odsetki należą się za cały czas opóźnienia, poczynając od dnia wymagalności długu. Problematyka oznaczenia daty wymagalności odsetek nastrocza wiele trudności w konkretnych stanach faktycznych i często decyduje o tym tytuł i charakter świadczenia pieniężnego, dla którego odsetki pozostają należnością uboczną. Jest to zagadnienie wywołujące zarówno w judykaturze jak i w doktrynie sporo kontrowersji. Datę wymagalności odsetek łączy się m.in. z datą: wezwania do zapłaty długu, wyrokowania, uprawomocnienia się orzeczenia, wymagalności odszkodowania.

Sąd Apelacyjny, w okolicznościach niniejszej sprawy, skłania się ku stanowisku wyrażonemu przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 czerwca 2010 r. (III CSK 308/09, LEX nr 852671), zgodnie z którym warunkiem istnienia stanu opóźnienia dłużnika w spełnieniu świadczenia pieniężnego jest to, aby dłużnik znał treść obowiązku, jaki ma spełnić (wysokość świadczenia pieniężnego) względnie czynniki, które pozwalają ustalić wysokość tego świadczenia. Jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, to dłużnik powinien spełnić świadczenie niezwłocznie po wezwaniu (art. 455 k.c.). W wypadku opóźnienia dłużnika wierzyciel jest uprawniony do odsetek od nieterminowo spełnionego świadczenia pieniężnego. Jeżeli zatem strona pozwana została wezwana do zapłaty dodatkowej sumy 53.001,27 zł poprzez doręczenie jej odpisu pisma procesowego, zawierającego rozszerzenia powództwa o tę kwotę, a jego żądanie było wówczas usprawiedliwione i ustalenie jego wysokości nie nastroczało zbytnich trudności, to oznacza, że strona pozwana pozostawała w opóźnieniu z zapłatą od dnia doręczenia jej odpisu pozwu (por. wyrok Sądu Najwyższego z 22 lutego 2007 r. I CSK 433/2006 LexPolonica nr 1909786; wyrok Sądu Najwyższego z 17 listopada 2006 r. V CSK 266/2006 LexPolonica nr 1009723).

Z powyższych względów, za zasadne należało uznać przyjęcie przez Sąd I instancji stanu opóźnienia od dnia następującego po dacie otrzymania przez pozwanego pisma z dnia 29 lipca 2011 r. (24 września 2012 r.), rodzącego po jego stronie obowiązek wypłaty dalszych kwot, wynikających z łączących strony umów ubezpieczenia.

Z wyżej wymienionych względów, zarówno apelacja powoda, jak i pozwanego, nie mogły odnieść oczekiwanych przez skarżących skutków i podlegały oddalaniu, o czym Sąd Apelacyjny orzekł w oparciu o przepis art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego postanowiono na mocy art. 98 k.p.c. i art. 108 § 1 k.p.c. oraz § 6 pkt 2 i 6 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1349) i § 6 pkt 2 i 6 w zw. z § 13 ust. 1 pkt 2) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz zasad ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1348 z późn. zm.).