

Sygn. akt I Ca 96/14

I Cz 86/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 maja 2014 r.

Sąd Okręgowy w Tarnowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Wiesław Zachara
Sędziowie:	SSO Edward Panek (spr.) SSO Mariusz Sadecki
Protokolant:	sekretarz sądowy Paweł Chrabąszcz

po rozpoznaniu w dniu 8 maja 2014 r. w Tarnowie

na rozprawie

sprawy z powództwa L. N.

przeciwko Towarzystwu (...) S.A. w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Rejonowego w Tarnowie

z dnia 18 listopada 2013 r., sygn. akt I C 1087/13

oraz na skutek zażalenia strony pozwanej

na rozstrzygnięcie o kosztach postępowania

zawarte w wyroku Sądu Rejonowego w Tarnowie

z dnia 18 listopada 2013 r., sygn. akt I C 1087/13

1. **oddala apelację;**
2. **oddala zażalenie;**
3. **odstępuje od obciążania powoda kosztami postępowania apelacyjnego.**

UZASADNIENIE

Powód L. N. w pozwie skierowanym przeciwko Towarzystwu (...) S.A. domagał się zasądzenia na swoją rzecz kwoty 13.554,26 zł tytułem świadczenia z zawartej umowy grupowego ubezpieczenia wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 13 grudnia 2011 roku do dnia zapłaty.

Uzasadniając powyższe żądanie powód wskazał, iż w 2010 roku zawarł z (...) Bank S.A. umowę pożyczki, którą ubezpieczył w Towarzystwie (...) S.A. na wypadek śmierci lub poważnego zachorowania uniemożliwiającego podjęcie pracy.

Podniósł, iż w miesiącu wrześniu 2010 roku stwierdzono u niego cukrzycę, co z kolei spowodowało chorobę depresyjną uniemożliwiającą podjęcie pracy. Mimo powyższego spłacał pożyczkę, a jako osoba niezdolna do pracy zgłosił stosowny wniosek do ubezpieczyciela za pośrednictwem banku. Ubezpieczyciel odmówił jednak wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego, co w konsekwencji doprowadziło do wypowiedzenia umowy pożyczki i skierowania sprawy z wniosku (...) Bank S.A. do egzekucji komorniczej po nadaniu przez Sąd klauzuli wykonalności bankowemu tytułowi wykonawczemu.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana Towarzystwo (...) S.A. w W. wniosła o oddalenie powództwa w całości, a także o zasądzenie kosztów postępowania.

Pozwany zarzucił brak legitymacji czynnej powoda do dochodzenia przedmiotowego roszczenia. Wskazał, że ze złożonego przez powoda oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia wynika, iż określił on (...) Bank S.A. jako osobę uprawnioną do otrzymywania świadczenia w razie śmierci, inwalidztwa lub poważnego zachorowania. Tak więc osobą uprawnioną do występowania w niniejszej sprawie jest (...) Bank S.A.

Dalej pozwany wywodził, iż jednostki chorobowe wskazane przez powoda mające wpływ na powstanie zobowiązania pozwanego takie jak cukrzyca, czy depresja nie mieszczą się w definicji inwalidztwa ani też poważnego zachorowania. Zatem powód nie wykazał ziszczenia się przesłanek warunkujących odpowiedzialność pozwanego, stosownie do znajdującej zastosowanie w niniejszej sprawie umowy ubezpieczenia.

Wyrokiem dnia 18 listopada 2013 roku Sąd Rejonowy w Tarnowie oddalił powództwo i odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu.

Wydając tej treści rozstrzygnięcie Sąd Rejonowy poczynił następujące ustalenia faktyczne :

Pozwanego, tj. Towarzystwo (...) S.A. z (...) Bankiem S.A. łączyła umowa ubezpieczeniowa zawarta w dniu 11 lutego 2004 roku, której przedmiotem było ubezpieczenie na wypadek śmierci lub czasowej niezdolności do pracy wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku kredytobiorcy zaciągającego kredyt w (...) Banku S.A.

Z zapisów przedmiotowej umowy wynikało, iż ubezpieczający, tj. (...) Bank S.A. działa wobec strony pozwanej we własnym imieniu, na rzecz kredytobiorców, którzy po objęciu ubezpieczeniem stają się ubezpieczonymi.

Powód L. N. w dniu 25 stycznia 2010 roku zawarł umowę pożyczki z (...) Bank S.A. na kwotę 17.756,54 zł.

Strony w § 1 pkt 9 w/w umowy ustaliły, iż zabezpieczeniem umowy będzie ubezpieczenie z tytułu śmierci, inwalidztwa i medical assistance oraz poważnego zachorowania w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) Bankiem S.A. a pozwanym, tj. Towarzystwem (...) S.A.

Powód L. N. zawierając umowę pożyczki złożył oświadczenie, iż przystępuje jako ubezpieczony (pożyczkobiorca) do umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) Bankiem S.A. a pozwanym na warunkach zaoferowanego ubezpieczenia zbiorowego. W treści umowy pożyczki wskazał on, iż osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń z przedmiotowej umowy jest (...) Bank S.A.

W dacie zawarcia przez powoda umowy pożyczki z (...) Bankiem S.A. powód otrzymał dokumenty związane z ubezpieczeniem, w tym między innymi wyciąg z ogólnych warunków umowy ubezpieczenia. Potwierdził to poprzez złożenie podpisu.

L. N. w dniu 21 września 2010 roku złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu zawartej umowy grupowego ubezpieczenia na życie dotyczącego pożyczki zaciągniętej przez powoda w (...) Bank S.A. powołując się na niezdolność zarobkowania. Powód wskazał, iż cierpi na cukrzycę, a także depresję. Ponadto dodał, że decyzją z dnia 26 kwietnia 2011 roku został zaliczony do stopnia niepełnosprawności umiarkowanego. Przedmiotowe orzeczenie obowiązuje do dnia 31 sierpnia 2014 roku, a ustalony stopień niepełnosprawności datuje się od czerwca 2009 roku.

Strona pozwana po przeanalizowaniu wniosku powoda, wskazała, iż zgłoszone roszczenie związane jest ze schorzeniem, które nie spełnia definicji poważnego zachorowania w ramach zawartej umowy ubezpieczenia i odmówiła wypłaty odszkodowania.

Ponowny wniosek powoda z dnia 29 grudnia 2010 roku o wypłatę roszczenia z tytułu poważnego zachorowania został również rozpatrzony odmownie.

Zakresem odpowiedzialności Towarzystwa (...) S.A. jest zgon, inwalidztwo, a w odniesieniu do osób prowadzących własną działalność gospodarczą i osób uzyskujących dochody z tytułu umów cywilnoprawnych - czasowa niezdolność do pracy. Z kolei w odniesieniu do osób nieaktywnych zawodowo - poważne zachorowanie ubezpieczonego.

Z ogólnych warunków ubezpieczenia wynika, iż inwalidztwo to trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, w rezultacie którego ubezpieczony utracił bezterminowo zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz jest trwale i całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji.

Poważne zachorowanie ubezpieczonego polega natomiast na wystąpieniu objawów choroby lub chorób szczegółowo zdefiniowanych przez pozwanego w warunkach ubezpieczenia.

Powód utrzymuje się z emerytury, która obecnie zajęta jest przez komornika. Po potrąceniu pozostaje mu kwota w wysokości 900 zł. Samodzielnie pokrywa koszty leków, diety cukrzycowej, rehabilitacji, a także mediów. Posiada on zadłużenie w (...) Sp. z o.o., którego spłata obecnie rozłożona jest na raty.

Powód zaprzestał spłacania pożyczki z uwagi na swój stan zdrowia.

W maju 2013 roku powód zainicjował postępowanie przeciwko (...) Bank (...) S.A. składając pozew o pozbawienie tytułu wykonawczego wykonalności.

Przedmiotowe postępowanie wobec cofnięcia przez powoda pozwu - postanowieniem Sądu Rejonowego w Tarnowie z dnia 14 maja 2013 roku - zostało umorzone.

W takim stanie faktycznym sprawy Sąd Rejonowy uznał, że powództwo podlegało oddaleniu z przyczyn wskazanych przez stronę pozwaną w odpowiedzi na pozew.

W pierwszej kolejności Sąd I instancji za zasadny uznał zarzut braku legitymacji czynnej po stronie powoda.

Sąd Rejonowy zwrócił uwagę, iż powód składając pozew pominął treść swojego oświadczenia, w którym jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczeń w razie śmierci, inwalidztwa i poważnego zachorowania wskazał (...) Bank S.A.

Następnie Sąd I instancji wyjaśnił szczegółowo pojęcie legitymacji procesowej oraz odwołując się do zapisów umowy generalnej ubezpieczenia na wypadek śmierci lub czasowej niezdolności do pracy wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku kredytobiorców zaciągających pożyczkę w (...) Banku S.A. z dnia 11 lutego 2004 roku wskazał, iż uposażonym jest osoba wyznaczona przez ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie w razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Zgodnie z § 12 ust. 1, 2 i 3 umowy generalnej ziszczenie się zdarzeń ubezpieczeniowych na warunkach tejże umowy powoduje wypłatę świadczenia w odpowiedniej wysokości właśnie na rzecz uposażonego.

Na tej podstawie Sąd Rejonowy uznał, iż powód nie posiada legitymacji do dochodzenia roszczeń z tytułu przystąpienia do umowy generalnej, skoro to (...) Bank S.A. jako uposażony jest jedynym podmiotem uprawnionym do formułowania roszczeń w przypadku ziszczenia się zdarzeń ubezpieczeniowych.

Już zatem z tych powodów powództwo nie mogło zostać uwzględnione.

Niezależnie od tego Sąd Rejonowy ocenił zasadność żądania z punktu widzenia przedmiotu ochrony ubezpieczeniowej i doszedł do wniosku, że nie ziszczyły się warunki odpowiedzialności pozwanego określone w umowie ubezpieczenia.

Sąd zauważył, iż powód jako jednostki chorobowe mające mieć wpływ na uaktualnienie się zobowiązania pozwanego wskazał: cukrzycę oraz chorobę depresyjną. Tymczasem ani cukrzyca, ani choroba depresyjna nie mieszczą się w definicji inwalidztwa, czy też poważnego zachorowania.

Zgodnie zaś z § 2 ust. 2 pkt 4 umowy generalnej czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego objęta jest odpowiedzialnością pozwanego jedynie w odniesieniu do osób prowadzących własną działalność gospodarczą i osób uzyskujących dochody z tytułu umów cywilnoprawnych. Tymczasem powód nie wykazał, aby w chwili zawierania umowy pożyczki i przystępowania do umowy ubezpieczenia osiągał przychody w jeden z w/w sposobów, stąd przypadłości, na które się powołuje (cukrzyca, choroba depresyjna) należy rozpatrywać wyłącznie w odniesieniu do zdarzeń takich jak: inwalidztwo i poważne zachorowanie ubezpieczonego.

Sąd Rejonowy wyjaśnił jak należy w świetle zapisów § 1 ust. 1 pkt 10 umowy generalnej rozumieć inwalidztwo. Otóż jest nim trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, w rezultacie którego ubezpieczony utracił bezterminowo zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz jest trwale i całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji.

I w tym przypadku – w ocenie Sądu – powód nie udowodnił tak rozumianego inwalidztwa, powołując się jedynie na umiarkowany stopień niepełnosprawności, który jak wynika z dołączonego do pozwu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności datuje się od czerwca 2009 roku, podczas gdy zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 7 umowy generalnej zdarzenie ubezpieczeniowe, aby kwalifikowało się do udzielania ochrony ubezpieczeniowej, musi zajść w okresie odpowiedzialności pozwanego.

Ponieważ umiarkowaną niepełnosprawność powoda datuje się od czerwca 2009 roku, a umowę pożyczki zawarto w dniu 25 stycznia 2010 roku, to oczywistym jest, iż umiarkowana niepełnosprawność powoda wystąpiła już przed

przystąpieniem do ubezpieczenia. Dodatkowo Sąd I instancji podniósł, iż z orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wynika, że powód nie wymaga stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. W konsekwencji nie jest on trwale i całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji.

Jak już wyżej sygnalizowano Sąd I instancji uznał również, że cukrzyca oraz choroba depresyjna nie spełniają wymagań definicji poważnego zachorowania ubezpieczonego, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 13 umowy generalnej. Umowa jako poważne zachorowanie traktuje – między innymi: złośliwą chorobę nowotworową, zawał serca, całkowitą utratę wzroku, stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym. Ponadto w/w jednostki chorobowe muszą pojawić się w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, a ubezpieczony musi pozostawać przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wreszcie Sąd Rejonowy podał, iż stosownie do treści § 11 ust. 2 pkt 2 oraz ust. 3 pkt 2 umowy generalnej, pozwany jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu inwalidztwa lub poważnego zachorowania, jeżeli inwalidztwo lub poważne zachorowanie nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio w wyniku odpowiednio:

- encefalopatii, nerwic, choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych ubezpieczonego oraz ich skutków - w odniesieniu do inwalidztwa,
- chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD - 10 - w odniesieniu do poważnego zachorowania.

Oznacza to – zdaniem Sądu - że stan wypełniający definicję inwalidztwa lub jednostki chorobowe zdefiniowane jako poważne zachorowanie nie stanowią podstawy do wypłaty odszkodowania, jeżeli są wynikiem chorób psychicznych, wśród których znajduje się choroba depresyjna.

Rozstrzygając o kosztach procesu, Sąd Rejonowy zastosował przepis art. 102 k.p.c. Otóż mając na uwadze specyficzny charakter roszczenia dochodzonego w niniejszym postępowaniu, które ma charakter uznaniowy oraz przekonanie powoda co do spełnienia warunków wynikających z umowy ubezpieczenia jak i stan zdrowia powoda i trudną jego sytuację materialną, Sąd uznał, że zachodzi wypadek wyjątkowy uzasadniający odstąpienie od zasady wyrażonej w przepisie art. 98 k.p.c.

Powyższy wyrok zaskarżył w całości apelacją powód L. N. domagając się jego zmiany i uwzględnienia w całości żądania pozwu.

W uzasadnieniu do powyższego środka odwoławczego skarżący podniósł, iż Sąd I instancji w ogóle nie uwzględnił jego stanowiska wyrażonego w pismach procesowych oraz w złożonych zeznaniach w charakterze strony, lecz oparł się wyłącznie na zastrzeżeniach zgłoszonych przez stronę pozwaną, których nie można podzielić.

Apelujący odnosząc się do poglądu Sądu I instancji o braku po jego stronie legitymacji czynnej, podniósł, iż to nie on wybierał podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia, lecz bank oraz ubezpieczyciel.

Powód nie podzielił twierdzeń zawartych w uzasadnieniu do zaskarżonego orzeczenia, jakoby stopień niepełnosprawności miał zaistnieć w czerwcu 2009 roku, w sytuacji gdy do wydania orzeczenia doszło w dniu 28 kwietnia 2011 roku, przy uwzględnieniu schorzeń, które ujawniły się pod koniec 2010 roku.

Nade wszystko jednak apelujący zaprzeczył, by miał możliwość zapoznania się z warunkami umowy ubezpieczenia w chwili podpisywania umowy pożyczki. Powód podał, iż wyciąg z umowy ubezpieczenia został mu doręczony dopiero przy odpowiedzi na pozew. Na kserokopii tegoż wyciągu brak jest podpisów stron,

w tym jego podpisu , co może rodzić wątpliwość , czy strony umowy nie dodały pewnych postanowień .

Apelujący zgłosił także zastrzeżenia do sposobu przyjęcia oświadczenia o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia . W uznaniu powoda w § 4 pkt 6 umowy pożyczki powinien być jego podpis , ewentualnie podpis winien znaleźć się pod całością oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia , podczas gdy podpis powoda widnieje pod całością postanowień umowy pożyczki .

Nadto skarżący nie zgodził się ze stwierdzeniem Sądu , iż zapisy § 4 umowy pożyczki stanowią deklarację powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia , skoro

§ 18 umowy stanowi , że załącznikiem stanowiącym integralną część umowy jest deklaracja , której nigdy nie podpisywał .

Z kolei strona pozwana złożyła zażalenie na rozstrzygnięcie o kosztach procesu zawarte w wyroku z dnia 18 listopada 2013 roku .

W zażaleniu strona pozwana zarzuciła naruszenie przepisu art. 102 k.p.c. poprzez jego zastosowanie oraz art. 98 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. i w zw. z § 6 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu poprzez ich niezastosowanie i odstąpienie od obciążania powoda kosztami procesu.

Formułując tej treści zarzut strona pozwana zażądała zmiany postanowienia w przedmiocie kosztów procesu poprzez zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów w kwocie 2.417 zł .

W uzasadnieniu do zażalenia strona skarżąca podniosła , iż przepis art. 102 k.p.c. może być stosowany jedynie w wypadkach szczególnie uzasadnionych , a taki wypadek w niniejszym postępowaniu nie występował .

Powód jeszcze przed wszczęciem sprawy był informowany (między innymi przez Rzecznika Ubezpieczonych) o bezzasadności swoich roszczeń kierowanych przeciwko stronie pozwanej , a mimo to wystąpił do Sądu z pozwem . W takiej sytuacji , kiedy to strona pozwana nie dała jakichkolwiek powodów do wytoczenia sprawy , powód winien ponosić konsekwencje swoich decyzji , tj. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik sprawy , powód powinien zwrócić stronie pozwanej koszty wyłożone na celową obronę w sprawie .

W odpowiedzi na apelację powoda , strona pozwana wniosła o jej oddalenie oraz o zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów postępowania apelacyjnego .

Na uzasadnienie swojego stanowiska strona pozwana powtórzyła argumenty zawarte już w odpowiedzi na pozew , uznając rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego za trafne .

Sąd Okręgowy rozważył , co następuje :

Apelacja powoda nie zasługiwała na uwzględnienie .

Na wstępie należy podnieść , iż powód w złożonej apelacji nie zdołał podważyć poczynionych przez Sąd I instancji ustaleń faktycznych , powołując się ogólnie na pominięcie przez Sąd jego stanowiska zawartego w pismach procesowych oraz wyrażonego w trakcie składania zeznań w charakterze strony. Tymczasem do skutecznego zakwestionowania podstawy faktycznej może dojść jedynie w przypadku wykazania , że Sąd wadliwie ocenił zebrany w sprawie materiał dowodowy (naruszając tym samym przepis art. 233 § 1 k.p.c.) , ewentualnie nie wyjaśnił istotnych okoliczności sprawy na skutek bezzasadnego pominięcia zgłoszonych wniosków dowodowych .

Powód nie twierdził , że ustalenia faktyczne Sądu I instancji są niepełne . Tak więc z punktu widzenia podstawy faktycznej istotne były jedynie zastrzeżenia odnoszące się do oceny zeznań powoda . Jak jednak wynika z uzasadnienia do zaskarżonego wyroku , Sąd I instancji w przeważającej części uznał zeznania powoda za wiarygodne . Odmówił

zaś wiary zeznaniom powoda jedynie w tej części , kiedy podawał on , iż nie otrzymał wyciągu z ogólnych warunków umowy ubezpieczenia.

Ocena Sądu I instancji w tym zakresie nie budzi jednak zastrzeżeń , skoro w dokumencie pożyczki z dnia 25 stycznia 2010 roku (w § 4 ust. 6) powód potwierdził , iż otrzymał wyciąg z warunków umowy ubezpieczenia .

Kwestia wykładni poszczególnych postanowień umowy ubezpieczenia przynależy już do oceny prawnej i nie może być rozważana w ramach zarzutów odnoszących się do podstawy faktycznej orzeczenia .

Skoro brak w apelacji uzasadnionych zarzutów wymierzonych w podstawę faktyczną , to Sąd Okręgowy podzielając ustalenia faktyczne Sądu I instancji przyjął je za własne .

Na tle zaprezentowanego powyżej stanu faktycznego sprawy należy w pełni podzielić stanowisko Sądu Rejonowego o bezzasadności żądania pozwu .

Jak wynika z pozwu powód żądał od ubezpieczyciela spełnienia świadczenia pieniężnego (zasądzenia od ubezpieczyciela na jego rzecz kwoty 13.554,26 zł) , twierdząc , że zaistniał wypadek ubezpieczeniowy objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy bankiem a stroną pozwaną .

Uwzględnienie tak sprecyzowanego żądania pozwu nie było możliwe przede wszystkim z uwagi na brak po stronie zgłaszającego to żądanie legitymacji procesowej czynnej .

Powód jako podstawę odpowiedzialności strony pozwanej wskazał umowę ubezpieczenia na wypadek śmierci lub czasowej niezdolności do pracy wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku kredytobiorców zaciągających kredyt w (...) Banku S.A. Trzeba więc wyjaśnić , iż umowa , której stronami byli z jednej strony (...) Bank S.A. jako ubezpieczający , a z drugiej pozwany jako ubezpieczyciel , została zawarta z wykorzystaniem konstrukcji ubezpieczenia na cudzy rachunek uregulowanej między innymi w przepisie art. 808 k.c. Ubezpieczenie na cudzy rachunek jest szczególnym typem umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej

(określanej jako ubezpieczony) , charakteryzującej się tym , że na rzecz osoby trzeciej wypłacane jest nie tylko świadczenie pieniężne , ale również na jej rzecz świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa . Ubezpieczony jako osoba trzecia wobec stron umowy nie jest stroną umowy ubezpieczenia , lecz podmiotem stosunku prawnego ubezpieczenia , a w związku z tym może on wskazać osobę uprawnioną do odbioru świadczenia pieniężnego (uposażonego) w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego (zob. art. 808 § 3 k.c.) . W literaturze nie ma sporu co do dopuszczalności zawierania przez ubezpieczającego umów ubezpieczeń osobowych na cudzy rachunek (zob. M. Orlicki : System prawa prywatnego , Prawo zobowiązań – część szczegółowa , T. 8 , Wyd. C.H. Beck INP PAN Warszawa 2004 , str. 696 – 700) .

W niniejszej sprawie bezsporne było , że ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z umowy ubezpieczenia świadczona była na rzecz powoda jako ubezpieczonego . Powód jako ubezpieczony wskazał jednak jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci , inwalidztwa lub poważnego zachorowania - ubezpieczającego , tj. (...) Bank S.A. (§ 4 ust. 1 umowy pożyczki z dnia 25 stycznia 2010 roku) . To oświadczenie powoda pozbawiało go możliwości żądania spełnienia świadczenia pieniężnego bezpośrednio od ubezpieczyciela , bowiem uprawnienie to przysługiwało ubezpieczającemu , tj. (...) Bankowi S.A. Powód jako ubezpieczony w sporze z ubezpieczycielem mógłby co najwyżej żądać ustalenia , że dane zdarzenie było wypadkiem ubezpieczeniowym (zob. wyrok Sądu Apel. w Białymstoku z dnia 22 lutego 2012 roku , I ACa 752/11 , OSAB z 2012 /1/ 19 – 24) .

Sąd I instancji uznał jednak , iż zdarzenie (zdarzenia) na jakie powoływał się powód nie było objęte ochroną ubezpieczeniową.

Już więc z uwagi na brak legitymacji procesowej czynnej powództwo trafnie zostało oddalone , bez potrzeby badania , czy w sprawie zaistniało zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową .

Trzeba jednak wskazać , iż ocena Sądu I instancji sprowadzająca się do stwierdzenia , iż schorzenia na jakie powoływał się powód (cukrzyca oraz stany depresyjne) jak również stwierdzony orzeczeniem z dnia 26 kwietnia 2011 roku stopień niepełnosprawności powoda nie wyczerpywały wypadku ubezpieczeniowego stanowiącego o odpowiedzialności strony pozwanej była trafna . Ponieważ

w uzasadnieniu do zaskarżonego wyroku Sąd I instancji szczegółowo rozważył to zagadnienie nie ma potrzeby powtarzanie tej trafnej argumentacji , tym bardziej

w sytuacji braku po stronie powoda uprawnienia do żądania spełnienia świadczenia pieniężnego bezpośrednio od ubezpieczyciela .

Odnosząc się jeszcze do zarzutów apelacyjnych , a zwłaszcza do zastrzeżeń skarżącego związanych z jego przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, należy ponownie zaakcentować , iż stronami tej umowy byli : (...) Bank S.A. jako ubezpieczający i (...) S.A. jako ubezpieczyciel .

W literaturze na ogół zgodnie przyjmuje się , iż w przypadku zawierania umów ubezpieczeń osobowych na cudzy rachunek , podmiot , którego życie lub sytuacja życiowa stanowi przedmiot umowy ubezpieczenia (ubezpieczony) , pomimo że nie jest stroną tej umowy , powinien na objęcie jego sytuacji ubezpieczeniem wyrazić zgodę (zob. M. Orlicki : System prawa prywatnego , Prawo zobowiązań – część szczegółowa , T. 8 , Wyd. C.H. Beck INP PAN Warszawa 2004 , str. 697 i powołana tam literatura) .

Taka zgoda została przez powoda wyrażona , bowiem w treści umowy pożyczki z dnia 25 stycznia 2010 roku w jej § 4 ust. 1 oświadczył on , iż przystępuje jako ubezpieczony (pożyczkobiorca) do umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) Bankiem S.A. a (...) S.A. , obejmującej swym zakresem ryzyko zgonu , inwalidztwa oraz poważnego zachorowania .

Wbrew stanowisku wyrażonemu w apelacji to przystąpienie nie musiało przybierać formy odrębnego oświadczenia z podpisem powoda .

W jednym dokumencie mogą być zamieszczane różnej treści oświadczenia pochodzące od określonego podmiotu . Jeżeli mamy do czynienia z tzw. dokumentem zintegrowanym , w takim znaczeniu , że treść dokumentu wyrażająca objęte nim oświadczenia woli wskazuje na powiązanie poszczególnych jego części jako całości , to wówczas taki dokument może być podpisany jako całość . Innymi słowy wystarczające jest , jeżeli osoba składająca oświadczenia złoży swój podpis poniżej treści tych oświadczeń (zob. wyrok Sądu Naj. z dnia 20 stycznia 2012 roku , I CSK 373/11 , OSNC – ZD z 2013 roku , Z. 2 , poz. 34 oraz wyroki : Sądu Apel.

w Szczecinie z dnia 13 września 2012 roku , I ACa 480/12 , Lex nr 1223459 i Sądu Apel. Poznaniu z dnia 10 września 2009 roku , I ACa 531/09 , Lex nr 756649) .

Z takim właśnie zintegrowanym dokumentem w postaci umowy pożyczki z dnia 25 stycznia 2010 roku , zawierającym oświadczenia powoda ściśle ze sobą powiązane mieliśmy do czynienia w niniejszej sprawie . Podpis złożony przez powoda na tym dokumencie był więc wystarczający do przyjęcia , że złożył on oświadczenie o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia .

Co się tyczy zaś kwestii doręczenia wyciągu z warunków umowy ubezpieczenia , to pomijając już nawet ustalony fakt doręczenia tych warunków powodowi (powód w treści umowy pożyczki potwierdził ten fakt) , podnieść należy , iż w sytuacji gdy powód nie był stroną umowy , niedoręczenie mu tych warunków przed wyrażeniem zgody na objęcie jego sytuacji ubezpieczeniem nie mogło rodzić skutków z art. 384 k.c. To bowiem do obowiązków ubezpieczającego należało poinformowanie ubezpieczonego o zasadach i warunkach ubezpieczenia (zob. § 4 ust. 1 pkt 1 umowy generalnej ubezpieczenia) .

Wskazane powody zadecydowały więc , że apelacja powoda podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Sąd Okręgowy nie znalazł również podstaw do uwzględnienia zażalenia strony pozwanej kwestionującego rozstrzygnięcie o kosztach procesu zawarte w wyroku Sądu Rejonowego w Tarnowie z dnia 18 listopada 2013 roku .

Nie ulega wątpliwości, że regułą jest, iż strona przegrywająca sprawę powinna - zgodnie z przepisem art. 98 § 1 k.p.c. - zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony.

Wyjątkiem od tej ogólnej zasady jest przepis art. 102 k.p.c., który pozwala – w wypadkach szczególnie uzasadnionych - na zasądzenie od strony przegrywającej tylko części kosztów lub nieobciążanie jej w ogóle kosztami procesu.

Właśnie ten ostatni przepis został zastosowany przez Sąd I instancji przy wydawaniu zaskarżonego orzeczenia o kosztach procesu. Sąd I instancji doszedł bowiem do przekonania, iż występują szczególne okoliczności pozwalające na odstąpienie od obciążania powoda kosztami procesu.

Wobec treści zarzutów zażaleniowych, które poddają w wątpliwość taką ocenę Sądu, w pierwszej kolejności należy wskazać, iż skorzystanie z przepisu art. 102 k.p.c. jest suwerennym uprawnieniem jurysdykcyjnym Sądu i do jego swobodnej oceny należy przesądzenie, czy wystąpił szczególnie uzasadniony wypadek, który usprawiedliwia odstąpienie - a jeżeli tak to w jakim zakresie – od generalnej zasady obciążania kosztami procesu strony przegrywającej spór.

Orzecznictwo jest zgodne i jednoznacznie opowiada się za wyjątkową możliwością korygowania rozstrzygnięcia o zastosowaniu, bądź braku zastosowania przepisu art. 102 k.p.c. w ramach kontroli instancyjnej. Podkreśla się, że ocena Sądu, czy zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony w zasadzie nie podlega kontroli instancyjnej i może być podważona przez Sąd wyższej instancji jedynie wówczas, gdy jest rażąco niesprawiedliwa, a reguły sprawiedliwościowe zostały oczywiście naruszone (zob. postanowienie Sądu Naj. z dnia 18 kwietnia 2013 roku, III CZ 75/12, Lex nr 1353220, postanowienie Sądu Naj. z dnia 17 kwietnia 2013 roku, V CZ 130/12, Lex nr 1341731, postanowienie Sądu Naj. z dnia 29 listopada 2012 roku, V CZ 58/12, Lex nr 1289063 oraz postanowienie Sądu Naj. z dnia 10 października 2012 roku, I CZ 66/12, Lex nr 1232749).

Wbrew zastrzeżeniom podniesionym w zażaleniu Sądowi I instancji nie można zarzucić dowolności przy ocenie, czy w sprawie wystąpił szczególnie uzasadniony wypadek, a już na pewno nie można twierdzić, że ocena w tym zakresie jest rażąco niesprawiedliwa.

Sąd I instancji decydując się na odstąpienie od obciążania powoda kosztami procesu powołał się przede wszystkim na jego trudną sytuację życiową i materialną, uznaniowy charakter roszczenia jak również na subiektywne przekonanie powoda o zasadności roszczenia.

W orzecznictwie wielokrotnie podkreślano, że do kręgu okoliczności uzasadniających zastosowanie przepisu art. 102 k.p.c. należy zaliczyć – między innymi – subiektywne przekonanie powoda co do zasadności zgłoszonego roszczenia, trudne do zweryfikowania a limine (zob. postanowienie Sądu Naj. z dnia 26 września 2012 roku, II CZ 95/12, Lex nr 1232771, wyrok Sądu Naj. z dnia 20 grudnia 1979 roku, III PR 78/79, OSPiKA z 1980 roku, Z. 11, poz. 196 oraz wyrok Sądu Apel. w Katowicach z dnia 18 lipca 2013 roku, I ACa 447/13, Lex nr 1349918).

Sąd Okręgowy, podobnie jak Sąd I instancji uważa, że powód nie korzystając z pomocy profesjonalnego pełnomocnika mógł nabrać subiektywnego przekonania o zasadności sformułowanego roszczenia i pomimo korespondencji oraz wyjaśnień udzielonych mu – między innymi - przez Rzecznika Ubezpieczonych chciał dokonać sądowej kontroli roszczenia, o którego zasadności był subiektywnie przekonany.

Jeżeli dodatkowo uwzględnić opisaną przez Sąd I instancji sytuację życiową i materialną powoda, która zadecydowała o przyznaniu powodowi całkowitego zwolnienia od kosztów sądowych, to nie można mieć wątpliwości, że zasady słuszności przemawiały za odstąpieniem od obciążania powoda kosztami procesu.

Tak więc zażalenie strony pozwanej podlegało oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c. w zw. z art. 397 § 2 k.p.c.

Okoliczności wskazane powyżej zadecydowały również o odstąpieniu – na podstawie art. 102 k.p.c. – od obciążania powoda kosztami postępowania apelacyjnego należnymi stronie pozwanej .