

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 16 grudnia 2014 r. Sąd Rejonowy w Zgierzu zasądził od (...) Zakładu (...) na (...) S.A. w W. na rzecz H. K. (1) kwotę 40.150 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 5 stycznia 2013 r. do dnia zapłaty oraz orzekł o kosztach postępowania.

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniu 1 grudnia 2009 r. M. K. prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą (...) M. K. z siedzibą w Z. zawarł z (...) Zakładem (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. umowę grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) potwierdzoną polisą numer (...).

Umowa została zawarta za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego A. W.. Ubezpieczeniem objęci zostali: M. K., jego żona A. K., matka H. K. (1), ojciec L. K. (1) i pracownik M. K.. Uposażoną z tytułu ubezpieczenia L. K. (1) była żona H. K. (2). Składka wynosiła 56,45 zł od osoby. Kwota ubezpieczenia na wypadek śmierci wynosiła 40 000 zł, zaś za dzień pobytu w szpitalu od 0,5 do 1 % sumy ubezpieczenia w wysokości 5 000 zł, tj. od 25 do 50 zł.

A. W. była agentem wyłącznym (...) S.A.

M. K. zamknął firmę pod koniec czerwca 2010 r. Jego działalność przejęła matka H. K. (1). Osoby ubezpieczone nie uległy zmianie. W dniu 15 lipca 2010 r. H. K. (1) zarejestrowała działalność gospodarczą pod nazwą (...) H. K. (1) z siedzibą w Z.. W dniu 24 sierpnia 2010 r. z Ewidencji Działalności Gospodarczej wykreślony został (...) M. K. z siedzibą w Z..

H. K. (1) niezwłocznie przekazała wszystkie dokumenty związane z zakończeniem działalności gospodarczej prowadzonej przez syna i rozpoczęciem własnej działalności gospodarczej A. W.. Agentka poinformowała powódkę, że ubezpieczenie będzie kontynuowane.

A. W. przekazała dokumenty do (...) z wnioskiem o modyfikację. Nie otrzymała żadnej informacji z (...) na (...) S.A. o jakichkolwiek nieprawidłowościach dotyczących wniosku. Nie zwrócono jej dokumentów do poprawy. W odczuciu A. W. umowa ubezpieczenia z powódką została zawarta pod koniec sierpnia 2010 r.

Ubezpieczający opłacali składki z tytułu umowy ubezpieczenia od 2009 r. do 2013 r.

A. W. przekazywała A. K. druki do wpłat składek. Ani powódka ani M. K. ani A. K. nie byli informowani o jakichkolwiek zaległościach w płatnościach składek.

W maju 2011 r. L. K. (1) zachorował na raka. K. był hospitalizowany. A. W. została poinformowana o jego chorobie. Za pobyt w szpitalu w 2011 r. i uszczerbek na zdrowiu otrzymał wypłatę od ubezpieczyciela.

Wnioski o wypłatę powódka składała za pośrednictwem A. W..

Decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 4 listopada 2011 r. L. K. (2) został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy od dnia 16 maja 2011 r.

Pismem z 30 stycznia 2012 r. (...) na (...) S.A. poinformował M. K., iż w dniu 26 stycznia 2012 r. odnotował wpłatę w kwocie 282 zł na wystornowaną z dniem 30 listopada 2011 r. polisę nr (...).

W 2012 r. A. W. poinformowała powódkę, iż odchodzi i przekazuje umowę ubezpieczenia innemu agentowi, co wymaga podpisania nowej umowy. W dniu 1 lutego 2012 r. (...) H. W. zawarła z (...) Zakładem (...) na (...) S.A. umowę grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) potwierdzoną polisą numer (...) na okres od 1 lutego 2012 r. do 31 stycznia 2013 r.

L. K. (1) złożył deklarację przystąpienia do grupowego ubezpieczenia.

W dniach 27 lutego 2012 r. - 3 marca 2012 r. L. K. (2) przebywał w Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł.. Następnie przebywał w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. od 12 do 13 marca 2012 r. W okresie od 20 do 21 grudnia 2012 r. L. K. (2) hospitalizowany był w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z..

Ubezpieczyciel nie wypłacił należności za pobyt L. K. (2) w szpitalu w marcu 2012 r.

W czasie choroby L. K. (1) chciał się upewnić, że z jego polisą jest wszystko w porządku. Dopytywał się o to członków rodziny. Byli oni zapewniani przez A. W., że nie będzie problemów z wypłatą odszkodowania z polisy L. K. (1).

L. K. (1) zmarł 21 grudnia 2012 r.

Pismem z dnia 4 stycznia 2013 r. (...) Zakład (...) na (...) S.A. odmówił wypłaty świadczenia z tytułu śmierci L. K. (1) na rzecz H. K. (2), wskazując, iż L. K. (1) przystąpił do ubezpieczenia, mając orzeczoną całkowitą niezdolność do pracy.

H. K. (1) odwołała się od powyższej decyzji, wskazując, iż firma (...) H. K. (1) z siedzibą w Z. jest kontynuacją firmy (...) M. K. z siedzibą w Z. oraz, iż podmioty ubezpieczone nie zostały zmienione oraz, iż przekazała agentowi wszelkie niezbędne dokumenty celem zmiany polisy. Ubezpieczyciel nie zmienił stanowiska.

Sąd Rejonowy wskazał, że strona pozwana nie udowodniła, iż wypowiedziała umowę ubezpieczenia potwierdzoną pierwszą polisą numer (...). Pozwany złożył kopie wezwań do zapłaty zaległej składki za wrzesień 2011 r. (k. 155-156) bez potwierdzenia odbioru. Wezwanie z 7 listopada 2011 r. w przypadku braku zapłaty, stanowiło wypowiedzenie umowy, która uległaby rozwiązaniu z dniem 30 listopada 2011 r. Pozwana jak i świadkowie (ubezpieczeni) kategorycznie zaprzeczyli jakoby istniały zaległości w zapłatach składki. Zaprzeczyli również, iż otrzymali przedmiotowe dokumenty. Ich zeznania są w ocenie Sądu I instancji wiarygodne. We wrześniu wiedzieli już bowiem o chorobie L. K. (1) i w tych okolicznościach nie ryzykowaliby utratą ubezpieczenia, które opłacali od 2009 r. Wobec tego Sąd nie dał również wiary zeznaniom świadka agenta ubezpieczeniowego A. W., iż przyczyną wypowiedzenia umowy był brak zapłaty składki.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał, że powództwo było zasadne. Sąd Rejonowy wskazał, na dyspozycję art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którą 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. Jak stanowi art. 805 § 2, świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie:

- 1) przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku;
- 2) przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

W niniejszej sprawie (...) Zakład (...) na (...) S.A. świadczył L. K. (1) ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia na życie na podstawie umowy potwierdzonej polisą numer (...) z dnia 1 grudnia 2009 r. Ubezpieczającym był M. K. prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą (...) M. K. z siedzibą w Z., zaś uposażoną żona L. K. (1) H. K. (1). M. K. zakończył działalność na przełomie czerwca i lipca 2010 r. W tym okresie działalność rozpoczęła jego matka H. K. (1). Chciała kontynuować ubezpieczenie zawarte przez M. K.. Ubezpieczone miały być te same osoby, wobec czego agent A. W. zapewniła powódkę, iż nowa Polisa będzie stanowić kontynuację poprzedniej. A. W. złożyła wszystkie niezbędne dokumenty do (...) Zakładu (...) na (...) S.A. w sierpniu 2010 r. z wnioskiem o kontynuację polisy. Nie otrzymała negatywnej odpowiedzi. Stosownie zaś do § 10 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...) z 10 sierpnia 2007 r. (k. 102-103v), umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres potwierdzony polisą. Umowa zostaje przedłużona na kolejny analogiczny co do długości okres, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Powódka dalej opłacała składki ubezpieczeniowe. W świetle tych okoliczności należało stwierdzić, że umowa była kontynuowana. W maju 2011 r. L. K. (1) poważnie zachorował. A. W. zapewniała jego rodzinę, iż jest ubezpieczony i odszkodowanie na wypadek jego śmierci i leczenia będzie wypłacone. Tak też było za pobyt w szpitalu za 2011 r. Ubezpieczyciel aż do 2012 r. nie negował świadczenia ubezpieczonym ochrony ubezpieczeniowej. W pierwszej kolejności należało zatem stwierdzić, iż pozwany nie wykazał, jakoby L. K. (1) nie był objęty polisą numer (...). Strona pozwana podniosła następnie, iż umowa ubezpieczenia została wypowiedziana z powodu nieopłacenia składki ubezpieczeniowej za wrzesień 2011 r.

Stosownie do § 13 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...), umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego w przypadku zaległości w przekazywaniu składek za wszystkich ubezpieczonych umowa rozwiązuje się z upływem trzeciego miesiąca zaległości, z zastrzeżeniem § 23. Jak stanowi wskazany § 23, w przypadku zaległości w przekazaniu całości lub części składki, (...) S.A. wzywa ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu co najmniej 15-dniowy dodatkowy termin oraz informując o skutku nieprzekazania składki określonym w § 13. W przypadku zaległości w przekazywaniu składek, przekazywane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości. Zgodnie zaś z § 25 ust. 2 OWU, odpowiedzialność (...) S.A. w stosunku do ubezpieczonego zostaje wznowiona z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności w przypadku uzupełnienia zaległości w przekazywaniu składek przed upływem trzeciego miesiąca zaległości.

W niniejszej sprawie pozwany nie udowodnił, iż umowa została skutecznie rozwiązana w listopadzie 2011 r. Nie załączył potwierdzenia odbioru wezwania do zapłaty, które warunkowało wypowiedzenie umowy przez ubezpieczyciela. Brak poinformowania ubezpieczającego o możliwości utraty ubezpieczenia uniemożliwia mu natomiast podjęcie kroków celem kontynuowania ubezpieczenia. Powódka i świadkowie zaprzeczyli, jakoby istniała zaległość w płatności składek oraz aby otrzymali wezwanie do zapłaty. Należy przy tym wskazać, iż pozwany jako profesjonalista w swej dziedzinie winien dołożyć należytej staranności zanim rozwiąże umowę ubezpieczenia, co wywołuje daleko idące skutki w sytuacji osób ubezpieczonych. Powódka nadal opłacała składki pozostając w przekonaniu, że umowa jest kontynuowana. W okolicznościach niniejszej sprawy miało to dla jej ciężko chorego męża niezwykle istotne znaczenie. Sąd stwierdził zatem, iż umowa potwierdzona polisą numer (...) nie została rozwiązana. Pismem z dnia 30 stycznia 2012 r. pozwany poinformował M. K. o wpłacie na „wystornowaną” z dniem 30 listopada 2011 r. polisę numer (...). A. W. poinformowała powódkę o konieczności zawarcia nowej umowy, co nie było uzasadnione. W okolicznościach niniejszej sprawy nie było potrzeby zawierania nowej umowy ubezpieczenia w 2012 r., skoro obowiązywała pierwsza polisa z 2009 r. Tym samym L. K. (1) nadal był ubezpieczony w ramach pierwszej polisy. A. W. wprowadziła ubezpieczającego w błąd, informując go o konieczności zawarcia nowej umowy. W konsekwencji podpisania nowej umowy i złożenia nowej deklaracji o przystąpieniu do ubezpieczenia, ubezpieczyciel uznał, iż L. K. (1) nieskutecznie przystąpił do nowej umowy wobec uznania go od maja 2011 r. za niezdolnego do pracy, co zgodnie z § 8 ust. 2 Ogólnych warunków ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...) z 1 kwietnia 2011 r. (k. 186-189) wyłączało L. K. (1) z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia. W tych okolicznościach agent A. W. nie zachowała należytej staranności wymaganej od profesjonalisty. Zawarcie nowej umowy w 2012 r. skutkowało wyrządzeniem szkody uposażonej H. K. (1), za której naprawienie odpowiada zakład ubezpieczeń zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. Z 2004 r. nr 96, poz. 959 ze zm.), który stanowi, że za szkodę wyrządzoną przez agenta ubezpieczeniowego w związku z wykonywaniem czynności agencyjnych odpowiada zakład ubezpieczeń, na rzecz którego agent ubezpieczeniowy działa, z zastrzeżeniem ust. 2. Przepisu art. 429 k.c. nie stosuje się. Jak stanowi ust. 2, agent ubezpieczeniowy wykonujący czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, odpowiada za szkody powstałe z tytułu wykonywania tych czynności wyrządzone klientowi, ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

Wobec powyższego Sąd zasądził na rzecz H. K. (1) umówioną kwotę odszkodowania za śmierć L. K. (1) w kwocie 40 000 zł. Ponadto w dniach 27 lutego 2012 r. - 3 marca 2012 r. L. K. (2) był hospitalizowany w Wojewódzkim Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum (...) w Ł.. Zgodnie z § 5 w zw. z § 2 pkt 3 Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego (k. 197-199), ubezpieczyciel winien był wypłacić L. K. (1)

kwoty po 25 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu. Roszczenie L. K. (1) przeszło na jego spadkobierców, w tym na H. K. (1). Stosownie do przepisu art. 1035 k.c. w zw. z art. 209 k.c. była ona uprawniona do wystąpienia samodzielnie z roszczeniem o zapłatę należności za pobyt w szpitalu (...) od pozwanego.

O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 98 k.p.c.

Apelację od wyroku Sądu Rejonowego wniósł pozwany zaskarżając wyrok w całości. Skarżący zarzucił naruszenie przepisów:

a) art. 11 ust. 1 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym przez uznanie, że agent (...) SA wyrządził szkodę powódce wprowadzając ją w błąd, a mianowicie informując ją o konieczności zawarcia nowej umowy ubezpieczenia w sytuacji, gdy zdaniem Sądu I instancji obowiązywała nadal poprzednia umowa ubezpieczenia,

b) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez uznanie, że syn powódki M. K. opłacał regularnie składki, a tym samym nie nastąpiło wypowiedzenie umowy z dniem 30 listopada 2011 r.,

c) art. 328 § 2 k.p.c. poprzez nie wskazanie przyczyn, dla których Sąd odmówił wiarygodności i mocy dowodowej dowodom na okoliczność zaprzestania opłacania składek na ubezpieczenie, a mianowicie zeznaniom A. W., dowodom opłaty składek złożonym przez strony oraz pismom pozwanego.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa, a nadto o skorygowanie rozstrzygnięcia co do kosztów procesu za I instancję i zasądzenie kosztów procesu za II instancję.

Powódka wносиła o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu w postępowaniu przed Sądem II instancji, nie pokrytych w całości ani w części.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Zaskarżony wyrok odpowiada prawu.

W pierwszej kolejności należy odnieść się do zarzutów naruszenia prawa procesowego, związanych z dokonaniem przez Sąd Rejonowy ustaleniem, że ubezpieczający opłacali składki z tytułu umowy ubezpieczenia od 2009 r. do 2013 r. i brakiem wyjaśnienia w uzasadnieniu, dlaczego Sąd nie oparł się na dowodach przeciwnych.

Stosownie do treści art. 233 k.p.c., sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Jak przyjmuje się w orzecznictwie, jeżeli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie Sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo – skutkowych to przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona.

W ocenie Sądu Okręgowego w niniejszej sprawie Sąd Rejonowy przekroczył granice swobodnej oceny dowodów. Przypomnieć należy, że pozwany zarzucał w odpowiedzi na pozew, że ubezpieczający zaprzestali opłacania składek po dniu 30 września 2011 r. (k.80). Kolejna składka, na poczet „wystornowanej” już polisy wpłynęła w styczniu 2012 r.

W odpowiedzi na tak sformułowany zarzut powódka nie była w stanie przedstawić pokwitowań zapłaty składki dokonanych spornych miesiącach, pomimo że posiadała dowody wpłat dokonanych w miesiącach wcześniejszych i późniejszych (k. 32 – 39). Dodać należy, że w grudniu 2011 r. składka została uiszczona dwukrotnie (k. 38) – działanie takie wskazuje na to, że powódka zdawała sobie sprawę z istnienia zaległości w zapłacie; w przeciwnym wypadku nie byłoby podstaw do zapłacenia składki w grudniu dwukrotnie. Nadto, sama powódka opisała kserokopie

grudniowych dowodów wpłaty jako „za październik 2011 r.” oraz „za listopad 2011 r.”. Brakuje natomiast dowodu opłaty składki za wrzesień 2011 r. Sąd I instancji powinien był uwzględnić te okoliczności dokonując oceny zeznań powódki oraz świadków związanych z powódką, w sposób oczywisty zainteresowanych rozstrzygnięciem sprawy na korzyść strony powodowej. Zeznania te, sprowadzające się w omawianym zakresie do głośnych twierdzeń, że składki nie tylko były opłacone za cały okres, lecz również że „nie było przerw w płaceniu składek” (zeznania M. K. k. 137), a składki były opłacane „cały czas regularnie” (zeznania powódki k. 228odw, podobnie zeznania A. K. k. 136), powinny być zatem ocenione bardziej krytycznie. Dodać należy, że zeznaniom tym zaprzeczały depozycje A. W., według której występowały zaległości w opłacaniu składek (k. 220). Pamiętać należy wreszcie o rozkładzie ciężaru dowodu, który w co do omawianych okoliczności obciąża stronę powodową. Nie dające się usunąć wątpliwości należy więc rozstrzygać na niekorzyść strony obciążonej ciężarem udowodnienia. Sąd Okręgowy doszedł zatem do przekonania, że we wrześniu, październiku i listopadzie 2011 r. nie została zapłacona składka ubezpieczeniowa.

Dokonując wskazanej wyżej oceny dowodów, zaznaczyć należy, że do twierdzeń strony pozwanej należy zastosować rygory dowodowe analogiczne jak stosowane dla strony powodowej. Zasadnie więc stwierdził Sąd Rejonowy, że pozwany nie udowodnił faktu doręczenia tak wezwań do zapłaty, jak również doręczenia wypowiedzenia umowy. W tym zakresie nie stanowią przekonującego dowodu zeznania A. W.. Co do okoliczności braku zapłaty składek zeznania te jedynie uzupełniały wnioski płynące z analizy dokumentacji, natomiast co do doręczenia wezwań do zapłaty miałyby być wyłącznym dowodem. Należy zatem zwrócić uwagę, że świadek A. W. nie zajmowała się osobiście wysyłaniem pism monitorujących („wiem, że wysyłane były pisma” - k. 220), więc jej zeznania w tym zakresie musiały się opierać bądź to na informacjach uzyskanych od innych osób pracujących dla pozwanego bądź to z systemów informatycznych pozwanego. Wobec faktu, że pozwany nie dysponuje nie tylko zwrotnymi potwierdzeniami doręczenia, lecz również dowodami nadania przedstawianych przez siebie pism, należy uznać że fakt ich doręczenia nie został przekonująco wykazany.

Ustalenia powyższe wprost przekładają się na rozważania dotyczące kwestii materialnoprawnych. Ogólne warunki ubezpieczenia przewidywały bowiem w § 13 skutek niezapłacenia składki, polegający na tym, że umowa „rozwiązuje się” z upływem trzeciego miesiąca zaległości (k.102odw), jednak z zastrzeżeniem § 23. Z treści § 23 wynika natomiast, że w przypadku zaległości w przekazaniu składki (...) SA wzywa ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu co najmniej 15-dniowy dodatkowy termin oraz informując o skutki nieprzekazania składki określonym w § 13. W ocenie Sądu Okręgowego, skoro § 13 odsyła do § 23, doręczenie wskazanego w § 23 wezwania stanowi warunek sine qua non rozwiązania umowy w trybie § 13. Ewentualne wątpliwości interpretacyjne w tym zakresie należy rozstrzygać z zastosowaniem zasady in dubio contra proferentem. Skoro nie zostało udowodnione doręczenie wezwania do zapłaty, nie ma podstaw – jak trafnie wskazał Sąd Rejonowy – by uznawać, że pierwsza umowa ubezpieczenia została rozwiązana. W tym stanie rzeczy agentka ubezpieczeniowa A. W. powinna była – oceniając według kryteriów obiektywnych – poinformować powódkę, że umowa nie została rozwiązana, wobec czego uiszczenie występujących ewentualnie zaległości jest wystarczające do odzyskania ochrony ubezpieczeniowej. Rozważając, co obiektywnie powinno było nastąpić, nie można jednak abstrahować od tego, jakie dane były ówczesnie dostępne A. W.. Skoro w bazie danych pozwanego umowa była oznaczona jako rozwiązana („wystornowana”) z dniem 30 listopada 2011 r., co do czego nie ma wątpliwości w świetle pisma pozwanego z dnia 30 stycznia 2012 r. (k. 41), to A. W. nie miała podstaw by stwierdzić, że w istocie umowa ta obiektywnie nadal nie była rozwiązana. Tym samym nie sposób przypisać A. W. winy za zaistniały stan rzeczy. Akceptując rozważania Sądu Rejonowego co do faktu udzielenia powódce błędnych informacji, co stało się przyczyną zawarcia nowej umowy, która ab initio wykluczała ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do choroby L. K. (1), co w konsekwencji doprowadziło do powstania szkody (braku świadczenia z tytułu umowy), należy jednak stwierdzić, że winę należy przypisać nie agentce ubezpieczeniowej, lecz bezpośrednio stronie pozwanej. Wobec tego, odpowiedzialność strony pozwanej nie wynika z art. 11 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, lecz z art. 416 k.c. zgodnie z którym osoba prawna jest obowiązana do naprawienia szkody wyrządzonej z winy jej organu Działalność pozwanego nie została bowiem zorganizowana w ten sposób, by zapewnić zgodność pomiędzy zapisami w systemach pozwanego, a rzeczywistym stanem rzeczy. W ocenie Sądu Okręgowego dokonanie powyższej oceny nie stanowi orzeczenia na innej niż wskazana przez powódkę

podstawa faktyczna (art. 321 k.p.c.), a jedynie dokonanie odmiennej niż prezentowana przez powódkę i Sąd I instancji subsumpcji, zgodnie z zasadą *da mihi facti, dabo tibi ius*.

W odniesieniu do wysokości szkody, Sąd Okręgowy podziela rozważania Sądu Rejonowego, nie będące zresztą przedmiotem zarzutu skarżącego.

Wobec powyższego, jakkolwiek Sąd Okręgowy przypisał pozwanemu odpowiedzialność na innej podstawie prawnej, rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego odpowiada prawu. Wobec braku podstaw do zmiany wyroku co do meritum, nie ma również podstaw do zmiany rozstrzygnięcia co do kosztów procesu. Apelacja została zatem oddalona na podstawie art. 385 k.c.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika pozwanej, ustanowionego z urzędu, określono na podstawie (§ 6 pkt 5 w zw. z § 2 ust. 3 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu). Stosując § 2 ust. 3 powołanego rozporządzenia, przewidujący podwyższenie wynagrodzenia o stawkę podatku od towarów i usług, Sąd Okręgowy miał na uwadze, że przepis ten nie różnicuje, czy koszty wynagrodzenia adwokackiego zasądzone są od strony, czy też obciążany jest nimi Skarb Państwa. Skoro przepis prawa nie zawiera takiego rozróżnienia, nie ma podstaw by przyjmować, że wskazanego przepisu nie stosuje się w razie zasądzenia kosztów od strony przegrywającej proces.