

Sygn. akt VI ACa 602/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 września 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia - SA Ryszard Sarnowicz

Sędziowie: - SA Ksenia Sobolewska - Filcek

- SO del. Anna Szanciło (spr.)

Protokolant: - Olga Kamińska

po rozpoznaniu w dniu 24 września 2018 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy

z powództwa E. G.

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

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 23 stycznia 2017 r.

sygn. akt XXV C 512/16

I. zmienia zaskarżony wyrok:

1) w punkcie pierwszym w ten sposób, że zasądza od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz E. G. kwotę 222 808 zł (dwieście dwadzieścia dwa tysiące osiemset osiem złotych) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 24 listopada 2011 roku do dnia zapłaty;

2) w punkcie drugim w ten sposób, że zasądza od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz E. G. kwotę 18 375 zł (osiemnaście tysięcy trzysta siedemdziesiąt pięć złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 7 200 zł (siedem tysięcy dwieście złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

II. zasądza od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz E. G. kwotę 19 241 zł (dziewiętnaście tysięcy dwieście czterdzieści jeden złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kwotę 8 100 zł (osiem tysięcy sto złotych) tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sygn. akt VI ACa 602/17

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 23 stycznia 2017 r. Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny oddalił powództwo E. G. przeciwko Towarzystwu (...) S.A. w W. (dalej: (...)) o zapłatę i orzekł o kosztach postępowania w sprawie.

Sąd I instancji wskazał, że powódka wniosła o zasądzenie od pozwanego kwoty 222.808 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 24 listopada 2011 r. do dnia zapłaty, na którą to kwotę składają się kwoty: 22.808 zł tytułem pozostałej części świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, na podstawie umowy zawartej przez M. G. (1) z (...) w ramach (...) oraz 200.000 zł tytułem świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku. Mąż powódki zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia. W związku ze śmiercią ubezpieczonego powódka wystąpiła do (...) z wnioskiem o wypłatę świadczenia, wskazując w treści zgłoszenia, że dotyczy ono zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku. Pozwany przyznał na rzecz powódki świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w kwocie 177.192 zł. Pozwany odmawiał jednak zaspokojenia roszczenia wskazując, że umowa ubezpieczenia, potwierdzona polisą nr (...), została zawarta wyłącznie z ryzykiem zgonu ubezpieczonego i tylko na to ryzyko pobrana miała być składka. Ponadto pozwany wskazywał, iż w momencie zawierania umowy ubezpieczenia dojsć miało do obniżenia zadeklarowanej sumy ubezpieczenia do kwoty 177.192 zł, o czym ubezpieczający miał zostać poinformowany pismem z dnia 27 września 2011 r., jednakże z uwagi na jego śmierć formalność ta nie została dopełniona przez agenta ubezpieczeniowego u którego ubezpieczony składał wniosek.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 22 września 2011 r. M. G. (1) zgłosił się do agenta ubezpieczeniowego pozwanego Towarzystwa, gdyż chciał zawrzeć umowę ubezpieczenia. Agent przedstawił kilka propozycji i tego samego dnia wspólnie wypełnili wniosek o zawarcie indywidualnego ubezpieczenia terminowego na życie oraz – stanowiący załącznik do wniosku – kwestionariusz medyczny ubezpieczonego. We wniosku M. G. (1) wskazał kwotę 200.000 zł. jako sumę ubezpieczenia w umowie podstawowej, tj. obejmującej ryzyko zgonu ubezpieczonego. Składka od umowy podstawowej została wyliczona przez agenta ubezpieczeniowego na kwotę 355,38 zł. We wniosku M. G. (1) wyraził również chęć zawarcia umowy dotyczącej dodatkowego ubezpieczenia zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku. Tym samym we wniosku zostały wskazane kwoty składek, tj. kwoty 355,38 zł jako składka w umowie podstawowej i 159,60 zł jako kwota składki w dodatkowym ubezpieczeniu, tj. z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, obejmującej ryzyko zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

Wypełnienie i złożenie wniosku nie było równoznaczne z zawarciem z pozwanym, za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego, umowy (...) (dalej: umowa (...)), obejmującego ubezpieczenie podstawowe (zgon ubezpieczonego) oraz ubezpieczenia dodatkowego do ww. umowy (obejmującej zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku). Takiej polisy nie dostał też M. G. (1) z uwagi na fakt, że agent ubezpieczeniowy nie był do tego umocowany. Rolą agenta było wyłącznie umożliwienie M. G. (1) zapoznania się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia (dalej: OWU), odebranie od M. G. (1) wypełnionego wniosku i jego przesłanie do pozwanego celem dokonania jego oceny pod względem ryzyka ubezpieczeniowego. Tym samym było to wyłącznie pośredniczenie przy zawieraniu indywidualnych umów ubezpieczenia na życie.

Przedmiotowy wniosek został doręczony pozwanemu. Następnie pozwany dokonał oceny ryzyka ubezpieczeniowego w kontekście zaferowanych przez M. G. (1) warunków zawarcia umowy ubezpieczenia. Była to standardowa procedura strony pozwanej w wyniku której wniosek został zarejestrowany i przekazany do biura wniosków indywidualnych. Ubezpieczyciel dokonał analizy wszelkich parametrów oraz danych zawartych w szczególności w kwestionariuszu medycznym. Głównym czynnikiem decydującym o tym, że zaproponowane we wniosku warunki były nie do zaakceptowania przez pozwanego, był fakt, iż M. G. (1) był osobą otyłą i palącą papierosy. Poza tym nie bez znaczenia dla zmiany sumy ubezpieczenia i zmiany stawki były obciążenia rodzinne z związku ze wskazanym zgonem jednego z członków rodziny w wyniku wylewu krwi. W konsekwencji ubezpieczający nie mógł dostać warunków proponowanych we wniosku. Z tego też względu zostały mu przedstawione warunki zawarte w polisie nr (...), która została wystawiona w dniu 27 września 2011 r., a która stanowiła potwierdzenie zawarcia przez pozwanego z M. G. (1) umowy (...) na warunkach odbiegających od warunków zaproponowanych przez M. G. (1) we wniosku. Pozwany zaproponował zawarcie umowy ubezpieczenia podstawowego, tj. wyłącznie w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego z sumą ubezpieczenia 177.192 zł, przy składce na poziomie 514,98 zł.

W dacie wystawienia polisy nr (...), tj. w dniu 27 września 2011 r., przestały obowiązywać postanowienia umowy w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, która została zawarta w związku z doręczeniem pozwanemu poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie podstawowej umowy ubezpieczenia wraz z dowodem wpłaty pierwszej składki. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej trwała od dnia doręczenia pozwanemu wniosku o zawarcie umowy do dnia wystawienia przez pozwanego polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia. Powyższe wynika z ogólnych warunków tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.

Wystawiając polisę nr (...), pozwany przygotował również pismo z dnia 27 września 2011 r., w którym poinformował M. G. (1) o postanowieniach zawartych w dokumencie ubezpieczenia w postaci polisy odbiegających na niekorzyść M. G. (1) jako ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty zawartej we wniosku. Wyznaczył ponadto M. G. (1) termin 7 dni na wyrażenie ewentualnego sprzeciwu wobec treści oferty pozwanego. Tego samego dnia pozwany przygotował również drugie pismo kierowane do M. G. (1), w którym wyjaśnił przyczyny braku akceptacji warunków zawarcia umowy ubezpieczenia zaproponowanych przez M. G. (1), a tym samym zaproponowania przez pozwanego odmiennych warunków zawarcia umowy (...), które to warunki pozwany zawarł w polisie nr (...). Te dokumenty wraz z polisą nr (...) zostały następnie przekazane przez pozwanego agentowi B. C. (1), celem doręczenia M. G. (1). Pomimo podjętej przez agenta próby ich doręczenia, z uwagi na zgon M. G. (1), który miał miejsce w dniu 5 października 2011 r., dokumenty te nie zostały doręczone ubezpieczonemu.

Na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd I instancji uznał, że:

Powództwo podlegało oddaleniu. Nie doszło do zawarcia między pozwanym a ubezpieczonym M. G. umowy w zakresie, w jakim starała się to wykazać strona powodowa. Samo wypełnienie przez M. G. (1) wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz uiszczenie do rąk agenta kwoty pieniężnej na poczet składki nie skutkowało zawarciem podstawowej umowy ubezpieczenia w zakresie sugerowanym przez stronę powodową, ani też umowy ubezpieczenia dodatkowego. Zgodnie z trybem zawierania umów należało prawidłowo wypełnić wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz uiścić pierwszą składkę, a następnie dostarczyć i poddać weryfikacji ubezpieczyciela, który oceni ryzyko. Ostatecznie miało dojść bowiem do zawarcia umowy na warunkach przewidzianych we wniosku bądź też, tak jak to miało miejsce w niniejszej sprawie, na warunkach zaproponowanych przez ubezpieczyciela po dokonaniu korekty kwestii związanych z umową ubezpieczenia w zakresie sumy ubezpieczenia bądź wysokości składki. Sąd I instancji przyjął, że wypełniony wniosek stanowił jedynie skierowane do pozwanego oświadczenie M. G. (1), w którym ten zawarł wolę zawarcia umowy (...). Pozwany dokonał – zgodnie ze swoimi uprawnieniami – korekty ubezpieczenia, ograniczając je wyłącznie do zgonu ubezpieczonego, pomijając możliwość ubezpieczenia w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, pomniejszając sumę ubezpieczenia z kwoty 200.000 zł do kwoty 177.192 zł oraz zwiększając składkę ubezpieczenia z kwoty 355,38 zł na kwotę 514,98 zł. W dniu 27 września 2011 r. pozwany wystawił polisę nr (...), która miała stanowić potwierdzenie zawarcia przez W. z M. G. (1) umowy (...). Wypełniony przez M. G. (1) wniosek nie był dokumentem potwierdzającym zawarcie umów ubezpieczenia, a wyłącznie skierowaną za pośrednictwem agenta do pozwanego ofertę zawarcia umów ubezpieczenia, na którą to ofertę pozwany przystał tylko w części, a mianowicie w zakresie jakiegoś wyraz w polisie nr (...). Sąd I instancji uznał, że brak jest podstaw do przyjęcia, iż pomiędzy pozwanym a M. G. (1) doszło do zawarcia umowy (...) na warunkach określonych przez M. G. (1) we wniosku, zakładających szerszy zakres ubezpieczenia. Między stronami doszło wyłącznie do zawarcia tej umowy na warunkach określonych polisą nr (...), czemu pozwany dał wyraz wystawiając dokument ubezpieczenia w postaci polisy (art. 809 k.c.), jak również dokonując wypłaty na rzecz powódki kwoty 177.192 zł w związku z czynnościami podjętymi w ramach likwidacji szkody.

Skutku w postaci zawarcia umowy ubezpieczenia w szerszym zakresie przez M. G. (1) we wniosku nie wywarło bowiem złożenie wniosku przez niego agentowi pozwanego połączonego z zapłatą składki. Agent nie złożył bowiem żadnego oświadczenia woli w imieniu pozwanego, gdyż nie był do tego umocowany, był tylko pośrednikiem przy zawieraniu umów. Pełnomocnictwo udzielone przez pozwanego agentowi nie obejmowało składania oświadczeń woli w imieniu pozwanego. Rolą agenta było wyłącznie umożliwienie ubezpieczającemu zapoznania się z OWU, odebranie

wypełnionego wniosku i jego przesłanie do ubezpieczyciela, celem dokonania jego oceny pod względem ryzyka ubezpieczeniowego.

Co więcej, o tym, że do łączącego pozwanego i ubezpieczonego stosunku umownego w szerszym zakresie nie doszło, wynika z ogólnych warunków tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z którymi do umowy ubezpieczenia tymczasowej ochrony ubezpieczonej dochodzi w dniu doręczenia do ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie podstawowej umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wraz z dowodem wpłaty pierwszej składki w wysokości określonej przez ubezpieczyciela we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia (§ 3 ust. 4 Ogólnych Warunków (...)). Koniec zaś takiej tymczasowej ochrony na miejsce w dacie wystawienia przez ubezpieczyciela polisy potwierdzającej zawarcie umowy podstawowej.

Sąd I instancji uznał, że na uwzględnienie nie zasługiwał również podniesiony przez stronę powodową zarzut dotyczący sposobu doręczenia przez pozwanego M. G. (1) polisy nr (...) oraz pism z dnia 27 września 2011 za pośrednictwem agenta pozwanego. Przepis art. 811 k.c. nie precyzuje w jaki sposób ubezpieczyciel zobowiązany jest doręczyć ubezpieczającemu dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia (polisę), jak również odnoszące się do polisy pismo ubezpieczyciela w trybie art. 811 k.c. Doręczanie ubezpieczającym tego rodzaju korespondencji przez zakłady ubezpieczeń za pośrednictwem agentów jest powszechną praktyką na rynku ubezpieczeniowym, jak również znajduje swoje odzwierciedlenie w treści postanowień Ogólnych Warunków Zawierania Umów Agencyjnych przez (...)z agentami ubezpieczeniowymi, zgodnie z którymi do obowiązków agenta z tytułu organizacji i sprzedaży ubezpieczeń indywidualnych należy przekazanie polisy wraz z blankietami opłat składek ubezpieczającemu (§ 3 ust. 4). Agent nie był uprawniony do przekazania przedmiotowych dokumentów osobie trzeciej w tym przypadku powódce mając na uwadze, że korespondencja była przeznaczona dla ubezpieczającego. Nawet gdyby przyjąć, że do zawarcia umowy doszło w szerszym zakresie, to powódka nie zdołała wykazać, że do śmierci jej męża doszło w wyniku wypadku co miałoby istotne znaczenie jeśli wziąć pod uwagę, że kwota 200.000 zł miałyby stanowić świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, którego definicja znajduje się w OWU (wypadek – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia).

W związku z tym Sąd Okręgowy ocenił, że powódka w żaden sposób nie udowodniła swojego roszczenia w zakresie kwoty 200.000 zł z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, wobec czego jej powództwo należało oddalić. Ubocznie wskazał, że wątpliwe jest to, czy w ogóle doszło do zawarcia umowy potwierdzonej wystawioną przez pozwanego polisą, skoro dokumentu tego nie udało się ubezpieczającemu doręczyć, w związku z czym budzi wątpliwości wypłacenie ww. sumy.

Apelację od wyroku Sądu I instancji wniosła powódka, zaskarżając go w całości, wnosząc o jego zmianę poprzez zasądzenie od pozwanego kwoty 222.808 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 24 listopada 2011 r. do dnia zapłaty, na którą to kwotę składały się kwoty: 22.808 zł tytułem pozostałej części świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego i 200.000 zł z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, a także zasądzenia kosztów procesu za obie instancje. Zarzuciła naruszenie:

I. prawa materialnego:

1) art. 809 i 811 k.c., a także § 4 pkt 8 Ogólnych Warunków(...) i § 5 pkt 1 Ogólnych Warunków (...) poprzez ich błędną wykładnię i w konsekwencji przyjęcie, że pomiędzy mężem powódki a pozwaną nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, podczas gdy umowa taka została zawarta;

2) art. 811 k.c. poprzez błędną jego wykładnię skutkującą przyjęciem, że pozwana skutecznie dokonała zmian treści umowy łączącej ją z M. G. (1) na jego niekorzyść, polegających na zmniejszeniu sumy ubezpieczenia z kwoty 200.000 zł do kwoty 177.192 zł oraz na ograniczeniu zakresu umowy do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, bez dodatkowego świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, podczas gdy pozwana nie dochowała wymaganych w art. 811 k.c. przesłanek, aby zmiany te były skuteczne, co skutkuje ich bezskutecznością i koniecznością przyjęcia, że umowa ubezpieczenia zawarta została na warunkach wynikających z wniosku M. G. (2) z dnia 22 września

2011 r., tj. że umowa obejmowała dwa świadczenia – z tytułu zgonu ubezpieczonego i z tytułu zgony w wypadku, przy sumie ubezpieczenia po 200.000 zł;

II. prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego rozważania materiału dowodowego i pominięcie istotnej części tego materiału w postaci notatki urzędowej z dnia 5 października 2011 r., protokołu sekcji zwłok, sprawozdania z badań technicznych pojazdu z dnia 13 października 2011 r., postanowienia o umorzeniu śledztwa z dnia 23 stycznia 2012 r., a w konsekwencji przejęcie, że powódka nie udowodniła, że do śmierci M. G. (2) doszło w wyniku wypadku, o którym mowa w § 2 Ogólnych Warunków (...), podczas gdy te dokumenty wskazują, że M. G. (1) poniósł śmierć w wyniku wypadku.

Strona pozwana wniosła odpowiedź na apelację, domagając się jej oddalenia i zasądzenia kosztów postępowania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powódki okazała się zasadna.

Sąd Apelacyjny zasadniczo podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd I instancji i przyjmuje je za swoje, poza jedną kwestią. Ustalenia w tym zakresie nie naruszały zasady oceny materiału dowodowego wynikającej z art. 233 § 1 k.p.c. Sprawa to, że nie zachodzi potrzeba powtarzania szczegółowych ustaleń faktycznych (zob. np. postanowienie SN z dnia 22 kwietnia 1997 r., II UKN 61/97, OSNAP 1998, nr 3, poz. 104; wyrok SN z dnia 8 października 1998 r., II CKN 923/97, OSNC 1999, nr 3, poz. 60). Niemniej wniosków wyciągniętych na podstawie ustalonego stanu faktycznego nie można było podzielić. Już w tym miejscu bowiem należy wskazać, że w ustaleniach dotyczących stanu faktycznego Sąd Okręgowy wskazał, że strony nie zawarły umowy ubezpieczenia. W tym zakresie Sąd Apelacyjny nie podziela ustaleń, przy czym tak naprawdę jest to kwestia subsumpcji stanu faktycznego z punktu widzenia właściwych przepisów prawa i dotyczy wywodów prawnych.

Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Obowiązek ten aktualizuje się wówczas, gdy ubezpieczający udowodni, że zaistniał wypadek przewidziany umową ubezpieczenia, powstała szkoda w wykazywanej przez niego wysokości oraz zaistniał związek przyczynowy pomiędzy tymi zdarzeniami.

Powódka wykazała przesłanki wypłaty odszkodowania na podstawie umowy zawartej w dniu 22 września 2011 r. z tytułu zgonu oraz z tytułu zgonu w wyniku wypadku.

Umowa ubezpieczenia dla swej ważności nie wymaga zachowania formy szczególnej i może dojść do jej zawarcia nawet w wyniku milczącego przyjęcia oferty przez ubezpieczyciela. Postanowienie, że umowa ubezpieczenia powinna być potwierdzona przez ubezpieczyciela dokumentem ubezpieczenia, oznacza zastrzeżenie formy jedynie ad probationem, bowiem wspomniany dokument ma zwykłą postać pisemną. Umowa ubezpieczenia zawierana jest najczęściej w trybie ofertowym i jako oferent występuje tu ubezpieczający. Oferta ubezpieczającego przybiera postać wniosku o ubezpieczenie, skierowanego do ubezpieczyciela jako oblata. Ubezpieczyciel, przyjmując ofertę, potwierdza to z reguły przez doręczenie dokumentu ubezpieczenia i chwila, w której to następuje, wyznacza moment zawarcia umowy. Nie ma jednak przeszkód, aby oferta ubezpieczającego została przyjęta w inny sposób, w szczególności nie wymaga się dla oświadczenia ubezpieczyciela o przyjęciu oferty żadnej szczególnej formy i oświadczenie to może zostać złożone choćby w sposób dorozumiany (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 listopada 2006 r., II CSK 181/06, Legalis). Zawarcie umowy ubezpieczenia z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia następuje zatem tylko wtedy, gdy umowa ta nie została już wcześniej zawarta według reguł ogólnych prawa cywilnego (zob. M. Orlicki, w: M. Orlicki, J. Pokrzywniak, Umowa ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji kodeksu cywilnego, Warszawa 2008, s. 54; podobnie Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 14 marca 1996 r., I ACr 62/96, OSA 1997, Nr 1, poz. 4, z glosą R. Kasprzyka, (...) 1997, Nr(...), s. 262). Dyspozycja art. 809 § 2 KC wprowadza zatem w tym zakresie jedynie

domniemanie o charakterze usuwalnym. Przepis ten nie znajdzie zastosowania w sytuacji, kiedy chwila zawarcia umowy została oznaczona wyraźnie przez same strony, ani też w przypadkach, o których mowa w art. 811 k.c.

W świetle powyższych rozważań oraz materiału dowodowego zasadny był zarzut apelacji naruszenia art. 809 i 811 k.c. Uznać bowiem należało, że pomiędzy mężem powódki M. G. (1) a pozwanym doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia na skutek doręczenia do ubezpieczającego wniosku z dnia 22 września 2011 r., zgodnie z § 4 ust. 9 Ogólnych Warunków (...) ((...)).

Nie ulegało kwestii, że w dniu 22 września 2011 r. B. C. (1), a więc agent ubezpieczeniowy (...), spisała wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia. Rozpatrując ofertę ubezpieczającego, określiła zakres i przedmiot ochrony ubezpieczeniowej, ustaliła i pobrała składkę ubezpieczeniową wraz z opłatą. Następnie wniosek został wysłany – zgodnie z przyjętą procedurą – ubezpieczycielowi, co wprost wynika z zeznań B. C. (2), słuchanej w charakterze świadka.

Błędnie Sąd I instancji przyjął, że agent ubezpieczeniowy nie złożył żadnego oświadczenia woli w imieniu ubezpieczyciela, a skoro B. C. (3) nie była umocowana do wystawienia polisy, to jedynie pośredniczyła przy zawarciu umowy ubezpieczenia w ten sposób, że umożliwiała zapoznanie się z OWU, odbierała wypełniony wniosek i przesyłała do pozwanego celem dokonania jego oceny pod względem ryzyka ubezpieczeniowego.

Wskazać należy, że w dniu spisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia obowiązywała ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 2077 ze zm.). Jej art. 4 wskazywał na kategorie czynności, które wykonuje pośrednik ubezpieczeniowy. Ustawodawca wprowadził podział na czynności agencyjne oraz czynności brokerskie. Przepis art. 4 pkt 1 ustawy stanowił, że czynności dokonywane w imieniu lub na rzecz zakładu ubezpieczeń (czynności agencyjne) polegają na pozyskiwaniu klientów, wykonywaniu czynności przygotowawczych zmierzających do zawierania umowy ubezpieczenia oraz uczestniczenia w administrowaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia, także w sprawach o odszkodowania, jak również na organizowaniu i nadzorowaniu czynności agencyjnych (działalność agencyjna). Ustawodawca wprowadził bardzo szeroki katalog czynności wykonywanych przez agenta ubezpieczeniowego – „agent zaczyna od pośredniczenia przy zawarciu umowy ubezpieczenia, a kończy na likwidowaniu szkody”. Poprzez czynności przygotowawcze zmierzające do zawarcia umowy ubezpieczenia należy rozumieć przygotowanie stosownej dokumentacji, koniecznej do zawarcia umowy ubezpieczenia (wniosek ubezpieczeniowy, ogólne warunki ubezpieczenia).

Agent ubezpieczeniowy wykonuje także czynność polegającą na zawarciu umowy ubezpieczenia wówczas gdy zostało mu udzielone stosowne pełnomocnictwo, w rozumieniu art. 12 powołanej ustawy. Działanie agenta wówczas wywołuje skutki prawne bezpośrednio dla reprezentowanego zakładu ubezpieczeń, jeżeli agent będzie miał umocowanie i działał w jego granicach. Udzielenie pełnomocnictwa następuje z reguły w drodze jednostronnej czynności prawnej ubezpieczyciela. Udzielenie pełnomocnictwa agentowi sprawia, że jest on umocowany do dokonywania czynności prawnych w imieniu dającego zlecenie zakładu ubezpieczeń. Czynności prawne dokonywane przez agenta-przedstawiciela wywierają zatem bezpośrednie skutki w sferze prawnej ubezpieczyciela, w związku z czym ten ostatni staje się stroną i tym samym nabywa prawa i obowiązki wynikające z zawartej umowy ubezpieczenia.

Wskazać należy, że B. C. (1) widnieje w Rejestrze Agentów Ubezpieczeniowych, dostępnym powszechnie na stronie internetowej (...) Wskazano tam obszar i zakres działalności agenta, rodzaje ubezpieczeń, wysokość maksymalnej sumy ubezpieczenia, na jaką agent ubezpieczeniowy może zawrzeć jedną umowę ubezpieczenia, w tym 200.000 zł z tytułu ubezpieczenia na życie oraz 200.000 zł z tytułu ubezpieczenia. Wydruk ze strony internetowej został złożony przez pełnomocnika powódki, jako wniosek na okoliczność posiadania przez agenta pełnomocnictwa.

Uznać zatem należało, że B. C. (1), działając w granicach i na podstawie pełnomocnictwa, zawarła z ubezpieczonym umowę w dniu 22 września 2011 r. w imieniu i na rzecz (...).

Co istotne, zawarcie umowy z osobą podającą się za agenta, a niemającą umocowania albo przekraczającą jego zakres powoduje, że czynność ta jest niezupełna (negotium claudicans), a jej ważność zależy od potwierdzenia przez zakład

ubezpieczeń, w imieniu którego umowa została zawarta. Działalność agenta bez umocowania lub z przekroczeniem reguluje art. 760³ k.c., który zawiera fikcję prawną potwierdzenia umowy ubezpieczenia przez dającego zlecenie w razie jego milczenia. Aby uchylić się od skutków prawnych zawartej umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń powinien niezwłocznie po otrzymaniu wiadomości o jej zawarciu oświadczyć klientowi, że umowy tej nie potwierdza. Jeżeli zakład ubezpieczeń złoży oświadczenie o niepotwierdzeniu umowy ubezpieczenia, agent jest obowiązany do zwrotu otrzymanej od klienta składki oraz do naprawienia szkody, którą klient poniósł przez to, że zawarł umowę, nie wiedząc o braku umocowania lub o przekroczeniu jego zakresu (art. 103 § 3 k.c.).

W rozpoznawanej sprawie strona pozwana nie wykazała, że oświadczyła klientowi, iż umowy ubezpieczenia nie potwierdza. Oczywiście jest, że takie oświadczenie powinno zostać złożone drugiej stronie umowy lub osobie przez nią uprawnionej. Jeżeli zaistniało już zdarzenie, od którego uzależniona była wypłata odszkodowania, złożenie takiego oświadczenia nie jest możliwe, a przyjęcie innej koncepcji, np. możliwość złożenia oświadczenia wobec osoby uposażonej, skutkowałaby możliwością nieuzasadnionego uchylenia się przez ubezpieczyciela od spełnienia świadczenia wynikającego z umowy. Trzeba mieć na uwadze, że art. 760³ k.c. stanowi *lex specialis* w stosunku do art. 103 § 1 k.c. i nakłada na ubezpieczyciela i agenta działającego w jego imieniu zachowanie szczególnych zasad w związku z istotą i celem umowy ubezpieczenia. Przykładowo, nie stoi na przeszkodzie, aby agent poinformował osobę chcącą zawrzeć umowę ubezpieczenia, że nie jest uprawniony do zawarcia takiej umowy, a zostanie ona zawarta dopiero po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela i nie pobierać składki z tytułu ubezpieczenia do złożenia oświadczenia przez ubezpieczyciela. Nie można bowiem tu pominąć art. 6a ustawy, zgodnie z którym sumy pieniężne przekazane z tytułu umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego pośrednikowi ubezpieczeniowemu uznaje się za wpłacone zakładowi ubezpieczeń, a sumy pieniężnych przekazanych z tytułu umowy ubezpieczenia przez zakład ubezpieczeń pośrednikowi ubezpieczeniowemu nie uznaje się za przekazane ubezpieczającemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia do czasu ich rzeczywistego otrzymania przez te osoby.

Tak więc w świetle powołanych przepisów, jeżeli agent ubezpieczeniowy nie poinformuje ubezpieczającego, że nie jest uprawniony do zawierania umowy w imieniu ubezpieczyciela, a dodatkowo przyjmuje od klienta składkę ubezpieczeniową, należy przyjąć, że dochodzi do powstania stosunku ubezpieczenia na umówionych zasadach i dopiero następcze i skuteczne działanie ubezpieczyciela może tym skutkom zapobiec. Jeżeli natomiast w wyniku działania agenta ubezpieczyciel poniesie szkodę, przysługuje mu stosowne roszczenie w stosunku do agenta, ale pozostawało to poza niniejszą sprawą, w której bezsporne było, że ubezpieczony zapłacił ubezpieczycielowi składkę, gdyż kwotę 514,98 zł (stanowiąca sumę składek: podstawowej w kwocie 355,38 zł i z tytułu ubezpieczenia dodatkowego zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku w kwocie 159,60 zł) agent pobrał gotówką. Spełnione zostały więc warunki do uznania, że umowa ubezpieczenia została skutecznie zawarta.

Nadto należy wskazać, że zgodnie z § 4 ust. 9 OWU, w zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach (...), umowa ubezpieczenia zawarta jest w dniu doręczenia do ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia składki w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela. Zgodnie z § 3 ust. 3 Ogólnych Warunków (...) umowa w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie podstawowej umowy ubezpieczenia. Zgodnie zaś z § 3 ust. 6 i 4 odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy w zakresie tymczasowej ochrony rozpoczyna się w dniu doręczenia do ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy podstawowej, podpisanego oraz opłaconego.

Uwzględniając zatem, że wykazane zostało w sprawie, iż w dniu 22 września 2011 r. M. G. (1) opłacił składki w wysokości ustalonej przez agenta ubezpieczającego oraz złożył poprawnie wypełniony wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia w tym dniu zawarta została umowa ubezpieczenia terminowego na życie przy sumie ubezpieczenia 200.000 zł, za zapłatą składki w kwocie 355,38 zł wraz z dodatkowym ubezpieczeniem zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, na sumę ubezpieczenia 200.000 zł, za zapłatą składki 159,60 zł.

Nadto wskazać należy, że zgodnie z § 3 ust. 6 Ogólnych Warunków (...) odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy w zakresie tymczasowej ochrony odpowiedzialność ubezpieczyciela kończyła się z upływem 60 dni jej trwania

lub z dniem wystawienia polisty potwierdzającej zawarcie umowy zgodnie z OWU, z dniem odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym przez ubezpieczyciela lub z dniem zgonu ubezpieczonego.

Niezasadnie Sąd I instancji uznał, że z dniem 27 września 2011 r. przestały obowiązywać postanowienia umowy w zakresie tymczasowej ochrony, z uwagi na wystawienie przez pozwanego polisty ubezpieczeniowej.

Zgodnie z art. 811 § 1 k.c. w przypadku, gdy ubezpieczający składa ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel nie musi jej przyjmować wprost, lecz może to zrobić także ze zmianami. W przypadku, gdy zmiany są mniej korzystne dla ubezpieczonego, ubezpieczyciel ma obowiązek wskazać pisemnie te postanowienia, które uległy zmianie i są mniej korzystne, oraz wyznaczyć termin dla zgłoszenia przez ubezpieczającego sprzeciwu. Termin ten nie może być krótszy niż 7 dni, jego bezskuteczny upływ zaś skutkuje zawarciem umowy zgodnie z treścią dokumentu. Ubezpieczyciel powinien zawrzeć rozbieżności między ofertą a dokumentem ubezpieczenia w formie pisemnej pod rygorem ad eventum (zob. M. Krajewski, Umowa ubezpieczenia. Komentarz, Warszawa 2004, art. 811, Nb 5 i 8; W. Dubis, w: E. Gniewek, P. Machnikowski, Kodeks cywilny. Komentarz, Warszawa 2016, art. 811, Nb 1; L. Ogiegło, w: K. Pietrzykowski, Kodeks cywilny. Komentarz, t. II, Warszawa 2015, art. 811, Nb 5; nie można zgodzić się z nielicznymi głosami w doktrynie, że jest to forma pod rygorem ad solemnitatem) – brak dochowania formy nie powoduje więc nieważności umowy, lecz jedynie bezskuteczność postanowień mniej korzystnych dla ubezpieczającego, niż wynikało to z jego oferty. Powołany przepis ma bowiem funkcję ochronną klienta ubezpieczyciela jako słabszej strony umowy. Jest to przepis jednostronnie bezwzględnie obowiązujący, a postanowienia zawarte przez strony w warunkach ogólnych umowy ubezpieczenia nie mogą być mniej korzystne dla ubezpieczonego.

Nie sposób zatem przyjmować, że z dniem wystawienia polisy umowa zawarta na skutek złożonego i opłaconego przez klienta wniosku przestała obowiązywać. Wskazać należy, że postanowienia OWU (...) były mniej korzystne niż przepis art. 811 § 1 k.c. Zmianie na niekorzyść uległa suma ubezpieczenia, składka oraz zakres ochrony. Zmiany nie były skuteczne, albowiem nie został wyczerpany tryb wskazany w § 1 art. 811 k.c. Odpowiedzialność ubezpieczyciela zakończyła się zatem z dniem zgonu ubezpieczonego, tj. 5 października 2011 r., zgodnie z § 3 ust. 6 pkt 4 OWU (...)

Wbrew ocenie Sądu I instancji uznać należało, że powódka wykazała, iż ubezpieczony zmarł w wyniku wypadku w znaczeniu przyjętym przez § 2 OWU (...), tj. nagłego zdarzenia wywołanego przyczyną zewnętrzną, powstałą w czasie odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia. Uwzględniając dokumenty zgromadzone podczas postępowania prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową w K.w sprawie pod sygn. akt 2 Ds. 2533/11, jak szkice z miejsca zdarzenia z dnia 5 października 2011 r., protokół sekcji zwłok, sprawozdanie z badań technicznych pojazdu, oraz postanowienia o umorzeniu śledztwa, jak i zeznania powódki przyjmując należało, że M. G. (1) zginął na skutek zderzenia pojazdu, którym kierował, z drzewem. Do zderzenia doszło na skutek zmiany pasa ruchu na przeciwny. Zdarzenie to wyczerpuje przesłanki wypadku o jakim mowa w ww. postanowieniu umownym.

Termin przedawnienia roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia wynosi trzy lata, zgodnie z art. 819 § 1 k.c. Powódka przedstawiła odpis wniosku dnia 26 września 2014 r. wraz z odpisem odpowiedzi na wniosek wskazując, że wystąpiła do Sądu Rejonowego (...) w W.o zawezwanie pozwanego do próby ugodowej w zakresie kwoty 222.808 zł wraz z odsetkami od dnia 24 listopada 2011 r. do dnia zapłaty. Okoliczność tę należało uznać za niezaprzeczoną w rozumieniu art. 230 k.p.c. Uznać zatem należało, że zgodnie z art. 123 pkt 1 k.p.c. doszło do przerwy w biegu terminu przedawnienia, który rozpoczął na nowo bieg. Skoro zatem pozew w sprawie złożony został z dnia 8 grudnia 2015 r., roszczenie odsetkowe nie jest przedawnione.

Mając na względzie powyższe uznać należało, że roszczenie powódki zasługuje na uwzględnienie w całości, a to w kwocie 222.808 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 24 listopada 2011 r. do dnia zapłaty, na którą to kwotę składają się kwota 22.808 zł tytułem pozostałej części świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, na podstawie umowy zawartej przez M. G. (1) z (...), w ramach (...) oraz kwota 200.000 zł tytułem świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

Reasumując, wbrew wywodom Sądu Okręgowego, roszczenie powódki było zasadne w całości. O odsetkach orzeczono na podstawie art. 817 § 1 k.c., uwzględniając, że pismem z dnia 24 października 2014 r. powódka wezwała stronę pozwaną do zapłaty.

Mając powyższe na względzie, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., orzeczono jak w punkcie I sentencji.

Zmiana wyroku co do roszczenia głównego wymagała zmiany rozstrzygnięcia w zakresie kosztów procesu za pierwszą instancję.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. zgodnie z zasadą zawinienia i kosztów celowych oraz koniecznych.

Uwzględnić należało, iż powódka poniosła koszty sądowe, a to opłatę od pozwu w kwocie 11.141 zł. O wysokości kosztów zastępstwa procesowego orzeczono na podstawie § 6 ust. 7 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 z dnia 28 września 2002 r. (Dz. U. Ne 163, poz. 1349 ze zm.).

Uwzględnić należało także to, iż powódka poniosła koszty opłaty od apelacji w także w kwocie 11.141 zł. O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie § 2 ust. 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców pranych z dnia 22 października 2015 r. (Dz. U. z 2015 r., poz. 1804) , w brzmieniu obowiązującym w dniu wniesienia apelacji.