

Sygn. akt **IC 999/15**

Dnia 22 września 2016 roku

Sąd Okręgowy w Nowym Sączu I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Paweł Poręba

Protokolant: st. sekr. sąd. Jolanta Furman

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 19 września 2016 roku w N.

sprawy z powództwa **L. F.**

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

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od powoda L. F. na rzecz pozwanego A. Towarzystwo (...) S.A. w W. kwotę 3.617,00 zł (trzy tysiące sześćset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

III. nakazuje ściągnąć od powoda L. F. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Nowym Sączu kwotę 812,74 zł (osiemset dwanaście złotych siedemdziesiąt cztery grosze) tytułem wydatków poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa.

SSO Paweł Poręba

Sygn. akt: IC 999/15

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego w Nowym Sączu I Wydział Cywilny

z dnia 22 września 2016 roku

Powód L. F. w pozwie z dnia 2 września 2016 r. wnosił o zasądzenie od strony pozwanej A. Towarzystwo (...) S.A. na jego rzecz kwoty 77.570,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 14 września 2013 r. do dnia zapłaty (k. 2).

Uzasadniając swoje żądanie powód wskazał, że w dniu 28 czerwca 1994 r. zawarł ze stroną pozwaną umowę uniwersalnego ubezpieczenia z opcją ochrony życia. Polisa ta gwarantowała świadczenia na wypadek zgonu oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres 12 miesięcy. Uprawnienie z tytułu polisy powstawało w chwili dostarczenia stronie pozwanej wystarczającego dowodu na pozostawanie przez ubezpieczonego w trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w nieprzerwanym okresie 12 miesięcy, który to okres zaczął biec po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, a przed ukończeniem przez ubezpieczonego 60. roku życia. Od dnia 28 czerwca 2012 r. do 27 czerwca 2013 r. suma ubezpieczenia wynosiła 77.570,00 zł.

Powód poddany został następującym zabiegom:

- w grudniu 2012 r. – fakoemulsyfikacja zaćmy wikłającej z wszczepem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej do torebki soczewki oka prawego;

- w styczniu 2013 r. – leczenie operacyjne przedarciowego odwarstwienia siatkówki oka prawego – założenie plombki południkowej i cerclage;

- w czerwcu 2013 r. – fakoemulsyfikacja zaćmy wikłającej z wszczepem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej do torebki soczewki oka lewego;

- w lipcu 2013 r. – witrektomia tylna, usunięcie ERM oka prawego i oblaserowanie siatkówki.

W toku leczenia powodowi zalecane było unikanie wysiłku fizycznego i ograniczenie aktywności.

Pogorszenie widzenia i ograniczenia w funkcjonowaniu istnieją u powoda także obecnie.

W związku z zachorowaniem, wobec powoda orzeczono całkowitą niezdolność do pracy od dnia 7 grudnia 2012 r. do 30 czerwca 2013 r., którą następnie przedłużono do dnia 31 grudnia 2013 r.

W okresie całkowitej niezdolności do pracy powód zgłosił stronie pozwanej roszczenie o zapłatę świadczenia w tytule polisy, jednak strona pozwana odmówiła powodowi wypłaty świadczenia, stwierdzając brak cech trwałości i całkowitości niezdolności do pracy.

Powód zwrócił uwagę, iż w ogólnych warunkach ubezpieczenia strona pozwana definiowała trwałą i całkowitą niezdolność do pracy jako inwalidztwo, tj. trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie istniejącą w chwili zgłoszenia i przewidywanej przyszłości. W ocenie powoda, takie zawężenie prowadziłoby do uznania wyłącznie kilku przypadków, w których strona pozwana mogłaby wypłacić świadczenie z tytułu polisy, co ubezpieczonemu ogranicza możliwość dochodzenia swoich roszczeń.

Powód podnosił, iż zawarta w ogólnych warunkach ubezpieczenia regulacja jest niejasna i winna być interpretowana zawsze na korzyść ubezpieczonego, zwłaszcza wobec przedłożenia przez powoda wystarczających dowodów. W szczególności interpretacja nie może uniemożliwić uprawnionemu dochodzenia swoich roszczeń. Zdaniem pozwanego, trwałość niezdolności do pracy nie oznacza, by miała ona charakter nieodwracalny i nieokreślony czasowo, a by zachodziła nieprzerwanie przez 12 miesięcy. Ponieważ samo stwierdzenie „trwały” jest w ocenie powoda nieprecyzyjne, wymaga punktu odniesienia i określenia w czasie. Okres 12 miesięcy ma zatem spełniać cechę trwałości, jako zjawiska występującego przez dłuższy czas, natomiast interpretacja w ten sposób, iż trwałość oznacza wieczną niezdolność do pracy byłaby nadużyciem.

Tym samym powód podnosił, iż wystarczające do spełnienia przez stronę pozwaną świadczenia było to, że nieprzerwanie przez 12 miesięcy był on całkowicie niezdolny do pracy. Powód wskazywał również, iż niezdolność do pracy w dowolnym zawodzie nie oznacza niezdolności do pracy w jakimkolwiek i każdym zawodzie. Wystarczające miało być, iż niezdolność do pracy zachodziła w dowolnym – wybranym przez powoda zawodzie.

Jednocześnie powód podnosił, iż orzeczenie komisji lekarskiej ZUS stanowi wystarczający dowód jego całkowitej niezdolności do pracy, a po stronie powoda nie istniała możliwość przedstawienia innych i bardziej wiarygodnych dowodów. Tymczasem strona pozwana zaprzeczała powodowi, wskazując, iż orzeczenia ZUS nie są dla niej wiążące.

Powód zarzucał również stronie pozwanej, iż przez swoją błędną interpretację naruszyła zasady zaufania społecznego, jakimi cieszą się towarzystwa ubezpieczeniowe oraz zasadę lojalności, której powód przez wiele lat opłacania składek pozostawał wierny.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jej rzecz od powoda kosztów postępowania i kosztów zastępstwa procesowego (k. 71).

Argumentując swoje stanowisko, strona pozwana potwierdziła otrzymanie od powoda zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z polisy. Wtedy też strona pozwana niezwłocznie podjęła działania celem stwierdzenia zasadności żądania powoda, a powód został skierowany na badania lekarskie. Podczas przeprowadzonych badań przez lekarza specjalistę ustalono, iż powód od dzieciństwa cierpiał na krótkowzroczność obu oczu, a pogorszenie widzenia nastąpiło już w 2010 r. W wyniku konsultacji stwierdzono, że u powoda nie wystąpiła dysfunkcja powodująca naruszenie sprawności organizmu w stopniu skutkującym całkowitą i trwałą niezdolnością do pracy. Powód był ograniczony jedynie w

dźwiganiu ciężarów i wykonywaniu szybkich ruchów. Stan zdrowia powoda nie uzasadniał zatem wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.

Strona pozwana wskazała, iż z ogólnych warunków ubezpieczenia jednoznacznie wynika, że do wypłaty świadczenia z tytułu polisy niezbędne jest spełnienie łącznie przesłanek całkowitej niezdolności do pracy, dotyczącej wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, trwałej niezdolności do pracy, mającej charakter nieodwracalny, istnienia niezdolności w chwili zgłoszenia roszczenia i pozostawania w stanie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy co najmniej przez 12 miesięcy.

Schorzenie powoda nie stanowi trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, nie utrudniało mu chociażby wykonywania pracy lekkiej, biurowej.

Strona pozwana podkreśliła również, iż odmowa świadczenia zapadła w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia, które są odmienne od kryteriów, jakimi kieruje się komisja ZUS podczas orzekania o niezdolności do pracy. Ogólne warunki ubezpieczenia nie wymagają bowiem, by ubezpieczony był niezdolny do dotychczas wykonywanej pracy, miał możliwość podjęcia innej pracy, celem było przekwalifikowanie się, nie oceniają posiadane wykształcenie, wieku i predyspozycji psychofizycznych. Na okoliczności te za to zwracają uwagę lekarze ZUS.

Mimo to, jak podnosiła strona pozwana, orzeczenia ZUS w stosunku do powoda wydawane były na czas określony, co samo w sobie nie spełnia kryteriów niezdolności do pracy wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Strona pozwana podkreśliła nadto, iż mimo pozostawania w niezdolności do pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy, niezdolność do pracy musi zachodzić również w przewidywanej przyszłości, czego powód nie wykazał.

Ustosunkowując się do twierdzeń odpowiedzi na pozew, powód ponownie podkreślił (k. 109-113), iż jego roszczenie o wypłatę świadczenia wynikało wprost z orzeczenia ZUS, które to orzeczenie stanowiło wystarczający dowód całkowitej niezdolności do pracy powoda. Powód podtrzymał swoje twierdzenia, iż przesłanka trwałości nie została wystarczająco zdefiniowana w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Powód nie zgodził się z krzywdzącą dla niego interpretacją strony pozwanej, iż trwałość niezdolności do pracy oznacza jej nieodwracalność. Powód podniósł również, iż wystarczająco wykazał, iż niezdolność do pracy zachodzić będzie również w przewidywanej przyszłości, a to w ten sposób, iż z orzeczeń ZUS wynika, w jakim okresie powód miał być niezdolny do pracy.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powód L. F. zawarł w dniu 07 lipca 1994 roku z (...) U. Towarzystwo (...) S.A. poprzednikiem prawnym strony pozwanej A. Towarzystwo (...) S.A. w W. umowę polisy ubezpieczeniowej nr (...).

Polisa obejmowała ubezpieczenie na życie powoda L. F., wskazując jako uposażonego T. F..

Okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczął się od dnia 28 czerwca 1994 roku.

W postanowienia dodatkowych umowy wskazano, iż w razie trwałej całkowitej niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres co najmniej 12 miesięcy zostanie wypłacone świadczenie w oparciu o par. 3.2. i 4.1. ogólnych warunków ubezpieczenia.

Dowód: / polisa ubezpieczeniowa, k. 17 - 18; odpis z KRS (...), k. 80-85 /

Szczegółowe warunki ubezpieczenia opisane zostały w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Paragraf 3.2. ogólnych warunków ubezpieczenia określał warunki dla opcji świadczenia z tytułu inwalidztwa (niezdolności do pracy).

Zgodnie z par. 3.2.1. inwalidztwo oznacza trwałe i całkowite skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego na życie, które zdaniem Towarzystwa powodują trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej

ubezpieczonego na życie (w dowolnym zawodzie), istniejącą w chwili zgłoszenia roszczenia ubezpieczonego i w przewidywanej przyszłości.

Z kolei w przypadku, gdy ubezpieczony nie pracował zarobkowo w wymiarze pełnego etatu w okresie 12 miesięcy poprzedzających bezpośrednio powstanie takiej przyczyny niezdolności – trwale pozostawanie ubezpieczonego na życie pod opieką lekarską w domu lub zakładzie opieki medycznej uznanym przez Towarzystwo.

Zgodnie z par. 3.2.2. uprawnienie do powyższego świadczenia powstaje z chwilą otrzymania przez Towarzystwo wystarczającego dowodu na pozostawanie przez ubezpieczonego w niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres 12 miesięcy, który zaczął swój bieg po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, a przed ukończeniem przez ubezpieczonego 60 lat.

Wysokość świadczenia określona została w par. 4.1. w ten sposób, i w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego określonego w par. 3.2. Towarzystwo wypłaci zapewnione świadczenie równe większej z następujących wartości: wartości polisy lub gwarantowanej sumy ubezpieczenia. Z zapewnionego świadczenia potrącane są zaległe składki, w odniesieniu do których dokonano już przekazania jednostek na Rachunek jednostek uczestnictwa, w okresie prolongaty lub w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego w okresie prolongaty.

Od 28 czerwca 2012 roku składka ubezpieczeniowa wynosiła 202,01 zł miesięcznie, a gwarantowana suma ubezpieczenia **77.570** zł i obowiązywała do 28 czerwca 2013 roku.

Powód otrzymał ogólne warunki ubezpieczenia i zapoznał się z nimi przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Dowód: / ogólne warunki ubezpieczenia, k. 19-34; pismo A. Towarzystwo (...) S.A. z dnia 25 kwietnia 2012 r. o pakiecie rocznicowym, k. 35-41; pismo A. Towarzystwo (...) S.A. z dnia 25 kwietnia 2013 r. o pakiecie rocznicowym, k. 42-46; zeznania powoda L. F. od 00:05:11 k. 249/2 w związku z przesłuchaniem informacyjnym od 00:04:19 k. 119/ A. Towarzystwo (...) S.A. jest następcą prawnym (...) U. Towarzystwo (...) S.A.

Dowód: / okoliczność bezsporna; odpis z KRS (...), k. 80-85/

W dniu 7 grudnia 2012 roku powód przeszedł zabieg fakoemulsyfikacji zaćmy wikłającej z wszczepem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej do torebki soczewki oka prawego. Powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem unikania wysiłku fizycznego przez 1 miesiąc.

Od dnia 25 stycznia 2013 roku do 29 stycznia 2013 roku powód przebywał na Oddziale Klinicznym Kliniki (...) w K.. Podczas hospitalizacji u powoda zdiagnozowano przedarciowe odwarstwienie siatkówki i wykonano zabieg operacyjny założenia plomby południkowej i cerclage oka prawego. Podczas zabiegu i w okresie pooperacyjnym u powoda nie stwierdzono powikłań. Powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem oszczędzającego trybu życia i unikania wysiłków fizycznych.

W dniu 14 czerwca 2013 roku powód przeszedł zabieg fakoemulsyfikacji zaćmy wikłającej z wszczepem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej do torebki soczewki oka lewego. Powód został wypisany z zaleceniami unikania wysiłku fizycznego przez 1 miesiąc.

W dniu 20 lipca 2013 roku powód przeszedł witrektomię tylną, usunięcia (...) oka prawego i oblaserowania siatkówki. Powód został wypisany z zaleceniem unikania wysiłku fizycznego przez 1 miesiąc.

W dniu 22 kwietnia 2014 roku powód był hospitalizowany na oddziale okulistycznym szpitala w K.. U powoda wykonano witrektomię, usunięto plombę, podano DK-lineę, zastosowano endolaser i endotamponadę.

Dowód: / karta informacyjna leczenia w trybie jednodniowym, k. 47; karta informacyjna, k. 48-49; karta informacyjna leczenia w trybie jednodniowym, k. 50; karta informacyjna leczenia w trybie jednodniowym, k. 51; karta

informacyjna leczenie szpitalnego, k. 52; opinia biegłej sądowej specjalisty chorób oczu A. S. z dnia 21 marca 2016 roku, k. 178-182 /

W dniu 6 lutego 2013 roku powód wystąpił do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w N. o rentę z tytułu niezdolności do pracy.

W dniu 27 lutego 2013 roku lekarz orzecznik ZUS stwierdził u powoda częściową niezdolność do pracy do dnia 28 lutego 2014 r.

W wyniku sprzeciwu powoda, ZUS skierował sprawę do rozpoznania przez komisję lekarską.

W dniu 28 marca 2013 roku komisja lekarska ZUS orzekła, że powód jest całkowicie niezdolny do pracy od dnia 7 grudnia 2012 roku do 30 czerwca 2013 roku.

W dniu 28 maja 2013 roku powód zwrócił się do ZUS z wnioskiem o ponowne ustalenie prawa do renty.

Orzeczeniem z dnia 19 czerwca 2013 r. lekarz orzecznik ZUS uznał powoda za częściowo niezdolnego do pracy do dnia 31 grudnia 2013 roku. W wyniku sprzeciwu powoda z dnia 1 lipca 2013 roku, powód został zbadany przez komisję lekarską, która w dniu 24 lipca 2013 roku orzekła całkowitą niezdolność powoda do pracy do dnia 31 grudnia 2013 roku.

W dniu 16 grudnia 2013 roku powód wystąpił do ZUS z ponownym wnioskiem o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. W dniu 22 stycznia 2014 roku lekarz orzecznik ZUS stwierdził, iż powód jest częściowo niezdolny do pracy do dnia 31 stycznia 2015 roku. Powód nie odwoływał się od tego orzeczenia.

Wnioskiem z dnia 30 kwietnia 2014 roku powód zwrócił się do ZUS o ponowne ustalenie renty z tytułu pogorszenia stanu zdrowia. Orzeczeniem z dnia 20 maja 2014 roku lekarz orzecznik ZUS orzekł, iż powód nie jest całkowicie niezdolny do pracy. Powód nie odwoływał się od tego orzeczenia.

Wnioskiem z dnia 05 marca 2015 roku powód zwrócił się do ZUS o ponowne ustalenie renty z tytułu niezdolności do pracy. Orzeczeniem z dnia 07 kwietnia 2015 roku lekarz orzecznik ZUS orzekł, iż powód nie jest całkowicie niezdolny do pracy.

Rentę z ZUS z tytułu niezdolności do pracy powód pobierał w okresie od 01 lutego 2013 roku do 31 stycznia 2015 roku.

Dowód: / w aktach sprawy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w N. (...): wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy, k. 55-58; orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, k. 71; sprzeciw powoda, k.75; orzeczenie komisji lekarskiej ZUS nr (...) z dnia 28 marca 2013 roku, k. 83; wniosek o ponowne ustalenie prawa do renty, k. 97; orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 19 czerwca 2013 roku, k. 100; sprzeciw z dnia 1 lipca 2013 roku, k. 102; orzeczenie komisji lekarskiej ZUS nr (...) z dnia 2 lipca 2013 roku, k. 107; wniosek z dnia 16 grudnia 2013 roku, k. 119; orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 22 stycznia 2014 roku, k. 125; wniosek z dnia 30 kwietnia 2014 roku, k. 135; orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 20 maja 2014 roku, k. 139; wniosek z dnia 05 marca 2015 roku, k. 143; orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 07 kwietnia 2015 roku, k. 145; zaświadczenie z dnia 29 kwietnia 2015 roku, k. 150 /.

Powód pismem z dnia 07 sierpnia 2013 roku zwrócił się do strony pozwanej A. Towarzystwo (...) S.A. jest następcą prawnym (...) U. Towarzystwo (...) S.A. z wnioskiem o wypłatę świadczenia z tytułu całkowitej i trwałej niezdolności do pracy.

Strona pozwana skierowała powoda na konsultacje lekarskie, podczas których nie stwierdzono u powoda cech całkowitej i trwałej niezdolności do jakiegokolwiek pracy.

W związku z tym, decyzją z dnia 13 września 2013 roku strona pozwana odmówiła zadośćuczynienia roszczeniu powoda.

W odpowiedzi na stanowisko strony pozwanej, powód w piśmie z dnia 9 grudnia 2013 roku wezwał stronę pozwaną do zapłaty.

W piśmie z dnia 23 grudnia 2013 roku strona pozwana podtrzymała decyzję o odmowie wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.

Dowód: / wniosek powoda z 07 sierpnia 2013 roku, k. 94-95; orzeczenie lekarza orzecznika z 06 września 2013 roku, k. 96-97; pismo strony pozwanej z dnia 13 września 2013 roku, k. 55 i 99; wezwanie do zapłaty z dnia 9 grudnia 2013 roku k. 56, pismo strony pozwanej z dnia 23 grudnia 2013 roku, k. 57 i 100; opis badania spektralnej optycznej koherentnej tomografii 3D – k. 101/

Powód L. F. obecnie ma ukończone 59 lat.

W 1981 roku powód ukończył studia wyższe z zakresu inżynierii budowlanej i w zawodzie tym pracował do około 1993 roku.

Następnie przez około 2-3 lata wykonywał prace z zakresu nadzoru budowlanego.

Po tym okresie z uwagi na korzystną koniunkturę powód zajął się handlem i wraz z żoną prowadził w N. kwiaciarnię. Charakter pracy powoda polegał od tej pory na wykonywaniu lekkich prac fizycznych związanych z przenoszeniem kwiatów oraz na jeździe samochodem z towarem. Kwiaciarnia nadal jest prowadzona.

Występując o rentę w lutym 2013 roku powód podał, iż od 23 grudnia 2011 roku jest bezrobotny.

Dowód: / zeznania powoda L. F. od 00:05:11 k. 249/2 w związku z przesłuchaniem informacyjnym od 00:04:19 – k. 119

w aktach sprawy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w N. (...): wniosek o rentę z tytułu niezdolności do pracy – kwestionariusz , k. 59 /.

Od dzieciństwa powód cierpiał na krótkowzroczność.

W 2011 roku zdiagnozowano u niego zaćmę.

Bezpośrednio przez zabiegami powód pracował w wymiarze pełnego etatu w kwiaciarni prowadzonej przez jego żonę, oficjalnie jednak był osobą bezrobotną.

W czasie rekonwalescencji unikał wysiłku fizycznego, nie można mu było się zginać, nosić ciężarów.

W połowie 2014 r. powód powrócił do pracy w kwiaciarni swojej żony. W kwiaciarni pozwany wykonywał takie czynności jak wyjazdy po kwiaty, pakowanie i rozpakowywanie samochodu z lekkimi rzeczami.

Dowód: / zeznania powoda L. F. od 00:05:11 k. 249/2 w związku z przesłuchaniem informacyjnym od 00:04:19 – k. 119/

W toku postępowania przeprowadzony został dowód z opinii biegłego lekarza okulisty.

W opinii z dnia 21 marca 2016 r. biegła sądowa specjalisty chorób oczu A. S. rozpoznała u powoda krótkowzroczność wysoką, rzekomosoczewkowość, stan po przedarciowym odwarstwieniu siatkówki obu oczu, stan po opasaniu gałki ocznej prawej i po witrektomii obu oczu.

Po operacji zaćmy oko goi się przez około 6 tygodni. Na ten czas uzasadnione było zatem odsunięcie powoda od pracy zarobkowej z powodu niezbędnej rekonwalescencji. Pod koniec okresu rekonwalescencji doszło u powoda do odwarstwienia siatkówki w oku prawym i interwencji operacyjnej. Spowodowało to dalszą konieczność odsunięcia

powoda od pracy zarobkowej celem kontynuowania rekonwalescencji pooperacyjnej. Do stabilizacji siatkówki po tego typu zabiegach dochodzi zwykle po 3-6 miesiącach.

W okresie rekonwalescencji u powoda wystąpiły objawy uzasadniające leczenie operacyjne zaćmy oka lewego i witrektomię oka prawego. Typowy okres rekonwalescencji po witrektomii trwa około 2 miesiące, czyli w przypadku powoda powinien zakończyć się około 20 września 2013 roku.

Nie można jednoznacznie stwierdzić, ile trwała niezdolność do pracy, brak jest algorytmów dla tego typu wyliczeń, a lekarze orzekający niezdolność do pracy korzystają z własnego doświadczenia życiowego i zawodowego.

Powód należy do grupy zwiększonego ryzyka powikłań okulistycznych, w jego przypadku zasadnym było zatem zachowanie szczególnej i wręcz nadmiernej ostrożności.

W przypadku powoda L. F. do niezdolności do pracy nie doszło ze względu na trwale naruszenie funkcji narządu wzroku, a ze względu na przebyte zabiegi i niezbędny okres powrotu do zdrowia.

Ponadto, naruszenie funkcji narządu wzroku nie uniemożliwiało podejmowania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w całym wskazywanym przez powoda okresie, tj. od 7 grudnia 2012 roku do 31 grudnia 2013 roku. Już w czerwcu 2013 roku powód posiadał użyteczne pole widzenia, a w sierpniu 2013 roku dobrą ostrość widzenia w lewym oku. Wystarczało to do podjęcia przez powoda jakiejkolwiek pracy zarobkowej.

Z uwagi na schorzenia oczu powód jest trwale niezdolny do wykonywania jedynie średnio ciężkiej i ciężkiej pracy fizycznej.

Odsunięcie powoda od pracy na okres od 7 grudnia 2012 roku do 31 grudnia 2013 roku spowodowane mogło być obawą o jego stan zdrowia i zagrożeniem utraty zdolności do pracy.

We wskazanym okresie istniały momenty, gdy powód był całkowicie niezdolny do pracy, którą uniemożliwiały mu naruszenia funkcji narządu wzroku, jednak nie trwały one nieprzerwanie przez 12 miesięcy.

Obawa o utratę zdolności do pracy nie jest tożsama z całkowitą niezdolnością do pracy.

Rozstrój zdrowia nie uniemożliwiał powodowi wykonywania pracy biurowej po 20 września 2013 roku, kiedy powód posiadał już dobre widzenie w jednym oku i nie był w stanie rekonwalescencji po zabiegu.

Występująca u powoda od dzieciństwa krótkowzroczność jest już przeciwwskazaniem do podejmowania przez powoda prac ciężkich fizycznie.

Powód jeszcze przed zachorowaniem i przed zabiegami z 2012 roku niezdolny był do podejmowania prac wymagających pełnej ostrości widzenia.

Dowód: opinia biegłej sądowej specjalisty chorób oczu A. S. z dnia 21 marca 2016 roku, k. 178-182; opinia uzupełniająca biegłej sądowej specjalisty chorób oczu A. S. z dnia 15 maja 2016 roku k. 205- 209 /.

Powyzszy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o dołączone do akt dokumenty w tym akta ZUS, których wiarygodność i autentyczność nie były przez strony kwestionowane, nie wzbudziły również zastrzeżeń Sądu, opinię biegłej z zakresu okulistyki specjalisty chorób oczu A. S. i zeznania stron ograniczone do zeznań powoda.

Powód kwestionował (k. 195-198) wnioski poczynione przez biegłą okulistę A. S. i zarzucał opinii z dnia 21 marca 2016 roku (k. 178-182) wewnętrzną sprzeczność oraz brak logiki.

Zdaniem powoda biegła nie wypowiedziała się w sposób jasny i konkretny, czy powód pozostawał niezdolny do pracy. Wnioski biegłej w tym zakresie miały być sprzeczne i niejasne. Ponadto, powód wskazał, iż biegła powinna badać przesłanki trwałości i całkowitości w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia, podczas gdy wywody

biegłej pozostawały w oderwaniu od postanowień umownych. Powód podnosił również, iż biegła bezzasadnie opiniowała, czy powód był zdolny do pracy w jakimkolwiek zawodzie, podczas gdy nie jest to właściwą interpretacją wskazanego w ogólnych warunkach ubezpieczenia dowolnego zawodu. Powód wskazywał również, iż zasadnym będzie przeprowadzenie dowodu z opinii innych biegłych, którzy bezstronnie mogliby ocenić stan zdrowia powoda, bez obawy o kwestionowanie wniosków swojej koleżanki, z którą mogą ich łączyć więzy towarzyskie.

W ocenie Sądu opinia biegłej A. S. z dnia 21 marca 2016 roku (k. 178-182) jest fachowa.

Biegła w oparciu o dokumentację lekarską powoda w wyczerpujący sposób przeprowadziła analizę oraz oceniła przebieg leczenia. Wnioski biegłej w zakresie zdolności powoda do pracy są jednoznaczne i odpowiednio uargumentowane.

Podkreślić trzeba stanowczo, iż nie jest rolą biegłego ocenianie czegokolwiek w oparciu o postanowienia umowne, gdyż biegły powinien przede wszystkim kierować się swoją wiedzą specjalną. Zatem biegła zobligowana była sporządzić opinię w oparciu o posiadaną wiedzę medyczną. W ocenie Sądu z obowiązku tego biegła wywiązała się z należytą starannością.

Ocena różnic pomiędzy dowolną pracą a jakąkolwiek pracą nie leży w kompetencjach biegłej, a jest przedmiotem oceny Sądu.

Sąd nie miał również zastrzeżeń co do bezstronności biegłej. Biegła jest wpisana na listę biegłych przy Sądzie Okręgowym w Katowicach, nie zachodzi prawdopodobieństwo jej stronniczości na rzecz lekarzy uczestniczących w procesie leczenia powoda.

Ponadto, niniejsza sprawa nie jest skierowana przeciwko podmiotom leczniczym powoda, a przeciwko towarzystwu ubezpieczeniowemu o roszczenia wynikające z umowy cywilnoprawnej, a nie z przebiegu procesu leczenia.

Zarzuty powoda co do stronniczości biegłej są zatem bezpodstawne i nie zostały należycie uwiarygodnione.

W obliczu zarzutów powoda (k. 195-198) biegła A. S. wezwana została do ich wyjaśnienia (k. 200).

W opinii z dnia 15 maja 2016 roku (k. 205- 209) biegła podtrzymując pierwszą opinię wyjaśniła logicznie i zgodnie z wiedzą medyczną, iż z uwagi na schorzenia oczu powód jest trwale niezdolny do wykonywania jedynie średnio ciężkiej i ciężkiej pracy fizycznej. Dodatkowo występująca u powoda od dzieciństwa krótkowzroczność jest już przeciwwskazaniem do podejmowania przez niego prac ciężkich fizycznie. Powód jeszcze przed zachorowaniem i przed zabiegami z 2012 roku niezdolny był do podejmowania prac wymagających pełnej ostrości widzenia.

Sąd podzielił opinie biegłej, iż odsunięcie powoda od pracy na okres od 7 grudnia 2012 roku do 31 grudnia 2013 roku spowodowane mogło być obawą o jego stan zdrowia i zagrożeniem utraty zdolności do pracy. Z pewnością we wskazanym okresie istniały momenty, gdy powód był całkowicie niezdolny do pracy, którą uniemożliwiały mu naruszenia funkcji narządu wzroku, jednak nie trwały one nieprzerwanie przez 12 miesięcy. Z drugiej strony obawa o utratę zdolności do pracy nie jest tożsama z całkowitą niezdolnością do pracy.

Sąd podzielił także wnioski biegłej, iż rozstrój zdrowia nie uniemożliwił powodowi wykonywania pracy biurowej po 20 września 2013 roku, kiedy to powód posiadał już dobre widzenie w jednym oku i nie był w stanie rekonwalescencji po zabiegu.

Podsumowując powyższe, Sąd ocenił opinię biegłej A. S. jako precyzyjną i kompletną, dlatego też uczynił ją podstawą swoich ustaleń faktycznych.

W związku z wnioskiem powoda zawartym w piśmie z dnia 14 czerwca 2016 roku o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego Instytutu (k. 221-223), Sąd wezwał powoda do uiszczenia zaliczki w kwocie 4 000 złotych na poczet opinii

biegłych (k. 226) w oparciu o dyspozycje art. 130⁴ §1 i §5 k.p.c. W określonym terminie (k. 229) powód nie uścił wskazanej tytułem zaliczki kwoty, dlatego też Sąd wniosek ten pominął.

Zgodnie z art. 3 k.p.c. obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach, jednak ciężar udowodnienia faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy obciąża stronę, która z faktów tych wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c.).

Artykuł 6 k.c. zawiera jedynie ogólną zasadę rozkładu ciężaru dowodu i określa reguły dowodzenia, nie stanowi natomiast samodzielnej podstawy rozstrzygnięcia, gdyż tę tworzy przepis prawa materialnego, który także konkretyzuje rozkład ciężaru dowodu. Ciężar dowodu w postępowaniu cywilnym z reguły spoczywa na powodzie. Zasadniczo powinien on dowieść wystąpienia faktów tworzących jego prawo podmiotowe będące źródłem roszczeń oraz faktów uzasadniających jego odpowiedź na zarzuty pozwanego, natomiast pozwany dowodzi faktów uzasadniających jego zarzuty przeciwko roszczeniu powoda - fakty tamujące oraz niweczące (wyroki SN: z dnia 20 grudnia 2006 r., IV CSK 299/06, LEX nr 233051; z dnia 29 września 2005 r., III CK 11/05, LEX nr 187030). Reguły rozkładu ciężaru dowodu mają charakter gwarancyjny, wskazując stronę, która poniesie negatywne konsekwencje nieudowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia istotne znaczenie.

Zgodnie z dyspozycją art. 232 k.p.c. to strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Sąd może dopuścić dowód niewskazany przez stronę.

Z art. 232 k.p.c. wynika zasada, że to strony, a nie sąd, powinny przedstawiać materiał pozwalający poczynić ustalenia faktyczne, z których wywodzą skutki prawne. Sąd nie jest odpowiedzialny za wynik procesu (wyrok SN z dnia 7 października 1998 r., II UKN 244/98, OSNAPiUS 1999, nr 20, poz. 662), jak również nie jest jego rzeczą zarządzanie dochodzenia w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie, sąd nie jest też zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (wyrok SN z dnia 17 grudnia 1996 r., I CKU 45/96, OSNC 1997, nr 6-7, poz. 76). Dopuszczenie dowodu z urzędu powinno nastąpić przede wszystkim wtedy, gdy wiadomość o konkretnych środkach dowodowych, istotnych dla poczynienia ustaleń, poweźmie sąd drogą urzędową, np. z oświadczeń strony lub z akt danej sprawy, nie zaś drogą pozaprocesową, i jeżeli przemawiają za tym szczególne względy.

Na marginesie wskazać trzeba, że przewidziana w zdaniu drugim art. 232 k.p.c. możliwość dopuszczenia dowodu niewskazanego przez strony jest prawem, a nie obowiązkiem sądu (tak: uchwała składu siedmiu sędziów SN z dnia 19 maja 2000 r., III CZP 4/00, OSNC 2000, nr 11, poz. 195), i ma charakter dyskrecjonalnej czynności podejmowanej przez sąd z urzędu. Czynności sądu z urzędu w tym zakresie powinny mieć charakter subsydiarny, a więc mogą być podjęte, gdy inne działania zmierzające do pobudzenia aktywności stron przez właściwe pouczenia (art. 5 k.p.c.,) czy zobowiązania (art. 207 § 2 i 3 k.p.c.) nie przyniosą właściwego rezultatu.

Przewidziane w art. 232 zdanie drugie uprawnienie sądu do działania z urzędu może przekształcić się w procesowy obowiązek sądu tylko w wyjątkowych okolicznościach, ale nie wtedy, gdy strona nie realizuje swoich obowiązków procesowych, negując zarządzenia sądu.

Taki szczególny przypadek uzasadniający dopuszczenie dowodu z urzędu z reguły nie zachodzi, gdy strona w postępowaniu przed sądami niższych instancji była reprezentowana przez adwokata lub radcę prawnego (tak: wyrok SN z dnia 26 marca 2009 r., I CSK 415/08, LEX nr 577152; postanowienie SN z dnia 21 marca 2003 r., II CK 1267/00, niepubl.).

Przyjmuje się, że sąd powinien skorzystać z przysługującej mu inicjatywy dowodowej w razie rażącej nieporadności strony działającej bez adwokata lub radcy prawnego, której - wobec niepodjęcia przez nią właściwych czynności, mimo stosownych pouczeń sądu - grozi naruszenie interesu podlegającego szczególnej ochronie (uchwała SN z dnia 19 maja

2000 r., III CZP 4/00, OSNC 2000, nr 11, poz. 195; wyrok SN z dnia 11 stycznia 1995 r., II CRN 148/94, OSNC 1995, nr 4, poz. 70).

W okolicznościach niniejszej sprawy brak było jednak podstaw do dopuszczenia dowodu z innej opinii przez Sąd z urzędu.

Jaku już podniesiono w ocenie Sądu opinie biegłej A. S. złożone w niniejszej sprawie są jasne i logiczne poparte wiedzą medyczną.

Powód z kolei korzysta z pomocy profesjonalnego pełnomocnika procesowego stąd reguły z art. 6 k.c. i 232 k.p.c. są mu doskonale znane.

Zeznania powoda L. F. (od 00:05:11 w związku z przesłuchaniem informacyjnym od 00:04:19 – k. 119) nie wzbudziły zastrzeżeń Sądu. Powód wiarygodnie przedstawił swoją sytuację życiową, przebieg leczenia i późniejsze ograniczenia. Powołane przez powoda fakty pozostawały bezsporne pomiędzy stronami, zostały również ocenione jako wiarygodne przez Sąd.

W ocenie Sądu brak podstaw do kwestionowania powyższych ustaleń.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Bezspornie powód L. F. zawarł w dniu 07 lipca 1994 roku (k. 17-18) z (...) U. Towarzystwo (...) S.A. jako poprzednikiem prawnym strony pozwanej A. Towarzystwo (...) umowę ubezpieczenia - na podstawie polisy ubezpieczeniowej nr (...).

Polisa ta obejmowała ubezpieczenie na życie powoda L. F., jako uposażonego wskazując T. F.. Okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczynał się od dnia 28 czerwca 1994 roku.

W postanowieniach dodatkowych umowy wskazano, iż w razie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres co najmniej 12 miesięcy zostanie wypłacone świadczenie w oparciu o par. 3.2. i 4.1. ogólnych warunków ubezpieczenia (k. 18).

Ogólną definicję umowy ubezpieczenia zawiera art. 805 § 1 k.c.

Zgodnie z tym przepisem 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.

Przepis art. 805 § 2 pkt. 2 k.c. wskazuje, iż świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

W myśl art. 805 § 4 k.c. przepisy art. 385¹-385³ stosuje się odpowiednio, jeżeli ubezpieczającym jest osoba fizyczna zawierająca umowę związaną bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową.

Cytowany art. 805 k.c. wskazuje na istotę umowy ubezpieczenia, określając obowiązki stron przedmiotowej umowy, ubezpieczyciela i ubezpieczającego. Elementami przedmiotowo istotnymi umowy ubezpieczenia jest z jednej strony zobowiązanie do spełnienia określonego świadczenia przez ubezpieczyciela w razie zajścia określonego w umowie wypadku, z drugiej zaś strony zobowiązanie do zapłaty składki przez ubezpieczającego.

W doktrynie i orzecznictwie ugruntowany jest pogląd, iż umowa ubezpieczenia to umowa zobowiązująca, nazwana, kauzalna, konsensualna, losowa, adhezyjna i najwyższego zaufania (por. Helena Ciepla komentarz do art. 805 i następane w : Komentarz do kodeksu cywilnego Księga Trzecia Zobowiązania W-wa 2013 wydawnictwo LexisNexis).

Umowa ubezpieczenia ma niewątpliwie charakter zobowiązaniowy, na co wskazuje już samo usytuowanie regulacji w księdze trzeciej kodeksu cywilnego. Celem zawarcia tej umowy jest bowiem powstanie między stronami stosunku prawnego, na podstawie którego każda ze stron zobowiązuje się wobec drugiej do spełnienia określonego świadczenia, mając jednocześnie prawo do żądania spełnienia świadczenia przez drugą stronę (umowa dwustronnie zobowiązująca).

Nie jest to jednak umowa wzajemna w rozumieniu art. 487 § 2 k.c. (tak: wyrok SN z 20 października 2006 roku , IV CSK 125/2006, publ. LexisNexis nr (...), OSNC-ZD 2008, nr A, poz. 7).

Umowa ubezpieczenia jest umową nazwaną, czyli taką, której elementy przedmiotowo istotne (essentialia negotii) zostały normatywnie wyodrębnione. Umowa ubezpieczenia podlega regulacjom zawartym w art. 805–834 k.c., lecz także, odpowiednio, przepisom ogólnym o zobowiązaniach.

Umowa ubezpieczenia należy także do umów kauzalnych (przyczynowych), a ważność jej zależy od istnienia odpowiedniej podstawy świadczeń nią określonych. Ubezpieczający w zamian za opłaconą składkę uzyskuje od ubezpieczyciela ochronę przed wystąpieniem określonego wypadku (causa obligandi vel aquirendi), natomiast ubezpieczyciel spełnia świadczenie, w celu zwolnienia się z ciężącego na nim zobowiązania (causa solvendi).

Umowa ubezpieczenia jest również umową konsensualną, co oznacza, iż zawarcie jej następuje przez złożenie zgodnego oświadczenia woli przez strony (solo consensu) i do skuteczności jej zawarcia nie jest wymagane wydanie dokumentu, na przykład polisy, lub zapłacenie składki przez ubezpieczającego. Ubezpieczyciel stosownie do wymagań zawartych w art. 809 k.c. zobowiązany jest jedynie do potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczeniowym.

Specyficzną cechą umowy ubezpieczenia jest jej kwalifikowany charakter. Oznacza to, iż jedną ze stron umowy może być wyłącznie podmiot wskazany przez ustawę, spełniający określone wymagania. W przypadku umowy ubezpieczenia stroną zobowiązaną do spełnienia określonego świadczenia w razie zajścia wypadku przewidzianego umową może być wyłącznie ubezpieczyciel w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

Inną istotną cechą umowy ubezpieczenia jest jej losowość. Charakter losowy umowy decyduje o tym, że rozmiar bądź nawet samo istnienie świadczenia uzależnione jest od przypadku. Niepewność ta, w odróżnieniu od warunku, który jest dodanym zastrzeżeniem umownym, jest konstytutywnym elementem umowy losowej.

Adhezyjność umowy ubezpieczenia oznacza zaś, że do zawarcia takiej umowy dochodzi na ogół poprzez przystąpienie do warunków zaproponowanych przez jedną stronę, a ustalonych we wzorcu umownym opracowanym przez ubezpieczyciela. Ubezpieczający z reguły nie negocjuje warunków umowy, jedynie akceptuje ich treść zaproponowaną przez ubezpieczyciela.

Ogólne warunki ubezpieczeń zaliczane są do oświadczeń woli o charakterze kwalifikowanym, dla których ustawodawca ustanawia szczególny reżim prawny.

Umowa ubezpieczenia określana jest wreszcie powszechnie jako umowa najwyższego zaufania, a od stron tej umowy wymaga się przede wszystkim szczególnej lojalności i zaufania w wykonywaniu zawartej umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel, dokonując oceny ryzyka (co ma wpływ na samo zawarcie umowy, a następnie na wysokość składki ubezpieczeniowej), opiera się w głównej mierze na informacjach dostarczonych przez ubezpieczającego.

Wypadek ubezpieczeniowy jest to zdarzenie, w razie zajścia którego ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone w umowie ubezpieczenia świadczenie (A. W., Z.K. N., Prawo ubezpieczeń gospodarczych, W.–P. 1980, s. 46). Kodeks

cywilny wskazuje w zasadzie materialne pojęcie wypadku ubezpieczeniowego, definiując go jedynie pośrednio, z punktu widzenia kryterium formalnego. Zgodnie z treścią art. 805 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, przy czym umowa ubezpieczenia będzie nieważna, jeżeli w chwili jej zawarcia zajście przewidzianego w umowie wypadku nie jest możliwe. Z przepisów tych wynika przede wszystkim, że wypadek ubezpieczeniowy jest zdarzeniem prawnym, gdyż „od jego nastąpienia uzależnione jest powstanie określonych skutków prawnych – powstanie obowiązku wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia powodującego przemianę ekspektatywy prawa do świadczenia, które miał ubezpieczający od chwili powstania stosunku ubezpieczenia, w rzeczywiste prawo do tego świadczenia” (J. Łopuski (w:) J. Winiarz, Komentarz, t. II, 1989, s. 725).

Należy także podkreślić, iż integralną częścią umowy ubezpieczenia są ogólne warunki ubezpieczenia dostarczane ubezpieczonemu każdorazowo przy zawarciu umowy. Postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, będące elementem treści łączącego strony stosunku obligacyjnego, mogą przewidywać wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, ale muszą one być sformułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy stwierdzić należy, iż zgodnie (k. 19-34) z § 3.2 ogólnych warunków umowy (owu) uprawnienie do świadczenia z tytułu inwalidztwa powstaje jeśli umowa tak stanowi.

Paragraf 3.2.1 owu zawiera definicję inwalidztwa jaką posługuje się strona pozwana jako Towarzystwo (...) dla potrzeb oceny spełnienia przesłanek wypłaty świadczenia.

Zgodnie z § 3.2.1. inwalidztwo oznacza trwale i całkowite skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego na życie, które zdaniem Towarzystwa powodują:

-trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej ubezpieczonego na życie (w dowolnym zawodzie), istniejącą w chwili zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego i w przewidywalnej przyszłości,

a w przypadku gdy ubezpieczony nie pracował zarobkowo w wymiarze pełnego etatu w okresie 12 miesięcy poprzedzających bezpośrednio powstanie takiej przyczyny niezdolności,

-trwale pozostawanie ubezpieczonego na życie pod opieką lekarską w domu lub zakładzie medycznym uznanym przez Towarzystwo.

Nadto zgodnie z § 3.2.2. uprawnienie do wypłaty świadczenia z tytułu inwalidztwa powstaje z chwilą otrzymania przez Towarzystwo dowodu na pozostawanie przez ubezpieczonego w niezdolności do pracy przez nieprzerwany okres 12 miesięcy, który zaczął swój bieg po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, a przed ukończeniem przez ubezpieczonego 60 roku życia.

Analiza tych przepisów wskazuje, iż ogólne warunki rozróżniały dwie różne podstawy wypłaty świadczenia z tytułu inwalidztwa.

Pierwsza podstawa zachodzi wówczas gdy u ubezpieczonego wystąpiły trwale i całkowite skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, które zdaniem Towarzystwa powodują trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej ubezpieczonego na życie (w dowolnym zawodzie), istniejącą w chwili zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego i w przewidywalnej przyszłości.

Druga podstawa zachodzi zaś wtedy gdy u ubezpieczonego wystąpiły trwale i całkowite skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, ale nie pracował on zarobkowo w wymiarze pełnego etatu w okresie 12 miesięcy poprzedzających bezpośrednio powstanie tej niezdolności – wtedy ubezpieczony musiał pozostawać trwale pod opieką lekarską w domu lub zakładzie medycznym uznanym przez Towarzystwo.

Zarówno umowa ubezpieczenia, jak i stanowiące jej integralną część ogólne warunki umów podlegają wykładni według reguł określonych w art. 65 § 2 k.c. Obowiązująca do końca 2015 roku ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 22

maja 2013 roku (tekst jednolity Dz.U. 2015 poz. 1206) w art. 12 ust 3 wymagała aby ogólne warunki ubezpieczenia były sformułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały.

Podobny zapis zawiera art. 15 ust. 2 aktualnie obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 roku (tekst jednolity Dz.U. 2015 poz. 1844).

Oznacza to, że ogólne warunki ubezpieczenia i umowa ubezpieczenia nie powinny być formułowane niejasno bądź świadomie poprzez posługiwanie się skomplikowanymi określeniami wprowadzać niezrozumiałe dla adresata wzorce. Zgodnie z art. 12 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i art. 15 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczonego.

Taka zasada została przyjęta w stosunku do ogółu wzorców umownych w art. 385 § 2 k.c. Norma zawarta w tych przepisach wskazuje, że sformułowania budzące wątpliwości, posługiwanie się nieprecyzyjnymi sformułowaniami bądź nieumieszczanie w ogólnych warunkach ubezpieczenia lub w umowie ubezpieczenia określonych postanowień będą obciążały zakład ubezpieczeń jako profesjonalistę.

Sformułowania zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia pozwanego towarzystwa nie zawierają klauzul abuzywnych, są jasne i precyzyjne.

W ocenie Sądu zatem nie ma potrzeby dokonywania ich innej wykładni niż wykładnia językowa.

Umowę ubezpieczenia określa się niekiedy – jak już wspomniano - jako kontrakt najwyższego zaufania, który wymaga od stron najwyższej staranności i lojalności w wykonywaniu obowiązków. Przyjmuje się, że w myśl tej zasady obie strony w dobrej wierze dokładają starań, które mają przeciwdziałać powstaniu wypadku ubezpieczeniowego bądź zmniejszeniu jego skutków. W większości przypadków zakłady ubezpieczeń obejmują swoją ochroną wyłącznie wystąpienie niezdolności do jakiegokolwiek pracy oraz do samodzielnej egzystencji.

W ubezpieczeniach na życie pojęcie niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy rozumiane jest inaczej niż w ubezpieczeniach społecznych.

Niezdolnością do pracy w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia jest jedynie całkowita niezdolność do pracy, mająca trwały charakter. Wynika z tego, że ubezpieczony musi utracić zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy w stopniu całkowitym.

Jak wskazano wyżej samo pozostawanie niezdolnym do pracy przez okres 12 miesięcy nie jest wystarczającą i jedyną przesłanką do stwierdzenia ziszczenia się wypadku ubezpieczeniowego.

Ponadto sformułowanie "dowolnej pracy" należy interpretować jako "jakiegokolwiek pracy", a nie jakiegokolwiek pracy wybranej przez ubezpieczonego. Inwalidztwo bowiem ma dotyczyć trwałej i całkowitej niezdolności do każdej pracy, nawet tej wykonywanej w warunkach chronionych, a nie trwałej i całkowitej niezdolności do jakiegokolwiek pracy wybranej przez ubezpieczonego. Takie rozumienie sformułowania "dowolnej pracy" powodowałoby wypaczenie rozumienia pojęcia inwalidztwa.

Powód powoływał się na pierwszą podstawę powstania odpowiedzialności Towarzystwa (...) podnosząc, iż był on całkowicie niezdolny do pracy przez okres 1 roku.

W ocenie Sądu Okręgowego roszczenie L. F. nie powstało w związku z którąkolwiek z tych przesłanek.

Powód jakkolwiek pozostawał formalnie osobą bezrobotną, pracował wraz z żoną jako przedsiębiorca i prowadził działalność gospodarczą - kwiaciarnię.

Nie ma zatem do sytuacji powoda zastosowania kryterium nie świadczenia pracy zarobkowej w okresie poprzedzającym wystąpienie niezdolności do pracy.

Powód L. F. nie zdołał jednak wykazać także ziszczenia przesłanek powstania roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa z pierwszej podstawy.

Aby móc mówić o powstaniu roszczenia z tej podstawy zająć muszą bowiem kumulatywnie następujące przesłanki:

- wystąpienie trwałych i całkowitych skutków uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, które zdaniem Towarzystwa powodują trwałą i całkowitą niezdolność do pracy zarobkowej ubezpieczonego na życie (w dowolnym zawodzie),
- trwała i całkowita niezdolność do pracy zarobkowej musi istnieć w chwili zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego i w przewidywalnej przyszłości,
- uprawnienie do świadczenia powstaje jeżeli ubezpieczony przebywał w stanie niezdolności do pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy.

Niewątpliwie powód orzeczeniami komisji lekarskiej ZUS został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy od 07 grudnia 2012 roku do 31 grudnia 2013 roku. Należy jednak pamiętać, iż orzeczenia ZUS wydawane są na podstawie przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 1999 roku o emeryturach i rentach z FUS (tekst jednolity Dz.U. 2016 poz. 887).

Zgodnie z art.12 tej ustawy niezdolną do pracy w rozumieniu ustawy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. W rozumieniu tego przepisu całkowicie niezdolną do pracy jest osoba, która utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy. Natomiast zgodnie z art. 13 ust 4 zachowanie zdolności do pracy w warunkach określonych w przepisach o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych nie stanowi przeszkody do orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy.

Należy jednak przypomnieć, że przepisy ustawy stosuje się wyłącznie do postępowania przed organami FUS, a ponadto nie odnoszą się przy stwierdzaniu stopnia utraty zdolności do pracy do cechy trwałości tego stanu. Ustawa różnicuje jednak okresy na jakie niezdolność ta może być stwierdzona.

Zatem sam fakt uzyskania przez powoda L. F. orzeczeń organu ZUS o całkowitej czasowej niezdolności do pracy nie powoduje spełnienia przesłanek przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia, które uprawniałyby powoda do wypłaty świadczenia z tytułu inwalidztwa.

W związku z powyższym konieczne stało się dopuszczenie dowodu z opinii biegłego (k. 122) na okoliczność ustalenia czy powód wskutek zabiegów okulistycznych w okresie od 07 grudnia 2012 roku do 31 grudnia 2013 roku był osobą całkowicie i trwale niezdolną do pracy zarobkowej przez cały ten okres w dowolnym zawodzie.

Bezspornie powód w dniu 07 grudnia 2012 roku przebył operację zaćmy oka prawego. Rekonwalescencja po takim zabiegu trwa około 6 tygodni i nie jest spowodowana naruszeniem funkcji narządu wzroku. Pod koniec okresu rekonwalescencji doszło u powoda do odwarstwienia siatkówki w oku prawym co spowodowało konieczność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, który powód przebył w dniu 28 stycznia 2013 roku i dalszego odsunięcia go od pracy z uwagi na rekonwalescencję pooperacyjną. W okresie rekonwalescencji powód skarżył się na zawroty głowy, falowanie schodów, krzywienie podłogi, kłopoty z poruszaniem się co znajdowało uzasadnienie w dużej różnowzroczności oraz tworzącej się błonie nasiatkówkowej oka prawego.

W związku z tym w dniu 14 czerwca 2013 roku wykonano u powoda operację zaćmy oka lewego, a 20 lipca 2013 roku witekomię oka prawego – usunięcie błony nasiatkówkowej. Zwykle okres rekonwalescencji po tego typu zabiegu trwa około 2 miesięcy i u powoda nie miał charakteru powikłanego. Powód był jednak obciążony dużym ryzykiem powikłań okulistycznych zatem odsunięcie go od pracy zarobkowej na okres do końca 2013 roku nie było nadmierną ostrożnością.

Występująca u powoda niezdolność do pracy spowodowana była względami chorobowymi, koniecznością przebycia operacji okulistycznych i rekonwalescencją pooperacyjną.

Nie można jednak uznać, iż niezdolność do pracy powoda była spowodowana trwałym naruszeniem funkcji narządu wzroku ani też, że naruszenie funkcji narządu wzroku uniemożliwiało wykonywanie jakiegokolwiek pracy zarobkowej w całym okresie od 7 grudnia 2012 roku do końca 2013 roku.

Jak wynika z dokumentacji medycznej w dniu 19 sierpnia 2013 roku ostrość widzenia bez korekcji oka lewego wynosiła 0,8, a więc była dobra, nie wskazywało na obecność zaburzeń w polu widzenia, skoro w dniu 25 czerwca 2013 roku pole widzenia było użyteczne. Taka funkcja jednego oka jest wystarczająca do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej.

Należy zatem podzielić wnioski opinii biegłej A. S., iż powód był jedynie czasowo niezdolny do pracy zarobkowej od dnia 7 grudnia 2012 roku do 31 grudnia 2013 roku ze względów chorobowych, ale nie z powodu naruszenia funkcji narządu wzroku. Nadto powód jest trwale niezdolny do wykonywania jedynie średniociężkiej i ciężkiej pracy fizycznej czyli nie był i nadal nie jest niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek (dowolnej) pracy zarobkowej.

Powyższe w ocenie Sądu Okręgowego przesądza o tym, iż powód L. F. nie spełnił przesłanki trwałych i całkowitych skutków uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, gdyż funkcja narządu wzroku została zachowana, a proces chorobowy u powoda i zabiegi operacyjne jakie przebył nie spowodowały trwałej i całkowitej niezdolności do pracy zarobkowej ubezpieczonego na życie w dowolnym zawodzie. Nadto całkowita niezdolność do pracy w jakimkolwiek zawodzie nie trwała co najmniej 12 miesięcy. Już choćby z tego powodu powództwo winno podlegać oddaleniu.

Należy jednakże wskazać, iż nie została spełniona także druga przesłanka wypłaty świadczenia, która musiała zaistnieć kumulatywnie z przesłanką pierwszą. O ile bowiem całkowita niezdolność do pracy (ale nie jakiegokolwiek pracy) istniała w dacie zgłoszenia roszczenia - tj. we wrześniu 2013 roku, to nie można stwierdzić by miała istnieć w dającej się przewidzieć przyszłości. Zgodnie ze stanowiskiem Komisji lekarskiej ZUS, na której orzeczenia powoływał się powód, już z dniem 1 stycznia 2014 roku powód stał się niezdolny do pracy jedynie częściowo i nie był całkowicie niezdolny do pracy (k. 125 akt rentowych). W ocenie Sądu zatem także przesłanka istnienia całkowitej i trwałej niezdolności do pracy w dającej się przewidzieć przyszłości nie została spełniona.

Mając powyższe na uwadze należało uznać, iż w niniejszym stanie faktycznym nie ziszczył się wypadek objęty ryzykiem ubezpieczeniowym w postaci trwałej i całkowitej niezdolności do jakiegokolwiek pracy zarobkowej. Powództwo podlegało zatem oddaleniu jako niezasadne o czym orzeczono w pkt I wyroku.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. i zasady odpowiedzialności za wynik procesu. Na koszty należne stronie pozwanej złożyły się koszt wynagrodzenia pełnomocnika obliczony na podstawie § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku o czynnościach radców prawnych oraz ponoszeniu przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu oraz koszt opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. Łącznie należne stronie pozwanej koszty procesu wyniosły 3617 złotych o czym orzeczono w pkt II wyroku.

O kosztach sądowych orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. w zw z art. 133 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Na wydatki w toku procesu złożyły się koszt opinii biegłej A. S. w kwocie 994,10 złotych (k. 186), koszt opinii uzupełniającej w kwocie 418,64 złotych (k. 213) - łącznie wydatki wyniosły 1412,74 złote. Powód w toku postępowania uiścił zaliczkę na poczet opinii biegłej w kwocie 600 złotych (k. 121). Do zapłaty pozostaje zatem kwota 812,74 złotych ((...),74-600), którą Sąd nakazał ściągnąć od powoda jako od strony przegrywającej proces. O powyższym orzeczono w pkt III wyroku.

SSO Paweł Poręba