

Sygn. akt I ACa 221/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 lipca 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Bogusław Suter
Sędziowie	:	SA Elżbieta Bieńkowska (spr.) SO del. Jacek Malinowski
Protokolant	:	Urszula Westfal

po rozpoznaniu w dniu 6 lipca 2018 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **J. S.**

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

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Białymstoku

z dnia 7 lutego 2018 r. sygn. akt I C 1310/16

I. **oddala apelację;**

II. **zasądza od powoda na rzecz pozwanego 4.050 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego;**

III. **nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa Sądowi - Okręgowemu w B. adwokat D. T. kwotę 2.700 zł, powiększoną o należny podatek VAT, tytułem wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną powodowi z urzędu w postępowaniu odwoławczym.**

(...)

Sygn. akt I ACa 221/18

UZASADNIENIE

Powód J. S. w pozwie skierowanym przeciwko (...) S.A. w W. domagał się zasądzenia łącznie kwoty 144.500 zł, w tym odszkodowania z tytułu uszczerbku na zdrowiu i zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i psychiczne w wysokości 100.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wypadku, odszkodowania z tytułu utraty zdolności do wykonywania pracy zawodowej w wysokości 20.000 zł, z tytułu pobytu w szpitalu w wysokości 10.000 zł, a także o zwrot dotychczasowych kosztów leczenia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu w kwocie 14.500 zł.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że zawarł z pozwanym cztery polisy, których okres ubezpieczenia obejmował przedział czasowy pomiędzy 22 maja 2012 r. a 22 maja 2015 r. Wskutek zaś zdarzenia z dnia 25 listopada 2013 r. doznał udaru mózgu niedokrwiennego pod postacią niedowładów połowiczego prawostronnego i afazji mieszanej, w związku z czym obecnie jest trwale i całkowicie niezdolny do pracy.

Pozwane Towarzystwo (...) w odpowiedzi na pozew wniosło o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów postępowania. Kwestionując swoją odpowiedzialność, powołało się na postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych wypadków (...), w świetle których świadczenie jest wypłacane jeśli przed zawarciem umowy ubezpieczenia u ubezpieczonego nie zdiagnozowano lub nie leczono określonych chorób, natomiast powód przed zawarciem umowy ubezpieczenia leczył się na schorzenia, które mają wpływ na powstanie udaru mózgu, tj. chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, przewlekłą kardiomiopatię zastoinową, migotanie przedsionków.

Sąd Okręgowy w Białymstoku wyrokiem z dnia 7 lutego 2018 r. oddalił powództwo, odstępując jednocześnie od obciążania powoda kosztami procesu.

Według ustaleń faktycznych tego Sądu powód zawarł w dniu 21 maja 2012 r. z pozwanym umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – polisa nr (...), obowiązująca w okresie od dnia 22 maja 2012 r. do dnia 22 maja 2013 r., w dalszej kolejności w dniu 17 maja 2013 r. umowę ubezpieczenia Dom i Rodzina – polisa nr (...) obowiązująca w okresie od dnia 22 maja 2013 r. do 22 maja 2014 r., i umowę ubezpieczenia Dom i Rodzina – polisa nr (...) obowiązująca w okresie od dnia 22 maja 2014 r. do dnia 22 maja 2015 r.

W dniu 25 listopada 2013 r. powód doznał udaru mózgu niedokrwiennego pod postacią niedowładów połowiczego prawostronnego i afazji mieszanej. Jest trwale i całkowicie niezdolny do pracy od dnia 25 listopada 2013 r.

Powód zgłosił szkodę w dniu 10 lutego 2014 r., zaś pozwany w odpowiedzi na zgłoszenie poinformował powoda, że po zapoznaniu się z dokumentacją zgromadzoną w toku przeprowadzonego postępowania mającego na celu ustalenie odpowiedzialności za zaistniałe zdarzenie, podjęta została decyzja o odmowie zaspokajania zgłaszanych roszczeń. Wówczas pozwane Towarzystwo wskazało, że jest wolne od odpowiedzialności z uwagi na to, iż według zapisu § 3 ust. 4 pkt 11 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w przypadku zawału serca i udaru mózgu świadczenie jest wypłacane wówczas gdy nie stwierdzono lub nie leczono u ubezpieczonego chorób takich jak: choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, hiperlipidemia, zwiększających prawdopodobieństwo zaistnienia zawału serca lub udaru mózgu, zaś w toku postępowania odszkodowawczego ustalono, że przed zawarciem umowy ubezpieczoney chorował na schorzenia, które miały wpływ na powstanie udaru mózgu.

Mając na uwadze datę wystąpienia powyższego zdarzenia, jako bezsporny Sąd I instancji potraktował fakt, iż aktualna dla ewentualnych żądań powoda była umowa ubezpieczenia Dom i Rodzina – polisa nr (...) obowiązująca w okresie od dnia 22 maja 2013 r. do dnia 22 maja 2014 r.

Zgodnie z polisą nr (...), klauzulami 1, 5 i 6, zakresem ubezpieczenia objęto świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu – z ryzykiem zawału serca i udaru mózgu, pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz trwałą niezdolność ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku.

W dniu 25 listopada 2013 r. nastąpiło u powoda nagłe pogorszenie stanu ogólnego powoda, doznał on osłabienia siły mięśniowej prawych kończyn (powód upadł schodząc ze schodów) oraz zaburzeń mowy. Z tego powodu został przewiezony karetką pogotowia ratunkowego do szpitala na Oddział(...)w B. i był hospitalizowany do dnia 13 grudnia 2013 r. Stwierdzono u niego wówczas udar mózgu niedokrwienny z dużym stopniem niedowładów połowiczego,

prawostronnego z afazją mieszaną, napadowym migotaniem przedsionków, kardiomiopatię rozstrzeniową, otyłość i łuszczycę. Wykonane dodatkowo badania ujawniły m.in. możliwość dyskretnego obniżenia pensyjności w lewej półkuli mózgu – podejrzenie zmiany niedokrwiennej, zaniki korowe, esowate skrzywienie przegrody nosa, pojedyncze drobne zmiany miażdżycowe w tętnicach szyjnych bez istotnych hemodynamicznie zaburzeń przepływu przez (...), (...) i (...), blok prawej odnogi p. H., cechy kardiomiopatii rozstrzeniowej i nadciśnienia tętniczego, relatywną niedomykalność mitralną i trikuspidalną oraz migotanie przedsionków. W związku z powyższym zalecono powodowi dalsze leczenie i okresową kontrolę w Poradni Neurologicznej, Rehabilitacyjnej, Kardiologicznej, Logopedycznej i Dermatologicznej oraz przyjmowanie określonych leków.

Powód od dnia 25 listopada 2013 r. jest trwale, całkowicie niezdolny do pracy oraz od dnia 17 marca 2016 r. jest trwale niezdolny do samodzielnej egzystencji. Jak wskazała biegła sądowa dr n. med. S. M., powód wymagał rehabilitacji po udarze mózgu w 2013 r. z uwagi na niedowład połowiczny prawostronny. Początkowo powód nie chodził, miał w dużym stopniu ograniczoną ruchomość kończyny górnej i dolnej prawej, nie był w stanie zmienić położenia swojego ciała. Obecność deficytów ruchowych była i jest nadal bezwzględny wskazaniem do kontynuacji rehabilitacji. W chwili obecnej powód ma nadal problemy z chodzeniem, spastycznością i ograniczeniem ruchomości kończyn prawych i powinien korzystać z rehabilitacji. U powoda stwierdzono utrwalone migotanie przedsionków, kardiomiopatię rozstrzeniową, niedomykalność zastawki mitralnej i trójdzielnej, stan po endoprotezoplastyce, bezcementowej biodra prawego, cukrzycę i łuszczycę. Powód przed udarem prowadził działalność gospodarczą polegającą na kierowaniu firmą wykonującą prace budowlane, obecnie z uwagi na niepełnosprawność i afazję będącą wynikiem udaru mózgu powód nie jest w stanie kontynuować pracy zarobkowej i obecnie przeszedł na emeryturę.

Biorąc pod uwagę powyższe ustalenia, Sąd Okręgowy wskazał, że w niniejszej sprawie rozstrzygnięcia wymagało, czy zdarzenie z dnia 25 listopada 2013 r. było następstwem wcześniejszego stanu chorobowego. Ustalenia tego rodzaju wymagały jednak wiadomości specjalnych z zakresu medycyny (neurologii i kardiologii), w związku z czym postanowieniem z dnia 21 grudnia 2016 r. Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego z zakresu neurologii i kardiologii na okoliczność ustalenia, czy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, tj. przed dniem 22 maja 2013 r. u powoda zdiagnozowano lub leczył się z powodu takich chorób jak: choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, hiperlipidemia, jakich urazów doznał powód na skutek wypadku z dnia 25 listopada 2013 r., jaki był przebieg i skuteczność ich leczenia, czy powód wymaga dalszego leczenia, i jeśli tak to w jakim zakresie, czy na skutek wypadku doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli tak to jaki jest procent trwałego uszczerbku, jaki był zakres dolegliwości bólowych związanych z przebytymi urazami i leczeniem, czy stan powoda powodował i powoduje ograniczenia w życiu codziennym, czy na skutek zdarzenia z 25 listopada 2013 r. powód doznał trwałej niezdolności do pracy zarobkowej oraz wskazania czy zdarzenie z 25 listopada 2013 r. było nieszczęśliwym wypadkiem mając na uwadze definicje z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Biegła sądowa z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii dr n. med. D. K. wskazała w opinii z dnia 28 maja 2017 r., że przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, tj. przed dniem 22 maja 2013 r. u powoda zdiagnozowano i leczono m.in. nadciśnienie tętnicze oraz hiperlipidemię. Wskazała, że po raz pierwszy nadciśnienie tętnicze rozpoznano w trakcie hospitalizacji w sierpniu 2011 r., zaś hiperlipidemia po raz pierwszy została rozpoznana w trakcie hospitalizacji w 2005 r. Od tamtej pory powód przyjmował określone leki: hipotensyjne i hipolipemizujące. Podała również, że przed dniem zawarcia umowy u powoda rozpoznano i leczono inne choroby układu sercowego. Pierwsza rejestracja migotania przedsionków miała miejsce w maju 2005 r. i w związku z tym dwukrotnie był hospitalizowany celem umiarowienia kardiowersją elektryczną. W 2006 r. rozpoznano niedomykalność zastawki mitralnej, natomiast w 2011 r. rozpoznano u powoda kardiomiopatię rozstrzeniową z umiarkowaną niedomykalnością zastawki mitralnej z objawami niewydolności serca. Wskazała, że w okresie od maja 2005 r. do dnia zawarcia umowy, tj. dnia 22 maja 2013 r. rozpoznano schorzenia układu sercowo-naczyniowego i schorzenia współistniejące, a mianowicie: utrwalone migotanie przedsionków, nieskuteczne próby farmakologicznego i elektrycznego umiarowania, kardiomiopatię rozstrzeniową z umiarkowaną niedomykalnością mitralną, przewlekłą niewydolność serca, stan hemodynamiczny II/III klasa (...), nadciśnienie tętnicze, żylaki kończyny dolnej lewej, hiperlipidemia oraz otyłość.

Z kolei biegła lekarz sądowa z zakresu neurologii dr n. med. H. B. w opinii z dnia 4 sierpnia 2017 r. wskazała na następujące schorzenia powoda: przebyty 25 listopada 2013 r. udar niedokrwienny mózgu pod postacią niedowładu połowicznego prawostronnego i afazji mieszanej, migotanie przedsionków utrwalone, kardiomiopatię rozstrzeniową,, niedomykalność zastawki dwudzielnej i trójdziałelnej, łuszczyca, stan po endoprotezoplastyce biodra prawego, stan po operacji żyłaków kończyny dolnej lewej. Również ta biegła wskazała na takie schorzenia powoda istniejące przed zawarciem umowy ubezpieczenia jak: nadciśnienie tętnicze i hiperlipidemia, migotanie przedsionków, niedomykalność zastawki mitralnej, kardiomiopatia rozstrzeniowa. Biegła jednoznacznie oceniła, że udar mózgu, któremu uległ powód, nie spełnia kryteriów OWU rozpoznania nieszczęśliwego wypadku, ponieważ nie był wywołany przyczyną zewnętrzną, lecz choroba serca, której następstwem było migotanie przedsionków i zator naczyń mózgowego.

Sąd I instancji obie opinie uznał za spójne, logiczne, właściwie uzasadnione i nie zawierające wewnętrznych sprzeczności. Opinie obu biegłych uzupełniały się wzajemnie i jednoznacznie wskazywały na schorzenia powoda, które pojawiły się, zostały zdiagnozowane i leczone przed podpisaniem umowy ubezpieczenia, tj. przed dniem 22 maja 2013 r. Sąd uznał tym samym obie opinie za miarodajny dowód w sprawie.

W świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego Sąd Okręgowy nie miał wątpliwości, że przed podpisaniem umowy ubezpieczenia w przypadku powoda istniały takie schorzenia jak: nadciśnienie tętnicze i hiperlipidemia, migotanie przedsionków, niedomykalność zastawki mitralnej, kardiomiopatia rozstrzeniowa. Pomimo więc tego, iż zgodnie z § 2 pkt 18 lit. p) udar mózgu przebyty przez powoda jest zdarzeniem ubezpieczeniowym, jednakże powstał w konsekwencji wystąpienia wcześniejszych stanów chorobowych, które wyłączają odpowiedzialność pozwanego. Tym samym zdaniem Sądu nie zachodzi obowiązek świadczenia po stronie (...) S.A. Jednocześnie Sąd uznał, że nie zostały spełnione wszystkie przesłanki do stwierdzenia abuzywności postanowień wzorca umownego, bowiem sporna klauzula dotycząca wyłączenia odpowiedzialności pozwanego była sformułowana w sposób zrozumiały, szczegółowy, a ponadto powód zapoznał się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.

W apelacji od tego wyroku powód zarzucał Sądowi Okręgowemu naruszenie następujących przepisów:

1) art. 385¹ k.c., polegające na jego niezastosowaniu, co skutkowało wadliwym przyjęciem, że zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie są niedozwolone i wskutek tego wiążą powoda, w sytuacji gdy podobne zapisy zostały wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych pod numerem (...);

2) art. 233 k.p.c. polegające na przekroczeniu granic swobodnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez uznanie, że choroby, na które cierpiał powód przed wypadkiem 25 listopada 2013 r. pozostają w związku przyczynowo-skutkowym z doznany udarem mózgu, w sytuacji gdy opinie biegłych nie potwierdzają przyjęcia takiego stanowiska.

Wskazując na powyższe zarzuty, powód domagał się zmiany zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa oraz przyznanie reprezentującemu go pełnomocnikowi wynagrodzenia tytułem udzielonej mu w postępowaniu odwoławczym pomocy prawnej z urzędu.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego zaskarżony wyrok został wydany w oparciu o prawidłowo ustalony stan faktyczny. Poczynione przez Sąd Okręgowy ustalenia należało zatem przyjąć za własne, bez ponownego ich przytaczania. Również ocena prawna ustalonych okoliczności faktycznych nie budzi – zdaniem Sądu Apelacyjnego – zastrzeżeń.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. przypomnieć trzeba, że przepis ten dotyczy oceny przeprowadzonych w sprawie dowodów (§ 1) oraz oceny odmowy przedstawienia przez stronę dowodu lub przeszkód stawianym przez nią w jego przeprowadzeniu wbrew postanowieniu sądu, określając reguły tej oceny (§

2). Jego skuteczne postawienie wymaga zatem wykazania, że konkretny przeprowadzony w sprawie dowód został oceniony przez sąd niezgodnie z tymi regułami. W myśl tego przepisu sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Ocena wiarygodności i mocy dowodów przeprowadzonych w danej sprawie wyraża istotę sądzenia w części obejmującej ustalenie faktów, ponieważ obejmuje rozstrzygnięcie o przeciwnych twierdzeniach stron na podstawie własnego przekonania sędziego powziętego w wyniku bezpośredniego zetknięcia ze świadkami, stronami, dokumentami i innymi środkami dowodowymi. Powinna ona odpowiadać regułom logicznego rozumowania, wyrażającym formalne schematy powiązań między podstawami wnioskowania i wnioskami oraz uwzględniać zasady doświadczenia życiowego wyznaczające granice dopuszczalnych wniosków i stopień prawdopodobieństwa ich występowania w danej sytuacji. 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 wysunąć 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 (por. wyrok SN z dnia 27 września 2002, sygn. akt II CKN 817/00, opubl. Lex nr 56906).

W kontekście powyższego wyводу trzeba stwierdzić, że Sąd Okręgowy dokonał prawidłowej oceny zgromadzonego materiału dowodowego, nie naruszając tym samym dyspozycji art. 233 § 1 k.p.c. W całości jest ona bowiem logiczna i zgodna z zasadami doświadczenia życiowego. Skarżący w apelacji zaś, nie podważając oceny Sądu I instancji w zakresie wiarygodności bądź mocy dowodowej poszczególnych dowodów, polemizuje z wnioskami tego Sądu wyciągniętymi z prawidłowo ustalonych faktów. Argumentacja przytoczona w apelacji nie stanowi więc o naruszeniu art. 233 k.p.c., ale też nie przekonuje o wadliwości poczynionych przez Sąd I instancji ustaleń.

Podkreślić należy, że Sąd Okręgowy swoje ustalenia faktyczne poczynił w głównej mierze na podstawie dokumentacji zawartej w aktach sprawy, w tym polisy ubezpieczeniowej oraz ogólnych warunków ubezpieczenia, których wiarygodność, nie budziła jakichkolwiek wątpliwości. Co istotne, w całości podzielił też wnioski wynikające z opinii biegłych sądowych z zakresu rehabilitacji medycznej (k. 387-391), chorób wewnętrznych i kardiologii (k. 417) oraz neurologii (k. 453-456), w tym zwłaszcza ten, w świetle którego udar mózgu, którego doznał powód – z uwagi na to, że nie był wywołany przyczyną zewnętrzną, lecz chorobą serca, której następstwem było migotanie przedsionków i zator naczyńia mózgowego – nie spełnia kryteriów OWU rozpoznania nieszczęśliwego wypadku. Z opinii tych wynika także jednoznacznie, że u powoda przed zawarciem umowy ubezpieczenia zdiagnozowano i leczono m.in. hiperlipidemię (od 2005 roku) i nadciśnienie tętnicze (od 2011 roku). Od czasu rozpoznania tych chorób powód przyjmował leki hipotensyjne i hipolipemizujące. Ponadto przed zawarciem umowy u powoda rozpoznano i leczono inne choroby układu sercowego.

Chybionym było zatem wywodzenie przez skarżącego w ramach podniesionego zarzutu, że z opinii biegłych nie wynikało jednoznacznie, że choroby na jakie on cierpiał przed wypadkiem były przyczyną wypadku.

Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się również naruszenia przez Sąd I instancji art. 385¹ k.c. w związku z brakiem przyjęcia za niedozwolone postanowienie umowne zapisu § 3 ust. 4 pkt 11 OWU, wyłączającego odpowiedzialność ubezpieczyciela w określonej tam sytuacji uprzedniego stwierdzenia lub leczenia u ubezpieczonego chorób takich jak: choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, hiperlipidemia, zwiększających prawdopodobieństwo zaistnienia zawału serca lub udaru mózgu.

Przede wszystkim podkreślić trzeba, że z istoty umowy ubezpieczenia nie wynika zakaz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, gdy szkoda powstała lub uległa zwiększeniu wskutek zaistnienia przesłanek określonych w samej umowie lub w stanowiących jej część kwalifikowanych wzorcach, jakimi są ogólne warunki umów. Wprawdzie w judykaturze utrwalone jest stanowisko, że wykładnia postanowień umowy ubezpieczenia (a także postanowień wzorca umowy stosowanego przez ubezpieczyciela) musi uwzględniać cel umowy ubezpieczenia, którym jest zapewnienie przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczonemu, w razie wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczonym

ryzykiem, polegającej na spełnieniu określonego świadczenia w ramach ponoszonej odpowiedzialności, przy jednoczesnym ograniczonym rozumieniu przesłanek wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela, tym niemniej wskazuje się jednocześnie, że taki kierunek wykładni ma znaczenie przy dokonywaniu interpretacji postanowień niejednoznacznych, nieostrych, czy wprowadzających kryteria ocenne (zob. wyrok SN z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK 155/13, niepubl.). Tymczasem zawarty w § 3 ust. 4 pkt 11 OWU zapis jest nad wyraz precyzyjny i jednoznaczny w swej treści. Wymienia on mianowicie w sposób wyczerpujący jednostki chorobowe, których uprzednie stwierdzenie u ubezpieczonego wyłącza możliwość udzielenia mu ochrony ubezpieczeniowej.

Zapis ten – wbrew odmiennym twierdzeniom skarżącego – nie jest przy tym tożsamy z wpisaną do rejestru klauzul niedozwolonych na mocy wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 19 września 2011 r., XVII Amc 145/10, pozycją 3456. Ta dotyczy bowiem nieostrego wyrażenia „poważnego zachorowania”, którego to określenia nie można doszukać się w treści spornego postanowienia OWU.

Zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. za niedozwolone uznaje się postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Kwestionowane przez skarżącego postanowienie § 3 ust. 4 pkt 11 ogólnych warunków umowy nie jest postanowieniem określającym główne świadczenie pozwanego i niewątpliwie nie zostało też z powodem indywidualnie uzgodnione (a w każdym razie nie udowodnił tego pozwany, do czego zobowiązywał go przepis § 4 art. 385¹ k.c.). Nie zostały jednak – zdaniem Sądu Apelacyjnego - spełnione pozostałe przesłanki warunkujące uznanie tego postanowienia za abuzywne.

Za sprzeczne z dobrymi obyczajami uznaje się działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności. Tak jednak nie sposób oceniać wymienionego sformułowania ogólnych warunków umów, w którym wymieniono konkretne jednostki chorobowe, których zdiagnozowanie i leczenie przed zawarciem umowy wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela. Nie sposób także w przypadku omawianego postanowienia OWU mówić o przerzuceniu ryzyka ubezpieczeniowego na konsumenta, skoro przewiduje on wyłączenie odpowiedzialności dopiero wówczas gdy stwierdzono i leczono konkretne choroby przed zawarciem umowy, o czym ubezpieczający z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością wie zawierając umowę i zna postanowienia owu (a w każdym razie ma możliwość zapoznania się z nimi, wobec ich doręczenia przed zawarciem umowy), pomimo to świadomie podejmuje decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia .

Skoro postanowienia umowy w sposób jasny i precyzyjny wskazywały, że określony stan zdrowia ubezpieczonego w dacie zawarcia umowy ma wpływ na powstanie ochrony ubezpieczeniowej, nie może być też mowy o rażącym naruszeniu interesu konsumenta

Reasumując, w ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd I instancji z niewadliwie ustalonych faktów – stosując właściwe przepisy prawa materialnego – wyciągnął trafny wniosek o braku przesłanek odpowiedzialności pozwanego wynikającej z zawartej z powodem umowy ubezpieczenia, a w efekcie także o braku zasadności dochodzonego przez powoda w niniejszym procesie roszczenia.

Z przedstawionych względów Sąd Apelacyjny oddalił apelację powoda jako bezzasadną (art. 385 k.p.c.).

O kosztach procesu za drugą instancję, na które złożyły się koszty zastępstwa procesowego pozwanego w kwocie 4.050 zł – ustalone stosownie do § 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (tekst jedn. z 2018 r., poz. 265) – Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie z wyrażoną w tym przepisie zasadą odpowiedzialności za wynik procesu. O ile bowiem istniały podstawy do odstąpienia od obciążania powoda kosztami procesu poniesionymi przez stronę pozwaną przed Sądem I instancji, o tyle już takich podstaw nie sposób dopatrzeć się w postępowaniu

odwoławczym. Sąd I instancji dość przekonująco wyjaśnił powodowi motyw swego rozstrzygnięcia, a zatem powód nie zgadzając się z oceną Sądu winien brać pod uwagę finansowe konsekwencje swego stanowiska. Tym bardziej, że w toku postępowania był reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, ustanowionego mu z urzędu.

Na podstawie zaś art. 29 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 26 maja 1982 roku – Prawo o adwokaturze (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1184) w zw. § 8 pkt 6 w zw. z § 16 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (Dz. U. z 2016 r., poz. 1714) przyznano na rzecz adwokata, ustanowionego powodowi z urzędu tytułem wynagrodzenia za podjęte przez niego czynności w postępowaniu odwoławczym kwotę 2.700 zł powiększoną o należny podatek VAT.

(...)