

1. Termin określony w art. 817 KC nie jest terminem wymagalności roszczenia wobec zakładu ubezpieczeń, a terminem płatności. Dla nadejścia terminu płatności świadczenia zakładu ubezpieczeń wystarczające jest otrzymanie zawiadomienia o wypadku, przy czym nie jest istotne kto dokonuje takiego zawiadomienia. Zakład ubezpieczeń ma obowiązek, po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku, ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności, to znaczy aktywnego, samodzielnego wyjaśnienia okoliczności wypadku i wysokości szkody. Żaden przepis prawa z zakresu ubezpieczeń nie utożsamia kwestii wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ustalenia wysokości szkody z koniecznością wyczekiwania na zamknięcie śledztwa, dochodzenia, czy wydania opinii przez biegłego sądowego albo wyroku sądu.

2. Jeśli poszkodowany nie określił wysokości roszczenia, a zakład ubezpieczeń mając dane do jego ustalenia nie oświadczy jaką kwotę uważa za właściwe odszkodowanie, powstaje w zasadzie stan opóźnienia. Natomiast z chwilą wypłacenia kwoty ustalonej przez ubezpieczyciela obowiązek wypowiedzenia się odnośnie do tego, czy jest ona odpowiednia, powraca do wierzyciela (poszkodowanego). Od chwili zgłoszenia przez niego żądania dalszych roszczeń, zakład pozostaje w **opóźnieniu, o ile oczywiście roszczenia te będą uzasadnione.**

Skład sądu

SSN Gerard Bieniek (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Teresa Bielska-Sobkowicz

SSN Elżbieta Skowrońska-Bocian

Sentencja

Sąd Najwyższy w sprawie z powództwa M.S. przeciwko Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń S.A. w Warszawie III Inspektorat w Warszawie o rentę i odszkodowanie, po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 13 sierpnia 2008 r., skargi kasacyjnej powódki od wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 23 października 2006 r., sygn. akt I ACa 839/05, oddała skargę kasacyjną.

Uzasadnienie

Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 14.05.2005 r. zasądził od pozwanego Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń S.A. na rzecz powódki M.S.:

rentę z tytułu utraconych zarobków za okres od lutego 1996 r. do grudnia 2004 r. w kwotach określonych oddzielnie za każdy miesiąc, wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od każdej miesięcznej kwoty, poczynając od 11 lutego 1996 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 1 593,10 zł miesięcznie z tego tytułu na przyszłość, poczynając od 11 stycznia 2005 r. płatną z góry do dnia 10-tego każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat,

kwotę 45 965,08 zł wraz z ustawowymi odsetkami od kwoty 32 464,33 zł od dnia 25 września 2002 r. do dnia 31 października 2004 r. oraz z ustawowymi odsetkami od kwoty 13 500,72 zł od dnia 9 listopada 2004 r. do dnia zapłaty tytułem skapitalizowanej renty na pokrycie zwiększonych potrzeb za okres od 1 stycznia 1994 r. do 31 października 2004 r.

kwotę 386 zł tytułem zwrotu wydatków poniesionych przez powódkę na zakup pasa lędźwiowego, kołnierza ortopedycznego i stabilizatora skokowego,

rentę z tytułu zwiększonych potrzeb w wysokości 534,58 zł poczynając od 1 listopada 2004 r. i na przyszłość, płatną z góry do dnia 10-tego każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat,

ustalił odpowiedzialność pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości i oddalił powództwo w pozostałej części.

W sprawie tej ustalono co następuje:

19 września 1993 r. M.S. jako pasażerka samochodu osobowego uległa wypadkowi komunikacyjnemu. Postępowanie karne wobec śmierci sprawcy zostało umorzone 10 listopada 1993 r. Sprawca wypadku, był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń S.A.

W wyniku wypadku powódka doznała ogólnego potłuczenia, drobnych otarć, otrzymała leki przeciwbólowe, opatrunek i polecenie dalszego leczenia w poradni chirurgicznej. Z uwagi na konieczność zajęcia się małoletnimi dziećmi powódka odmówiła leczenia w szpitalu. Przez kilka dni czuła się źle, miała bóle głowy, obolałe ciało. Po ok. 2-3 miesiącach od wypadku nastąpił u niej kilkuminutowy napad utraty przytomności, po 5 miesiącach do zaburzeń świadomości dołączyły drgawki, po których następowały wielogodzinne zaburzenia pamięci. Powódka w kwietniu 1994 r. rozpoczęła leczenie neurologiczne, rozpoznano u niej padaczkę pourazową, a nadto pourazowy zespół bólowy odcinka piersiowo - lędźwiowego oraz przebyty zespół urazu kręgosłupa szyjnego związany z wypadkiem.

Decyzją z 7 marca 1996 r. ZUS zaliczył powódkę do III grupy inwalidzkiej, stwierdzając, że schorzenie ogranicza zdolność do podjęcia pracy zarobkowej. Kolejną decyzją ZUS z 9 czerwca 2003 r. powódka została uznana za częściowo niezdolną do pracy. Rentę przyznano powódce do lipca 2006 r.

Powódka w chwili wypadku miała 30 lat, dwoje dzieci w wieku 11 i 12 lat, prowadziła dom, pracowała w PZU na stanowisku pośrednika ubezpieczeniowego z wynagrodzeniem prowizyjnym. Po wypadku, w okresie od 1995 r. do 1996 r., otrzymywała świadczenie rehabilitacyjne, faktycznie powódka nie pracuje od 19 listopada 1993 r. Z dniem 17 marca 1995 r. rozwiązano z powódką umowę o pracę z powodu jej nieobecności w pracy na skutek choroby trwającej dłużej niż okres pobierania zasiłku chorobowego.

7 kwietnia 1994 r. powódka zgłosiła szkodę do PZU. W dniu 8 lipca 1994 r. powódce zostało wypłacone świadczenie w wysokości 31 303 000 starych zł. Następnie powódka zwróciła się do PZU o przyznanie renty powypadkowej z tytułu utraconych zarobków. Ubezpieczyciel w dniu 20.05.1996 r. wypłacił powódce kwotę 2020,24 zł, co stanowiło dopłatę do zasiłku rehabilitacyjnego.

Aktualnie powódka leczy się w przychodni rejonowej i poradni epileptycznej, w związku z doznawanymi lękami podjęła także leczenie psychiatryczne. Powódka przyjmuje leki przeciwpadaczkowe i przeciwbólowe. Na leki neurologiczne średnio miesięcznie wydaje ok. 200-120, 130 zł; w listopadzie 2002 r. wydała 107,72 zł. Powódka ma ataki padaczki o różnej częstotliwości: 3-7 razy miesięcznie. Miewa po nich urazy kończyn, łokcia, barku, kręgow szyjnych. Powódka ma lęki, wymaga pomocy innej osoby podczas pobytu poza domem oraz w cięższych pracach domowych.

Sąd Okręgowy ustalił, że występująca u powódki padaczka jest padaczką pourazową będącą następstwem wypadku z dnia 19.09.1993 r. Z neurologicznego punktu widzenia powódka doznała 50 % uszczerbku na zdrowiu, uszczerbek ma charakter trwały, może się powiększać. Prognoza na przyszłość jest niekorzystna, istnieje możliwość pogorszenia stanu zdrowia w związku z wiekiem oraz następstwami napadów.

Powódka nie może wykonywać pracy w dotychczasowym charakterze, nie jest samodzielna, może wykonywać pracę w warunkach pracy chronionej, jeżeli częstotliwość napadów zmniejszy się w wyniku leczenia, nadto wymaga przyprowadzania i odprowadzenia do pracy oraz nadzoru pielęgniarki i specjalnych warunków do pracy niezagrażających zdrowiu i życiu w czasie napadu padaczki.

Powódka z uwagi na brak samodzielności i ataki epilepsji nie jest w stanie wykonywać czynności domowych, samodzielnie wychodzić z domu, a ataki występują często, są nieprzewidywalne i bardzo silne, bezpośrednio po nich powódka wymaga pomocy osób trzecich.

Ustalił dalej Sąd I instancji, że nie występują u powódki odchylenia od stanu prawidłowego w zakresie kończyn, z tym, że z uwagi na rozpoznanie u powódki osteoporozy, mogą łatwiej występować u powódki podczas ataków epilepsji złamania kończyn. Nie pozostają one jednak w bezpośrednim związku z wypadkiem, a u powódki nie występuje utrata zdrowia z punktu widzenia ortopedycznego.

W świetle art. 444 KC żądanie zgłoszone przez powódkę - w ocenie Sądu Okręgowego - zasługuje na uwzględnienie, bowiem utraciła zdolność podjęcia pracy zarobkowej, z racji choroby wymaga opieki i obecności innej osoby, sama nie może wykonywać prac domowych, opuszczać mieszkania, a możliwość podjęcia przez nią pracy w warunkach chronionych obwarowana jest ściśle określonymi w opinii biegłej warunkami.

Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego na rzecz powódki rentę tytułem utraconych zarobków za okres od 11 lutego 1996 r.

Ustalając jej wysokość Sąd porównał zarobki powódki z zarobkami, jakie osiągnęli pracujący dla PZU pośrednicy ubezpieczeniowi najniżej i średnio zarabiający i ustalił, że zarobki powódki przed wypadkiem kształtowały się w grupie pośredników najniżej zarabiających.

W konsekwencji Sąd przyjął za podstawę wyliczenia renty z tytułu utraconych zarobków za okres od 11 lutego 1996 r. do grudnia 2004 r. i na przyszłość, średnie wynagrodzenie pośredników ubezpieczeniowych z grupy najniżej zarabiającej, uznając, że w takiej grupie kształtowały się zarobki powódki przed wypadkiem. Od tych kwot Sąd odliczył otrzymywane przez powódkę świadczenia z ZUS. Za okres od stycznia 2005 r. Sąd zasądził powódce rentę w kwocie po 1.593,10 zł miesięcznie z tytułu utraconej zdolności do zarobkowania, a nadto zasądził rentę z tytułu zwiększonych potrzeb,

którą za okres 1.01.1994 r. do 31.10.2004 r. skapitalizował na kwotę 45.965,08 zł, a od listopada 2004 r. zasądził po 534,58 zł miesięcznie. Zasądzono też stosowną kwotę za zakup sprzętu medycznego.

W wyniku rozpoznania apelacji pozwanego Zakładu Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 23.10.2006 r. zmienił wyrok Sądu Okręgowego w ten sposób, że skapitalizował rentę z tytułu utraconych zarobków za okres od lutego 1996 r. do października 2002 r. włącznie na kwotę 110.734,67 zł z odsetkami od 8.11.2002 r., oddalając dalej idącą apelację. Uzasadniając to rozstrzygnięcie Sąd Apelacyjny podniósł, że żądanie zasądzenia renty z tytułu utraty zdolności do zarabkowania sprecyzowane kwotowo za każdy miesiąc, zostało zgłoszone dopiero w toku procesu, w piśmie z dnia 24.09.2002 r., które zostało doręczone pozwanemu 7.10.2002 r., a od tej daty liczy się okres 30 dni do spełnienia świadczenia przewidziany w przepisach dla zakładu ubezpieczeń. Pozwany Zakład pozostawał więc w opóźnieniu dopiero od 8.11.2002 r.

Wyrok ten w części uwzględniającej apelację strony pozwanej zaskarżyła powódka wnosząc skargę kasacyjną, w której zarzuciła naruszenie prawa materialnego, tj. art. 481 § 1 w związku z art. 476, 65 § 1 i 817 § 2 KC przez ich błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że koniecznym elementem żądania dotyczącego przyznania renty z tytułu utraconych zarobków jest wskazanie konkretnej kwoty. Podnosząc ten zarzut wniosła o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i orzeczenia co do istoty sprawy przez oddalenie apelacji pozwanego Zakładu od wyroku Sądu Okręgowego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie wymaga jeden problem, którego istota sprowadza się do odpowiedzi na pytanie, w jakich okolicznościach ubezpieczyciel popada w opóźnienie, co uzasadnia żądanie odsetek. W tym względzie - abstrahując w tym miejscu od okoliczności niniejszej sprawy - należy zwrócić uwagę, na to, że świadczenie zakładu ubezpieczeń zawsze ma charakter terminowy. Termin spełnienia tego świadczenia może zostać oznaczony w samej umowie ubezpieczenia, a w razie braku porozumienia stron w tym przedmiocie, określa go art. 817 KC. W świetle tego przepisu, co do zasady, zakład ubezpieczeń obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Nie powinno być żadnych wątpliwości, iż termin ten nie jest terminem wymagalności roszczenia wobec zakładu ubezpieczeń, a terminem płatności, co znajduje potwierdzenie w konstrukcji w art. 819 § 2 KC, nakazującej liczyć bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie od zakładu ubezpieczeń, od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ubezpieczeniem.

Dla nadejścia terminu płatności świadczenia zakładu ubezpieczeń wystarczające jest otrzymanie zawiadomienia o wypadku, przy czym nie jest istotne kto dokonuje takiego zawiadomienia. Zakład ubezpieczeń ma obowiązek, po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku, ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności, to znaczy aktywnego, samodzielnego wyjaśnienia okoliczności wypadku i wysokości szkody. Podkreślić należy, że żaden przepis prawa z zakresu ubezpieczeń nie utożsamia kwestii wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ustalenia wysokości szkody z koniecznością wyczekiwania na zamknięcie śledztwa, dochodzenia, czy wydania opinii przez biegłego sądowego albo wyroku sądu. Nic nie stoi na przeszkodzie, by wyjaśnienie powyższych okoliczności nastąpiło w drodze tzw. likwidacji szkody, przeprowadzonej przez zakład ubezpieczeń. Celem postępowania likwidacyjnego jest bowiem m.in. ustalenie wysokości szkody i świadczeń zakładu ubezpieczeń. To

właśnie w postępowaniu likwidacyjnym winno nastąpić ustalenie wysokości odszkodowania, a rolą sądu w ewentualnym procesie jest kontrola prawidłowości ustalenia wysokości odszkodowania.

Te ogólne wskazania znajdują też odzwierciedlenie w orzecznictwie Sądu Najwyższego. Przykładowo można wskazać z jednej strony na wyrok SN z dnia 10.01.2000 r. III CKN 1105/98 (OSNC 2000, nr 7-8, poz. 134) w którym stwierdzono, że art. 817 § 2 KC nie upoważnia ubezpieczyciela do zaniechania przeprowadzania postępowania likwidacyjnego do czasu prawomocnego zakończenia postępowania karnego dotyczącego wypadku komunikacyjnego, w którym uczestniczył kierowca ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej, z drugiej zaś strony na wyrok SN z dnia 8.08.2001 r. I CKN 18/99 (OSNC 2002, nr 5, poz. 64), w którym przyjęto, że "określenie terminu spełnienia świadczenia, w rozumieniu art. 817 § 2 KC, może nastąpić przy wykorzystaniu ustaleń dokonanych w sprawie karnej, jeżeli w toczącym się bez ograniczeń postępowaniu likwidacyjnym nie jest możliwe wyjaśnienie wcześniej okoliczności koniecznych do przyjęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wyliczenie wysokości szkody".

Z powyższych orzeczeń wynika więc, że obowiązkiem ubezpieczyciela po uzyskaniu zawiadomienia o zdarzeniu jest nie tylko wszczęcie postępowania likwidacyjnego, ale też prowadzenie go w taki sposób, aby o zakreślonym ustawowo terminie wyjaśnić okoliczności zdarzenia i wysokość szkody. Jeśli okaże się to niemożliwe, wówczas termin spełnienia świadczeń określa art. 817 § 2 KC. Dopiero w tym kontekście należy odnieść się do podstawowej w niniejszej sprawie kwestii, tj. odpowiedzi na pytanie, czy poszkodowany zgłaszając ubezpieczycielowi zdarzenia ma obowiązek określić wysokość odszkodowania. Do tej kwestii odniósł się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6.07.1999 r. III CKN 315/98 (OSNC 2002, nr 2, poz. 31). Do tego wyroku odwołuje się Sąd Apelacyjny, a także powódka wnosząca skargę kasacyjną. W wyroku tym Sąd Najwyższy m.in. stwierdził, że powiązanie § 31 i 32 ust. 1 i 3 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 9.12.1992 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów - Dz.U. Nr 96, poz. 474 (które to przepisy mają w niniejszej sprawie zastosowanie) wskazuje, że oprócz zawiadomienia o wypadku wierzyciel powinien określić roszczenia. Jeśli tego nie uczyni zakład powinien wystąpić z propozycją ugody. Równoznaczne z taką propozycją jest oświadczenie zakładu o wysokości odszkodowania. Jeśli poszkodowany nie określił wysokości roszczenia, a zakład ubezpieczeń mając dane do jego ustalenia, nie oświadczy jaką kwotę uważa za właściwe odszkodowanie, powstaje w zasadzie stan opóźnienia. Natomiast z chwilą wypłacenia kwoty ustalonej przez ubezpieczyciela obowiązek wypowiedzenia się odnośnie do tego, czy jest ona odpowiednia, powraca do wierzyciela (poszkodowanego). Od chwili zgłoszenia przez niego żądania dalszych roszczeń, zakład pozostaje w opóźnieniu, o ile oczywiście roszczenia te będą uzasadnione.

Powstaje pytanie, czy i na ile te reguły zostały zachowane w niniejszej sprawie.

Jest poza sporem, że powódka zgłosiła szkodę do ubezpieczyciela w dniu 7.04.1994 r. precyzując żądanie kwotowe z tytułu zadośćuczynienia, zwrotu kosztów leczenia i odszkodowanie za zniszczoną odzież. W dniu 8.07.1994 r. wypłacono powódce 31.303.000 zł. Następnie pismem z 9.04.1996 r. powódka zażądała przyznania jej renty powypadkowej od 12.03.1996 r. i wyrównania utraconych

zarobków za okres pobierania zasiłku rehabilitacyjnego. Powódka nie sprecyzowała wysokości renty, natomiast żądanie to uzasadniała tym, że następstwem wypadku jest epilepsja pourazowa, co uniemożliwia wykonywanie pracy. Zakład ubezpieczeń w następstwie stanowiska zajętego przez komisję lekarską, zwrócił się do powódki o wyrażenie zgody na badanie w warunkach szpitalnych, na co powódka nie wyraziła zgody informując o tym w piśmie z dnia 23.09.1996 r. W tej sytuacji zakład w dniu 28.10.1996 r. odmówił tego świadczenia. Następnie w toku procesu wszczętego w dniu 28.02.1997 r. powódka domagała się m.in. renty w kwocie 500 zł miesięcznie z tytułu zwiększenia potrzeb, nie zgłaszając roszczenia zasądzenia renty z tytułu utraconych zarobków. To żądanie zgłosiła dopiero w piśmie z dnia 24.09.2002 r., precyzując jej wysokość kwotowo za każdy miesiąc.

W świetle tych bezspornych ustaleń ocena prawna Sądu Apelacyjnego w odniesieniu do określenia daty opóźnienia zakładu ubezpieczeń w zakresie renty z tytułu utraty zarobków - jest prawidłowa. Jeśli bowiem powódka zgłosiła w piśmie z dnia 9.04.1996 r. żądania przyznania renty z tytułu utraty zarobków, uzasadniając to roszczenie tym, że skutkiem wypadku jest epilepsja pourazowa, co uniemożliwia jej wykonywanie pracy, to w sytuacji, gdy zespół lekarzy miał uzasadnione wątpliwości, czy zachodzi związek przyczynowy między zdarzeniem a wskazanym następstwem i zaproponował powódce badanie w warunkach szpitalnych, co spotkało się z odmową powódki, to istotnie - w tej sytuacji nie było możliwe przyznanie renty w jakiegokolwiek wysokości. Sporna była bowiem sama podstawa do przyznania tego świadczenia, a nie wysokość świadczenia. Odmowa przyznania świadczenia w postaci renty z tytułu utraconych zarobków była więc - na tym etapie postępowania likwidacyjnego - usprawiedliwiona. Tym samym nie można zakładowi zasadnie zarzucać, że pozostawał w opóźnieniu co do przyznania tego świadczenia od 9.04.1996 r. Brak więc podstaw do uwzględnienia skargi kasacyjnej (art. 39814 KPC).