

**Sygn. akt VI Ca 782/18**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 listopada 2018r.

Sąd Okręgowy w Częstochowie VI Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Hanna Morejska (spr.)

Sędzia: SSO Janina Ignasiak

Sędzia: SSR del. Aleksandra Korusiewicz

Protokolant: sekr. sądowy Kamil Serwa

po rozpoznaniu w dniu 21 listopada 2018r. w Częstochowie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. B.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Częstochowie z dnia 30 maja 2018r.

sygn. akt XII C 1457/15

**1. oddala apelację;**

**2. zasądza od pozwanego na rzecz powoda M. B. 2 214 (dwa tysiące dwieście czternaście) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu z tytułu nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu wyliczonej wraz z podatkiem VAT.**

Sygn. akt VI Ca 782/18

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 30 maja 2018 roku Sąd Rejonowy w Częstochowa zasądził od pozwanego Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz (...) Banku Spółki Akcyjnej we W. kwotę 18.311,99 zł. z odsetkami ustawowymi od dnia 30 września 2013r. do dnia 31 grudnia 2015r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016r. do dnia zapłaty, w pozostałym zakresie powództwo oddalił, zasądził od pozwanego na rzecz powoda M. B. kwotę 3.808,08 zł. tytułem zwrotu kosztów procesu z tytułu nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata ustanowionego z urzędu, nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w C. kwotę 3.670 zł. tytułem zwrotu części nieuiszczonych kosztów sądowych, przyznał od Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w C. dla adwokata S. T. wynagrodzenie z tytułu udzielonej pozwanemu nieopłaconej pomocy prawnej w kwocie 619,92 zł.

Sąd Rejonowy ustalił i zważył co następuje ;

Powód M. B. choruje na przewlekłe reumatoidalne zwyrodnienie stawów. (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności zaliczył go do znacznego stopnia niepełnosprawności od 15.12.2006r., że wskazaniem, że jest zdolny do pracy w warunkach pracy chronionej. Taka pracę powód przez wiele lat świadczył, pracując w zakładach pracy chronionej. Do 27.10.2012r. był zatrudniony w Fundacji (...) w C. jako składacz – pakowacz. Otrzymywał także rentę z tytułu niepełnosprawności.

W dniu 23.09.2010r. w C. powód zawarł z (...) Bankiem SA w W. za pośrednictwem upoważnionych pracowników umowę pożyczki kwoty 31047, 17 zł. Oprocentowanie pożyczki wynosiło 13% w stosunku rocznym. Pożyczka miał być spłacona w 60 ratach zgodnie z harmonogramem spłat. Powód uiścił również opłatę ubezpieczeniową w kwocie 7064,16 zł. Jednocześnie przystąpił do: umowy ubezpieczenia z dnia 11.02.2004r., nazwanej generalną umowa ubezpieczenia, zawartej między pozwanym Towarzystwem (...) SA a (...) Bankiem SA, który jest podmiotem uprawnionym do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego. Powód miał status ubezpieczonego. Umowa obejmowała swoim zakresem ryzyko zgonu, inwalidztwa i Medical Assistance. Powód przystąpił również do umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) Bankiem SA a Towarzystwem (...) SA, obejmującym swoim zakresem ryzyko utraty pracy. Umowa pożyczki przewidywała, że ubezpieczony wskazuje (...) Bank SA jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie zgonu, inwalidztwa i utraty pracy. Przy zawieraniu umowy pożyczki powód przedstawił zaświadczenie o zarobkach oraz decyzję o przyznaniu renty. Treść umowy nie była indywidualnie negocjowana, powód na wniosek o kredyt otrzymał przygotowaną przez Bank umowę do podpisania.

Początkowo powód spłacał raty pożyczki zgodnie z harmonogramem. Jednak w 2012r. doszło do zaostrzenia objawów choroby. Powód musiał poddać się operacji - endoprotezoplastyce całkowitej stawu biodrowego prawego. Był hospitalizowany w okresie 23-10-2012 – 2.11.2012. W związku z pogorszeniem stanu zdrowia i koniecznością korzystania z częstych zwolnień lekarskich powód w dniu 27.10.2012r. został zwolniony z pracy za wypowiedzeniem przez pracodawcę.

W dniu 11.06.2013r. (...) do spraw Orzekania o Niepełnosprawności zaliczył powoda do znacznego stopnia niepełnosprawności z możliwością pracy tylko w warunkach pracy chronionej. (...) Orzekania do spraw Niepełnosprawności zmienił tę decyzję w dniu 9.08.2013r., stwierdzając, że M. B. jest całkowicie niezdolny do pracy.

Jak ustalił Sąd Rejonowy w dniu 6.06.2013r. powód złożył w (...) Bank SA na udostępnionym druku wnioski o wypłatę świadczenia z powodu całkowitego trwałego inwalidztwa kredytobiorcy. Decyzja z dnia 12.07.2013r. pozwany odmówił bankowi wypłaty świadczenia z uwagi na brak ochrony ubezpieczeniowej w dacie zdarzenia, z powołaniem się na art. 814 k.c. Powód w dniach 26.07.2013r. i 1.08.2013r. składał odwołania od tej decyzji, załączając dokumentację lekarską i orzeczenia o niepełnosprawności, w tym zaświadczenia lekarskie o pogorszeniu stanu zdrowia. Pozwany podtrzymał swoje stanowisko.

W związku z zaległościami w spłacie rat (...) Bank SA wypowiedział powodowi umowę pożyczki w dniu 24.09.2013r. W tym czasie zadłużenie M. B. z tego tytułu wynosiło łącznie 18.311,99 zł., tj. kapitał w kwocie 17.462,24 zł., odsetki zaległe 649,98 zł., odsetki 89,77 zł. i koszty windykacji 110 zł. Zaległość nie została spłacona.

Sąd Rejonowy weryfikując stan zdrowia powoda M. B. wskazał, że powód od 1992r. choruje na przewlekłe reumatoidalne zwyrodnienie stawów, zwyrodnieniowe prawostronne skrzywienie kręgosłupa szyjnego, przykurcz zgięciowy kolana lewego na tle zmian zwyrodnieniowych, jest po obustronnej alloplastyce stawów biodrowych i alloplastyce stawu kolanowego prawego i realloplastyce z powodu septycznego obłuzowania endoprotezy. Leczy się w Poradni (...) oraz Poradni (...) im (...) w C., był wielokrotnie hospitalizowany oraz leczony farmakologicznie. Jest osobą niepełnosprawną od 2003r., a od 2006r. osobą niepełnosprawną w znacznym stopniu. Wówczas utracił możliwość pracy w zawodzie (płytkarz). Początkowo choroba przebiegała nieagresywnie, z okresami zaostrzenia lub nawet remisji. Powód był jednak zdolny do pracy w warunkach pracy chronionej. Zdolność tę całkowicie utracił w roku 2013 w związku z zaostrzeniem objawów choroby. W listopadzie 2012r. została wszczepiona druga proteza stawu biodrowego, w dniu 12.02.2013r. został przyjęty z zaostrzeniem procesu chorobowego na Oddział (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) im (...) w C., gdzie stwierdzono m.in. znaczne zaostrzenie dolegliwości bólowych wielostawowe oraz stan zapalny,

mimo starannego i nowoczesnego leczenia schorzenie pozostaje bez odpowiedzi, z szybka dynamika postępu choroby. Obecnie utracił całkowitą zdolność do pracy, wymaga pomocy i opieki innych w zaspokajaniu podstawowych czynności życiowych ze znacznym upośledzeniem funkcji lokomocyjnej, przemieszcza się za pomocą 2 kul łokciowych, potrafi przejść najwyżej kilkanaście metrów.

Od 2013r. powód jest faktycznie trwale i całkowicie niezdolny do jakiegokolwiek pracy oraz stał się trwale i całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji.

Przechodząc do rozważań Sąd Rejonowy stwierdził, że niesporne między stronami było zawarcie przez powoda z (...) Bankiem SA umowy pożyczki, przystąpienie do umowy ubezpieczenia zawartej między (...) Bankiem SA. Przedmiotem sporu były legitymacja czynna powoda, okoliczność wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz wysokość żądanej kwoty i odsetki. Pozwany podniósł nadto stan powagi rzeczy osądzonej. Pozwany wskazywał, że powód wywodzi swoje roszczenie z umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) Bankiem SA a (...) SA, do której przystąpił powód w związku z zaciągnięciem w (...) Bank S.A. pożyczki w kwocie 31.047,17 zł. Pozwany wskazywał, że w sprawie o sygn. XIIC (...) Sąd Rejonowy w Częstochowie wyrokiem z dnia 6.08.2014r. zasądził od pozwanego (...) SA na rzecz powoda M. B. kwotę 18.311,99 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 30.09.2013 r. do dnia zapłaty. Następnie Sąd Okręgowy w Częstochowie wyrokiem z dnia 24.02.2015r. w sprawie o sygn. akt VI Ca (...) wskutek apelacji pozwanego zmienił zaskarżony wyrok i oddalił powództwo. Wyrok ten jest prawomocny. Według pozwanego dochodzona przez powoda kwota znajduje oparcie w tych samych okolicznościach faktycznych, a stronami w sprawie są te same podmioty, co powoduje, że w sprawie niniejszej zachodzi powaga rzeczy osądzonej.

Zarzut res iudicata został uznany przez Sąd Rejonowy jako nieskuteczny. Sąd ten wskazał, że art. 199§1 pkt 2 k.p.c. stanowi, że Sąd odrzuca pozew, jeżeli o to samo roszczenie między tymi samymi stronami sprawa została prawomocnie osądzona. Zakres powagi rzeczy osądzonej jest zatem wyznaczony przez przedmiot konkretnego rozstrzygnięcia sądu w związku z podstawą rozstrzygnięcia, czyli – jak trafnie wskazuje Sad Najwyższy w postanowieniu z dnia 18.08.2017r. ( IV CSK 607/17) powaga rzeczy osądzonej odnosi się do roszczenia dochodzonego pozvem w takiej postaci, w jakiej stało się przedmiotem wyrokowania, odzwierciedlonym w sentencji wyroku. Zasadniczy aspekt powagi rzeczy osądzonej wyraża się w niedopuszczalności ponownego rozstrzygnięcia tej samej sprawy. Chodzi tu o kryterium tożsamości (identyczności) żądania zgłoszonego w nowym pozwie z żądaniem, które w związku z daną podstawą sporu było już przedmiotem rozstrzygnięcia.

Sąd Rejonowy uznał, że powód dochodząc zapłaty na rzecz (...) Banku SA wystąpił z innym roszczeniem, niż objęte wyrokiem w sprawie o sygn. XIIC (...), gdzie domagał się zasądzenia określonej kwoty na swoją rzecz.

Według Sądu Rejonowego powód posiadał czynną legitymację do wystąpienia z powództwem. Bowiem powód w umowie pożyczki z dnia 23.09.2010r. przystąpił do umowy ubezpieczenia z dnia 11.02.2004r., nazwanej generalną umową ubezpieczenia, zawartej między pozwanym Towarzystwem (...) SA a (...) Bankiem SA, który jest podmiotem uprawnionym do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.

Umowa ta miała charakter umowy ubezpieczenia osobowego zawieranej przez ubezpieczającego z zakładem ubezpieczeń (ubezpieczycielem) na cudzy rachunek. Stronami takiej umowy, przewidzianej w art. 808 § 1 k.c., są ubezpieczyciel i ubezpieczający Ubezpieczony nie jest stroną umowy, jest natomiast stroną stosunku ubezpieczenia. Ubezpieczający działa w imieniu własnym, ale na cudzy rachunek. W niniejszym przypadku stronami umowy były: pozwane Towarzystwo (...), jako ubezpieczyciel, oraz (...) Bank SA, jako ubezpieczający. Powód natomiast miał status ubezpieczonego, co wynika także z samej treści umowy (§1 pkt. 6 umowy). Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej było życie i zdrowie ubezpieczonego, a zarazem kredytobiorcy, który zawarł umowę kredytu z (...) Bankiem SA. Osoba uprawnioną do świadczenia w razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, czyli uposażonym zgodnie z §1 pkt. 8 była „osoba wyznaczona przez ubezpieczonego”. W niniejszej sprawie zgodnie z umową pożyczki ubezpieczony wskazał (...) Bank SA jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie m.in. inwalidztwa, gdyż zgodnie z § 12 umowy świadczenie z tytułu zgonu lub inwalidztwa ubezpieczonego Towarzystwo (...) wypłaca uposażonemu na wskazany przez niego rachunek.

Sąd Rejonowy powołał się na stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 12.09.2013r. (VI CSK 91/13, Lex nr 1413591), iż sytuacja prawna ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek jest specyficzna, gdyż mimo że nie jest on stroną umowy ubezpieczenia na podstawie art. 808 § 3 k.c., co do zasady, może żądać spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń, chyba, że strony uzgodniły inaczej. Sąd Rejonowy ponadto w pełni podzielił stanowisko wyrażone przez Sąd Najwyższy m.in. w wyrokach z 21.06.2002 r.(V CKN 1069/00) i z 14.10.2015r. (V CSK 40/15) oraz przez Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 17.05.2017r. (IACa 45/17, LEX nr 2330645), iż wierzycielowi z umowy zawartej na rzecz osoby trzeciej przysługuje legitymacja procesowa do samodzielnego występowania w procesie, może on mianowicie jako powód żądać spełnienia świadczenia tylko na rzecz uprawnionej z tej umowy osoby trzeciej. W wyroku z dnia 14.10.2015r. Sąd Najwyższy stwierdził, że osoba, która zawarła umowę z zakładem ubezpieczeń na rzecz osoby uposażonej nie ma legitymacji do żądania spełnienia przez ubezpieczyciela świadczenia na swoją rzecz.

Zatem w niniejszych okolicznościach to ubezpieczony mógł spowodować wypłacenie świadczenia zgodnie z umową ubezpieczenia tylko przez wystąpienie z powództwem przeciwko ubezpieczycielowi o zasądzenie kwoty z ubezpieczenia na rzecz osoby uprawnionej do uzyskania świadczenia, czyli uposażonego. Powód, nie tylko przystąpił do umowy ubezpieczenia jako ubezpieczony, ale także wniósł opłatę ubezpieczeniową w kwocie 7064,16 zł. (§1 pkt. 4 umowy pożyczki), ponosząc ekonomiczny koszt ubezpieczenia pożyczki.

Sporne było czy miało miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe, które to §1 pkt. 7 umowy generalnej ubezpieczenia stanowiło zdarzenie losowe powodujące zgon, inwalidztwo, czasową niezdolność do pracy lub poważne zachorowanie ubezpieczonego. Inwalidztwo zaś, definiowane przez pkt. 10 §1 ww. umowy jako trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, w rezultacie którego ubezpieczony utracił bezterminowo zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz jest trwale i całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji. Wystąpienie inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze Towarzystwa (ubezpieczyciela) na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS (§12 pkt. 5 umowy).

Sąd Rejonowy uznał, że w przypadku powoda, może chodzić o takie zdarzenia, które nastąpiły po zawarciu umowy pożyczki, kiedy to powód przystąpił do umowy ubezpieczenia jako ubezpieczony. W czasie podpisania umowy, tj. 23.09.2010r. powód dysponował orzeczeniem o niepełnosprawności. 12.05.2010r. (...) d.s Orzekania o Niepełnosprawności zaliczył go do znacznego stopnia niepełnosprawności od 15.12.2006r., ze wskazaniem, że jest zdolny do pracy w warunkach pracy chronionej. Taką pracę powód wówczas wykonywał, będąc zatrudnionym w Fundacji (...) w C. jako składacz – pakowacz.

Sąd I instancji uznał, że nie dotyczyło go inwalidztwo w rozumieniu umowy generalnej ubezpieczenia, gdyż był zdolny do wykonywania pracy (choć tylko w warunkach pracy chronionej) i ją wykonywał. Powód nie ukrywał swego stanu zdrowia, przedstawił zarówno zaświadczenie o zarobkach, jak i decyzję o przyznaniu renty, czyli wszystkie te dokumenty. Umowa ta przewidywała objęcie powoda ochroną ubezpieczeniową także od inwalidztwa, był to obowiązkowy element pożyczki.

Sąd I instancji oceniła, że miało miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe. Doszło do zaostrzenia choroby powoda. Został zwolniony z pracy za wypowiedzeniem przez pracodawcę w dniu 29.10.2012r. W okresie od 24.01.2013r. do 12.02.2013r. był hospitalizowany, a 9.08.2013r. decyzją (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności uchylono poprzednie orzeczenie i uznano powoda za całkowicie niezdolnego do pracy. Dopiero w 2013r. wystąpiło u powoda inwalidztwo w rozumieniu pkt. 10 §1 umowy generalnej ubezpieczenia. Fakt ten potwierdzały zaświadczenia lekarskie oraz decyzja wydana przez ZUS, oraz opinie biegłych lekarzy, które Sąd uznał za miarodajne. Zgodnie z nimi faktyczna bezterminowa utrata zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy trwała i całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji datuje się od 2013r.

Analizując wysokość żądanej kwoty Sąd Rejonowy stwierdził, że zgodnie w §1 pkt. 9 umowy generalnej ubezpieczenia suma ubezpieczenia to kwota zadłużenia przypadająca na dzień wypłaty świadczenia w przypadku śmierci lub inwalidztwa ubezpieczonego, nie obejmuje odsetek karych za okres dłuższych niż 120 dni ani należności związanych z bankowym postępowaniem egzekucyjnym. Z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca uposażonemu

(§ 12 pkt. 1) świadczenie równe sumie ubezpieczenia równe sumie ubezpieczenia w wysokości kwoty zadłużenia. Wypłata świadczenia powinna nastąpić niezwłocznie, nie później niż 30 dni od otrzymania kompletu dokumentów (§13 ust. 4 umowy generalnej ubezpieczenia).

Pozwany dysponował dokumentami stwierdzającymi stan zdrowia powoda uzasadniającymi wypłatę świadczenia. W dniu 6.06.2013r. powód zgodnie z umową złożył w (...) Bank SA na udostępnionym druku wniosek o wypłatę świadczenia z powodu całkowitego trwałego inwalidztwa kredytobiorcy. Decyzją z dnia 12.07.2013r. pozwany odmówił bankowi wypłaty świadczenia z uwagi na brak ochrony ubezpieczeniowej w dacie zdarzenia, z powołaniem się na art. 814 k.c. Zatem nie można było uznać, że roszczenie o wypłatę świadczenia wynikające z umowy ubezpieczenia nie stało się wymagalne z powodu braku wniosku o wypłatę świadczenia.

Pozwany przyjmował i rozpatrywał kolejne odwołania powoda od odmownych decyzji pozwanego, a powodem odmowy było wyłącznie uznanie, że zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia. W §13 ust. 1 umowy generalnej ubezpieczenia, gdzie wskazuje się wymagania wniosku o wypłatę świadczenia, mowa jest zresztą o „osobie uprawnionej” – nie zaś o ubezpieczającym (jak nazywany jest bank jako strona umowy) ani uposażonym (jak według słownika w umowie określa się osobę wyznaczoną przez ubezpieczonego).

Sąd Rejonowy stwierdził, że w wypowiedzeniu umowy pożyczki z dnia 24.09.2013r. wskazano kwotę zadłużenia M. B. z tytułu opisywanej wyżej umowy kredytu na kwotę łączną 18.311,99 zł., obejmującą kapitał w kwocie 17.462,24 zł. i odsetki zaległe 649,98 zł, odsetki 89,77 zł. i koszty windykacji 110 zł. Sad Rejonowy uznał, że właśnie ta kwota powinna być wypłacona z tytułu umowy ubezpieczenia.

Zarzuty pozwanego dotyczące braku udowodnienia szkody co do wysokości nie były skuteczne w świetle przeprowadzonych dowodów : wymienionego wypowiedzenia umowy o kredyt, a także innych dokumentów nadesłanych przez bank w dniu 12.04.2016r., w tym historii spłaty pożyczki, który to dowód przeprowadzono na wniosek pozwanego zawarty w piśmie z dnia 8.03.2016r. , a który wykazuje, że zadłużenie powoda z tytułu umowy kredytu nie zostało spłacone i powiększa się.

W ocenie Sądu Rejonowego żądanie kwoty wyższej, obejmującej 21.292,73 zł wraz z ustawowymi odsetkami (od kwoty 18.311,99 zł od dnia 30.09.2013r. do dnia zapłaty od kwoty 2.980,74 zł od dnia 23.01.2016r. do dnia zapłaty) nie znajdowało uzasadnienia, gdyż powód oparł rozszerzone żądanie na treści wezwania przez bank powoda do zapłaty z dnia 22.01.2016 r., w którym mowa jest tylko o globalnej kwocie zadłużenia w tym dniu, tj. 21.292,73 zł. Nie sprecyzowano jednak składników tej kwoty i nie można stwierdzić, czy, nie obejmuje ona kwot wyłączonych z sumy ubezpieczenia. W związku z powyższym Sąd Rejonowy oddalił powództwo, a z uwagi na uwzględnienie co do zasady powództwa o ustalenie nie orzekał co do roszczenia ewentualnego.

Powyższy wyrok apelacją zaskarżył pozwany Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w W., zarzucając:

I. naruszenie przepisów prawa materialnego, mające wpływ na wynik postępowania, tj.:

- art. 65 k.c. w zw. z art. 808 § 1 i 3 KC w zw. z art. 805 k.c. w zw. z art. 393 § 1 k.c. w zw. z oświadczeniem powoda zawartym po § 3 Umowy Pożyczki nr (...) dnia 23.09.2010 zawartej pomiędzy powodem a (...) SA poprzez ich błędną wykładnię i zastosowanie normy prawnej wynikającej z art. 808 § 1 k.c. z pominięciem art. 8038 § 3 k.c. skutkujące nieprawidłowym przyjęciem, iż w niniejszej sprawie powód posiada legitymację czynną i jest uprawniony do dochodzenia od pozwanego na rzecz osoby trzeciej- podczas gdy w w/w umowie powód złożył oświadczenie, w którym wskazał, iż to (...) SA jest podmiotem uprawnionym do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci, inwalidztwa lub poważnego zachorowania;

- art. 65 k.c. w zw. z art. 814 k.c. oraz w zw. z § 1 pkt 7, pkt 8, pkt 10 oraz § 12 pkt 5 Umowy Generalnej Ubezpieczenia Na Wypadek Śmierci lub Czasowej Niezdolności do Pracy Wskutek Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku Kredytobiorców Zaciągających Kredyt w (...) Bank SA z dnia 11.02.2004 r. tekst jednolity 20.02.2006 r. poprzez ich nieprawidłową wykładnię skutkującą błędnym przyjęciem odpowiedzialności pozwanego za wystąpienie

zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci inwalidztwa pomimo braku ochrony ubezpieczeniowej w dacie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce przed zawarciem przez powoda umowy pożyczki, tj. przed datą 23.09.2010 r.;

- art. 6 k.c. poprzez uznanie, iż powód wykazał roszczenie co do zasady oraz co do wysokości pomimo, iż powód nie udowodnił swojej legitymacji czynnej

II. naruszenie przepisów prawa procesowego:

- art. 199 § 1 pkt. 2 k.p.c. poprzez brak odrzucenia pozwu z uwagi na podniesiony zarzut res iudicata,

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów wskutek uchybienia zasadom logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego w części dotyczącej ustaleń faktycznych, wybiórczą ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności wydanych w sprawie opinii biegłych, zeznań świadka K. B. oraz strony powodowej przejawiające się w przyznaniu waloru pełnej wiarygodności części materiału dowodowego w postaci kwestionowanych przez pozwanego opinii biegłych chirurga urazowego –ortopedy D. K., reumatologa L. R. oraz z zakresu medycyny pracy A. R. (1) przy jednoczesnym odmówieniu wiarygodności i miarodajności pozostałym dowodom, tj. opinii biegłej reumatolog H. W. (1) oraz biegłego z zakresu medycyny pracy J. B., co doprowadziło do wydania orzeczenia w oparciu o sprzeczny materiał dowodowy a tym samym nie mogło stanowić podstawy do jednoznacznego ustalenia faktycznego momentu wystąpienia u powoda zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci inwalidztwa definiowanego jako trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, w rezultacie którego ubezpieczony utracił bezterminowo zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz jest trwale i całkowicie niezdolny do jakiejkolwiek pracy;

- art. 233 § 1 k.p.c. zw. z art. 278 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i selektywną ocenę materiału dowodowego w postaci dowodu z opinii biegłych:

a) z zakresu chirurgii-ortopedii D. K. poprzez uznanie jej za spójną i wiarygodną., podczas gdy biegły przyjmował w sposób sprzeczny, iż powód już w grudniu 2006 r. (orzeczenie (...) ds.Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności) „utracił zdolność do pracy zarobkowej i stał się trwale i całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji”, by następnie przyjąć, iż data utraty zdrowia nie jest tożsama z datą utraty zdolności do wykonywania pracy;

b) z zakresu reumatologii L. R. poprzez uznanie jej za spójną i wiarygodną podczas gdy rzeczona opinia również była przez pozwanego kwestionowana z uwagi na liczne niespójności z niej wynikające, w tym dotyczące określenia przez biegłą czasokresu trwania choroby od 32 lat przy jednoczesnym wskazaniu, iż badany choruje na reumatoidalne zapalenie stawów od 2006 r., czy też w zakresie w jakim biegła opisała stan kalectwa powoda podnosząc, iż „do tego stopnia kalectwa dochodziło powoli na przestrzeni wielu lat od około 2003-2006 roku” wskazując jednocześnie, że do trwałej utraty zdrowia powoda doszło w sierpniu 2013 roku, kiedy to powód został uznany za niezdolnego do pracy nawet w warunkach pracy chronionej – co stanowi, iż bieg a nie ustaliła tym samym faktycznego momentu kiedy u powoda doszło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, powielając jedynie zapisy kolejnych orzeczeń lekarskich;

c) z zakresu medycyny pracy A. R. (1) poprzez uznanie jej za spójną i wiarygodną, podczas gdy biegły pomimo wskazania, że charakter zmian doprowadził u ubezpieczonego do trwałego inwalidztwa już w 2002 r. i od tej daty powód jest całkowicie niezdolny do pracy, a niezdolny do samodzielnej egzystencji pozostaje od 2006r. (co potwierdza stanowisko pozwanego, iż zdarzenie będące podstawą roszczenia wystąpiło i zostało zweryfikowane przez zespoły orzecznicze jeszcze przed zawarciem umowy pożyczki w dniu 23.09.2010 r., o czym powód miał wiedzę), trwałą i całkowitą niezdolność do jakiejkolwiek pracy datuje na dzień 09.08.2013 r.;

d) z zakresu reumatologii H. W. (1) poprzez uznanie jej za niemiarodajną dla ustalania okoliczności faktycznych sprawy, podczas gdy przedmiotowa opinia potwierdziła w sposób jednoznaczny, że oficjalnie powód stał się trwale niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji w dniu 12.05.2010 r., a taki stan rzeczy trwał już wcześniej a tym samym że zdarzenie będące podstawą pozwu wystąpiło i zostało zweryfikowane przez zespoły orzecznicze jeszcze

przed zawarciem przez powoda umowy pożyczki, o czym powód miał wiedzę, stąd w dacie brak było ochrony ubezpieczeniowej;

e) z zakresu medycyny pracy J. B. poprzez uznanie jej za niemiarodajną dla ustalania okoliczności faktycznych sprawy, podczas gdy biegły ten potwierdził, że powód stał się całkowicie niezdolny do pracy w normalnych warunkach na ogólnym rynku pracy w 2002 r. a niezdolność do samodzielnej egzystencji datowana jest na rok 2006, z kolei sam fakt określenia zdolności do pracy w warunkach pracy chronionej nie jest tożsamy z faktyczną zdolnością do jej wykonywania, zatem wobec oddalenia wniosku pozwanego o uzupełnienia opinii biegłego A. R. (1) to opinia biegłego J. B. winna stanowić podstawę ustaleń Sądu co do momentu wystąpienia i kwalifikacji zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci inwalidztwa;

- art. 227 k.p.c. w zw. z art. 286 k.p.c. w zw z art. 232 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku dowodowego pozwanego o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego z zakresu medycyny pracy A. R. (1) celem ustosunkowania się do zastrzeżeń pozwanego;

- art. 217 § 2 i 3 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 232 k.p.c. poprzez pominięcie wniosku pozwanego o wezwanie na rozprawę biegłych reumatolog L. R. oraz H. W. (2) celem wyjaśnienia rozbieżności pomiędzy wnioskami opinii;

- art. 328 § 2 k.p.c. poprzez nienależyte wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia i niewłaściwe uzasadnienie,

### III. błąd w ustaleniach faktycznych:

- błędnym przyjęciu, iż w sprawie nie wystąpiła powaga rzeczy osądzonej pomimo tożsamości roszczenia i stron procesu ze sprawą rozpatrywaną uprzednio przed Sądem Rejonowym w C. sygn.akt XII C (...),

- błędnym przyjęciu, iż powód w niniejszym sporze posiadał legitymację czynną

- błędnym przyjęciu, iż powód jest faktycznie trwale i całkowicie niezdolny do jakiegokolwiek pracy od 2013 r., tj. że inwalidztwo w rozumieniu umowy ubezpieczenia nastąpiło po zawarciu umowy pożyczki.

Wskazując na powyższe pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu za obie instancje według norm przepisanych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji z jednoczesnym przekazaniem temuż Sądowi kwestii rozstrzygnięcia o kosztach procesu

Sąd Okręgowy stwierdza że apelacja pozwanego Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w W. od wyrok jest bezzasadna z przyczyn następujących ;

W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd Rejonowy prawidłowo ustalił okoliczności faktyczne istotne dla rozstrzygnięcia sprawy. Wbrew zarzutom apelacji, ustalenia te znajdują oparcie w zgromadzonym materiale dowodowym, którego oceny Sąd I instancji dokonał w granicach zasady swobodnej oceny dowodów, z uwzględnieniem zasad logiki i doświadczenia życiowego. Sąd ten wnikliwie i przekonująco ocenił wiarygodność i moc poszczególnych dowodów na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. W uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia wskazano dowody, na których Sąd się oparł, i przyczyny, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej.

W związku z tym, Sąd Okręgowy nie znalazł powodów do zakwestionowania dokonanej przez Sąd I instancji oceny dowodów i dlatego ustalenia te w pełni zaakceptował.

Sąd odwoławczy podzielił również ocenę prawną, jakiej dokonał w sprawie Sąd I instancji, oraz – przytoczoną powyżej – argumentację zawartą w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia. Zbędne zatem wydaje się powtarzanie jej w tym miejscu.

Odnosząc się do zarzutów apelacji, należy zwrócić uwagę, że są one w właściwe powieleniem wcześniejszych twierdzeń strony apelującej, które Sąd I instancji miał na uwadze przy orzekaniu i do których odniósł się w obszernym uzasadnieniu.

Dla porządku odnosząc się do zarzutów apelacji stwierdzenia wymaga, że apelacja dzieli się na grupy zarzutów dotyczących: legitymacji czynnej powoda, powagi rzeczy osądzonej, braku ochrony ubezpieczeniowej w dacie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.), oddalenia wniosków dowodowych pozwanego o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodów z uzupełniających opinii biegłych sądowych lekarzy, naruszenie art. 6 k.c. poprzez uznanie, iż powód wykazał roszczenie co do zasady oraz co do wysokości.

Sąd Okręgowy nie dostrzegł żadnych uchybień w zakresie koncentracji i oceny materiału dowodowego, który został zgromadzony należycie i wyjaśnił wszystkie okoliczności konieczne do rozstrzygnięcia sprawy stosownie do art. 227 k.p.c. i art. 233 k.p.c. Należy podnieść, że w orzecznictwie sądowym przyjmuje się, że jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych związków przyczynowo - skutkowych, to przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyrok Sądu Najwyższego z dn. 27.09.2002r., II CKN 817/00, LEX nr 56906). Dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego nie odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (por. orzeczenia Sądu Najwyższego: z dn. 23.01.2001r., IV CKN 970/00 LEX nr 52753; z dn. 12.04.2001r., II CKN 588/99 LEX 52347, z dn. 10.01.2002r., II CKN 572/99, LEX nr 53136).

Zgodnie z art. 232 k.p.c. strony są obowiązane wskazać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie obciąża stronę, która z faktów tych wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c.). Ciężar dowodu charakteryzują dwa aspekty: podmiotowy (to, która strona w postępowaniu ma przeprowadzić dowód) i przedmiotowy (co należy udowodnić dla poparcia powołanych w procesie faktów). W myśl ogólnych zasad, to na powodzie spoczywa ciężar udowodnienia faktów uzasadniających jego roszczenie (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 października 1969 r., sygn. akt II PR 313/69), a na stronie pozwanej obowiązek udowodnienia okoliczności uzasadniających jej wniosek o oddalenie powództwa (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 1982 r., I CR 79/82).

Bowiem faktów tamujących oraz niweczących powinien dowieść przeciwnik tej strony, która występuje z roszczeniem, czyli z zasady - pozwany (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2003 r. II CKN 1409/2000 OSNC 2004/7-8 poz. 113; zob. również wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 listopada 1997 r. I PKN 375/97 OSNAPIUS 1998/18 poz. 537).

Ostatecznie więc wynik całego postępowania dowodowego zdecyduje o tym, czy strona wypełniła spoczywający na niej ciężar udowodnienia twierdzeń o faktach sprawy, z których wywodzi ona skutki prawne, albowiem skutki nie wykazania stanu faktycznego nie mogą być przypisane stronie nie obciążonej ciężarem dowodu w znaczeniu materialnym (art. 6 k.c.)

W okolicznościach niniejszej sprawy powód wykazał zasadność dochodzonego roszczenia, posiadając jednocześnie legitymację procesową czynną do wystąpienia z powództwem.



Niewątpliwie między powodem, a (...) Bank S.A doszło do zawarcia umowy pożyczki w dniu 23 września 2010 roku oraz, że powód zawierając wskazaną umowę przystąpił do umowy ubezpieczenia zawartej między (...) Bank S.A. a pozwanym towarzystwem ubezpieczeń, natomiast umowa miała charakter umowy ubezpieczenia osobowego zawieranej przez ubezpieczającego z zakładem ubezpieczeń (ubezpieczycielem) na cudzy rachunek. Stronami takiej umowy, przewidzianej w art. 808 § 1 k.c., są ubezpieczyciel i ubezpieczający. Ubezpieczony nie jest stroną umowy, ale jest natomiast stroną stosunku ubezpieczenia. Ubezpieczający działa w imieniu własnym, ale na cudzy rachunek. Zatem chociaż uprawnionym do otrzymania świadczenia jest (...), a nie powód osobiście, (bowiem strony w umowie tak postanowiły), powód był uprawniony do wystąpienia z niniejszym powództwem, domagając się świadczenia na rzecz banku.

O takim uprawnieniu powoda przesądziło również orzecznictwo Sądu Najwyższego, po myśli którego wierzycielowi z umowy zawartej na rzecz osoby trzeciej przysługuje legitymacja procesowa do samodzielnego występowania w procesie, może on mianowicie jako powód żądać spełnienia świadczenia tylko na rzecz uprawnionej z tej umowy osoby trzeciej, które to stanowisko Sąd odwoławczy w pełni aprobuje.

Nie trafny jest również zarzut, iż w niniejszej sprawie zachodzi stan powagi rzeczy osądzonej. Trzeba zauważyć, że jakkolwiek uprzednio M. B. pozywał już ubezpieczyciela, tj. w ramach postępowania XII C (...), to jednak w tamtym postępowaniu powództwo (przez Sąd II instancji) zostało ostatecznie oddalone z powodu braku legitymacji czynnej żądania przez powoda zasądzenia świadczenia na swoją rzecz. Natomiast w niniejszym postępowaniu właśnie w związku z tym, że powód M. B. wystąpił z roszczeniem już nie dla siebie, lecz na rzecz banku, zatem nie zachodzi identyczność sytuacji, która uzasadniałaby zarzut pozwanego.

Powaga rzeczy osądzonej odnosi się do roszczenia dochodzonego pozwem w takiej postaci, w jakiej stało się przedmiotem wyrokowania, odzwierciedlonym w sentencji ( IV CSK 607/17). Bezdyskusyjnie postać roszczenia dochodzonego w niniejszej sprawie i w sprawie XII C (...) nie koresponduje ze sobą w związku z podmiotem „beneficjenta” uprawnionego do zasądzonej należności. Na tą okoliczność zwrócił również uwagę Sąd Okręgowy w uzasadnieniu wyroku z dnia 24 lutego 2015 roku, w sprawie sygn. akt VI Ca(...), w którym to nawet pouczył, że strona powodowa winna poszukiwać pozytywnego dla siebie rozstrzygnięcia w innym procesie sądowym, tj. po zmianie konfiguracji uprawnionego.

Pozbawiony racji był również zarzut braku ochrony ubezpieczeniowej w dacie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Zdarzeniem ubezpieczeniowym zgodnie z §1 pkt. 7 umowy generalnej ubezpieczenia jest zdarzenie losowe powodujące zgon, inwalidztwo, czasową niezdolność do pracy lub poważne zachorowanie ubezpieczonego. Inwalidztwo zaś, definiowane przez pkt. 10 §1 ww. umowy, trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, w rezultacie którego ubezpieczony utracił bezterminowo zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz jest trwale i całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji. (§12 pkt. 5).

Chodziło o zdarzenia, które nastąpiły po zawarciu umowy pożyczki. Tymczasem w czasie podpisania umowy, tj. 23.09.2010r. wprawdzie wobec powoda orzeczono już znaczny stopień niepełnosprawności, bowiem w dniu 12.05.2010r. (...) d.s Orzekania o Niepełnosprawności zaliczył go do znacznego stopnia niepełnosprawności od 15.12.2006r., ale ze wskazaniem, że jest zdolny do pracy w warunkach pracy chronionej i właśnie taką pracę powód wówczas wykonywał, będąc zatrudnionym w Fundacji (...)w C. jako składacz – pakowacz.

Zatem bezdyskusyjnie w dacie zawarcia umowy powoda nie dotyczyło inwalidztwo w rozumieniu umowy generalnej ubezpieczenia, skoro był zdolny do wykonywania pracy i ją wykonywał. Zarzut pozwanego, że zdarzenie dotyczące inwalidztwa nastąpiło jeszcze przed zawarciem umowy ubezpieczenia jest niezasadny. Powód w tamtym czasie nie utracił bezterminowo zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy. Przeczy temu treść orzeczenia oraz fakt, że pracę świadczył. Pomimo częściowej niezdolności do pracy, to znaczy nie będąc zdolnym do wykonywania pracy na ogólnym rynku pracy, a jedynie do pracy w warunkach pracy chronionej - wykonywał pracę do której wówczas był zdolny.

Poza tym pomimo tego, że powód nie ukrywał swego stanu zdrowia, przedłożył zaświadczenie o zarobkach, decyzję o przyznaniu renty, ubezpieczyciel podjął się ochrony ubezpieczeniowej na wypadek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Zdarzenie takie nastąpiło, bowiem w wyniku zaostrzenia choroby powoda utracił on możliwość do wykonywania jakiejkolwiek pracy.

W dniu 9.08.2013r. decyzją (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności uznano powoda za całkowicie niezdolnego do pracy. Sąd Okręgowy podzielił pogląd, że w 2013r. wystąpiło u powoda inwalidztwo w rozmieniu pkt. 10 §1 umowy generalnej ubezpieczenia: powód utracił bezterminowo zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz stał się trwale i całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji.

Bowiem uprzednio – także w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia – powód nie tylko pracował, ale też nie potrzebował pomocy osób trzecich w czynnościach życia codziennego, co cechuje niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Odnosząc się do zarzutów w aspekcie postępowania dowodowego Sąd odwoławczy nie dopatrywał się uchybień z uwagi na uznanie za niemiarodajne opinie biegłych H. W. (1) oraz J. B.. Sąd Rejonowy w sposób jasny i logiczny umotywował dlaczego nie oparł się na tychże opiniach. Opinię biegłej reumatolog H. W. Sąd Rejonowy uznał, że wiarygodną w części opisującej przebieg choroby powoda, jednakże jej wnioski co do utraty możliwości pracy przez powoda były wewnątrznie sprzeczne, bowiem biegła stwierdziła, że w 2012r. zmiany chorobowe posunęły się tak daleko, że powód stał się całkowicie niezdolny nawet do pracy chronionej, a w dalszej części opinii wskazała, że do trwałej niezdolności do jakiejkolwiek pracy doszło 12.05.2010r.(k. 487).

Wypada zauważyć, że wnioski te przeczą faktom, bowiem powód pracował. Zgodnie z zasadami logiki skoro został do pracy dopuszczony nie mógł być do niej całkowicie niezdolny.

Sąd odwoławczy – podobnie jak Sąd Rejonowy- uznał, że biegły J. B. oparł swoje wnioski na przesłankach niemających oparcia w dowodach, przyjmując, że powód wykonywał pracę chałupniczą i był zdolny do pracy tylko w domu. Tymczasem nie tylko świadczył pracę w zakładzie i dojeżdżał do pracy samochodem, na co wskazuje m.in. świadectwo pracy. Biegły w sposób dowolny wskazywał, że prace za niego mógł wykonywać inny członek rodziny i że nawet kiedy pracował, nie powinien był tego robić, co było sprzeczne także z opiniami innych biegłych oraz treścią orzeczeń o niepełnosprawności.

Tymczasem od 2006 roku utracił zdolność do pracy w wyuczonym i wykonywanym zawodzie – elektryka. Jednakże data utraty przez powoda zdolności do jakiejkolwiek pracy nie jest tożsama z datą utraty zdrowia z roku 2006. Utrata przez powoda zdolności do jakiejkolwiek pracy według opinii biegłego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii D. K. k. 502-507, biegłego reumatologa L. R. k. 536-539, opinia biegłego z zakresu medycyny pracy A. R. (2) k. 686-68 datuje się od 2013r.

Okoliczności związane ze stanem zdrowia powoda i jego zdolności do pracy oraz faktycznej utraty zdolności do pracy Sąd Rejonowy ustalił w oparciu o zgodne w swoich wnioskach opinie w.w biegłych lekarzy D. K., L. R. i A. R. (2). Należy także wyraźnie stwierdzić, iż przedstawiony w nich tok rozumowania jest logiczny i zgodny z doświadczeniem życiowym oraz wskazaniem wiedzy i dokumentacją medyczną. Opinie nie zawierają luk, są pełne, jasne i wyczerpujące, przedstawione w nich wnioski zostały należycie i rzeczowo uzasadnione. Biegli przytoczyli argumenty, którymi się kierowali sporządzając opinię. Jednocześnie poparli je fachowymi wyjaśnieniami odwołującymi się do posiadanej wiedzy specjalistycznej.

Trzeba zaznaczyć, że świetle stanowiska judykatury zadaniem biegłego nie jest ustalenie stanu faktycznego sprawy, lecz naświetlenie i umożliwienie wyjaśnienia przez sąd okoliczności z punktu widzenia posiadanych przez biegłego wiadomości specjalnych przy uwzględnieniu zebranego i udostępnionego mu materiału sprawy (por. wyrok SN z dnia 11 lipca 1969 r., I CR 140/69, OSNC 1970, nr 5, poz. 85; uzasadnienie wyroku SN z dnia 19 grudnia 2006 r., V CSK 360/06, LEX nr 238973; wyrok SA w Katowicach z dnia 18 października 2013 r., I ACa 663/13, LEX nr 1394210).

Ustalenia faktyczne czyni Sąd, kierując się zasadami logiki i opierając się nie tylko na samych opiniach biegłych sądowych, ale uwzględniając wszystkie dowody przedłożone w sprawie.

Według Sądu odwoławczego w niniejszej sprawie Sąd Rejonowy ustalając stan faktyczny dokonał racjonalnej oceny przeprowadzonych w toku postępowania dowodów wyciągając adekwatne wnioski, popierając je właściwą argumentacją. Nie sposób podzielić stanowiska strony apelującej o konieczności uzupełnienia materiału dowodowego. Sąd Rejonowy wskazał na przesłanki obiektywne i je należycie umotywował, w związku z tym subiektywne przekonanie strony nie mogło odnieść zamierzonego skutku.

Mając na względzie wskazane argumenty Sąd odwoławczy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację.

O kosztach procesu apelacyjnego Sąd II instancji orzekł na mocy artykułu 98 k.p.c.