

Jacek Reps

# Przegląd orzecznictwa sądowego z zakresu prawa ubezpieczeń gospodarczych

## 1. Kwestia rozliczeń między ubezpieczycielami w przypadku podwójnego ubezpieczenia obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

**Do regresu między ubezpieczycielami w przypadku tzw. ubezpieczenia podwójnego przy ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego stosuje się w drodze analogii przepis art. 824<sup>1</sup> § 2 k.c.**

(uchwała Sądu Najwyższego z 13 maja 2016 r., III CZP 16/16; identycznie uchwała z 13 maja 2016 r. w sprawie III CZP 11/16)

Uchwała ta zapadła na skutek rozpoznania przez Sąd Najwyższy następującego zagadnienia prawnego przedstawionego przez Sąd Okręgowy rozpoznający apelację w sprawie pomiędzy ubezpieczycielami o zwrot części odszkodowania wypłaconego z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia OC komunikacyjnego:

*„Czy zakładowi ubezpieczeń, który wypłacił odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego, przysługuje roszczenie regresowe o częściowy zwrot tego odszkodowania od innego zakładu ubezpieczeń, będącego stroną umowy ubezpieczenia OC posiadacza tego samego pojazdu mechanicznego?”*

Sąd Najwyższy wskazał, że problem ma swoje źródło w brzmieniu art. 824<sup>1</sup> § 2 k.c., który reguluje roszczenia regresowe między ubezpieczycielami w przypadku podwójnego ubezpieczenia, ale posługuje się pojęciem wartości ubezpieczeniowej, niewystępującej przy ubezpieczeniach OC, brak zaś analogicznej regulacji dotyczącej ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Powoduje to wątpliwości, czy ubezpieczyciel, który zlikwidował szkodę, mógłby wystąpić z roszczeniami regresowymi o zwrot części wypłaconego świadczenia do pozostałych ubezpieczycieli.

Sąd Najwyższy uznał, że brak regulacji analizowanej materii nie stanowi świadomej decyzji ustawodawcy, by wyłączyć kategorię ubezpieczeń OC spod działania art. 824<sup>1</sup> § 2 k.c., ale stanowi lukę w prawie powstałą przy nowelizacji art. 824<sup>1</sup> § 2 k.c. Wymaga to ustalenia, czy można w tej sytuacji zastosować inne przepisy w drodze analogii. Sąd Najwyższy uznał, że należy wykluczyć art. 518 k.c., skoro wierzycelność ubezpieczonego jest ściśle związana z jego osobą i służy zaspokojeniu wyłącznie jego interesu, a zatem nie może w nią wstąpić ten, kto ją zaspokoi. Ponadto na gruncie ubezpieczeń gospodarczych *lex specialis* w stosunku do art. 518 k.c. stanowi art. 828 k.c. Jednakże Sąd Najwyższy konsekwentnie prezentował stanowisko, że podstawą regresu zakładu ubezpieczeń w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych nie może być art. 828 k.c. Stanowisko to zachowuje tym bardziej aktualność w odniesieniu do roszczenia w stosunku do pozostałych ubezpieczycieli, gdyż stosowanie art. 828 k.c. prowadziłyby do tego, że pierwszy ubezpieczyciel, który wypłaciłby poszkodowanemu świadczenie, miałby roszczenie o zwrot wypłaconej kwoty w pełnej wysoko-

ści, a z kolei ostatni ubezpieczyciel byłby obciążony całym długiem bez możliwości regresu do kogokolwiek.

Podstawą roszczeń regresowych nie może być również wprost art. 441 k.c., ponieważ ustawodawca dopuścił przy ubezpieczeniu mienia w art. 824<sup>1</sup> § 2 k.c. roszczenia regresowe przy podwójnym ubezpieczeniu, a przepis ten ma charakter *lex specialis* względem art. 441 k.c. W konsekwencji stosowanie art. 441 k.c. *per analogiam* mogłoby być rozważane jedynie w przypadku wykluczenia możliwości stosowania art. 824<sup>1</sup> § 2 k.c., który jest normą bliższą do sytuacji odpowiedzialności *in solidum*, skoro odnosi się do odpowiedzialności współubezpieczycieli przy podwójnym ubezpieczeniu. Wprawdzie art. 824<sup>1</sup> § 2 k.c. nie może zostać zastosowany wprost do rozliczeń między ubezpieczycielami OC, skoro operuje pojęciem wartości przedmiotu ubezpieczenia, która nie występuje w tej kategorii ubezpieczeń i nie ma w nich swojego odpowiednika, istnieją jednak argumenty przemawiające za stosowaniem art. 824<sup>1</sup> § 2 k.c. odpowiednio. Ubezpieczenie OC razem z ubezpieczeniem mienia tworzą kategorię ubezpieczeń majątkowych, do których ogólnie odnosi się art. 824<sup>1</sup> § 2 k.c. Okoliczność, iż w ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej brak kategorii wartości ubezpieczeniowej, nie jest istotną przeszkodą do jego analogicznego zastosowania. Wartość ubezpieczeniowa i suma ubezpieczeniowa (suma gwarancyjna), pełnią tę samą funkcję, jaką jest ich wykorzystanie przy mechanizmie ustalania należnego świadczenia. Świadczenie ubezpieczeniowe nie może bowiem wykraczać powyżej sumy ubezpieczeniowej oraz wartości ubezpieczeniowej. W konsekwencji, suma gwarancyjna na gruncie ubezpieczeń OC pełni tę samą funkcję, co w przypadku innych ubezpieczeń wartość ubezpieczeniowa.

Nie sposób również nie dostrzec, że analizowany przepis posługuje się kategorią wartości ubezpieczeniowej, z uwagi na to, że ocena relacji między wysokością wartości ubezpieczeniowej a sumą sum ubezpieczeniowych pozwala *ab initio* na stwierdzenie, czy doszło do podwójnego ubezpieczenia. W przypadku ubezpieczeń OC identyczny rezultat można uzyskać uwzględniając relację między wysokością wyrządzonej szkody a łączną wysokością sum gwarancyjnych. Różnica polega jedynie na tym, że w przypadku ubezpieczeń OC możliwość stwierdzenia podwójnego ubezpieczenia jest możliwa dopiero po wyrządzeniu szkody objętej ochroną ubezpieczeniową. Skoro na etapie rozliczeń między ubezpieczycielami OC wysokość szkody jest już znana, a zakres odpowiedzialności ubezpieczycieli jest każdorazowo limitowany instytucją sumy gwarancyjnej, nie ma istotnych przeszkód do zastosowania do roszczeń regresowych art. 824<sup>1</sup> § 2 k.c. W konsekwencji brzmienie art. 824<sup>1</sup> § 2 zd. drugie k.c. pozwala na analogiczne zastosowanie go do ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, ponieważ zakres odpowiedzialności każdego z ubezpieczycieli określa się przez przewidziane w umowach ubezpieczenia sumy gwarancyjne.

Argumentację tę wzmacnia sposób uregulowania przez ustawodawcę podwójnego ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia morskiego w art. 303 k.m., obejmującego również takie ubezpieczenia majątkowe, które nie operują kategorią wartości ubezpieczeniowej. Oznacza to, że nie jest to instytucja niezbędna do zastosowania art. 824<sup>1</sup> § 2 k.c. do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Za takim stanowiskiem przemawia również ogólna zasada dotycząca odpowiedzialności *in solidum*, zgodnie z którą do regresów pomiędzy takimi dłużnikami należy stosować zasady rządzące zbliżonymi sytuacjami faktycznymi oraz tożsamość problemu prawnego dotyczącego zasad wzajemnych rozliczeń między ubezpieczycielami. Przyjęcie braku podstawy do rozliczeń regresowych w analizowanym przypadku skutkowałoby niepożądanymi konsekwencjami. Ubezpieczyciele motywowani interesem ekonomicznym przewlekali by postępowanie li-

kwidacyjne i odwlekali wypłatę świadczenia licząc na to, że wcześniej wypłaci je inny ubezpieczyciel, co zwolni kolejnego ubezpieczyciela z obowiązku świadczenia.

Za przyjętym rozwiązaniem przemawiają zatem względy aksjologiczne, skoro brak regresu skłaniałby ubezpieczycieli do zachowań, mogących łatwo uderzyć w interesy samego poszkodowanego. Byłoby to niezgodne z wolą ustawodawcy, który nowelizując art. 824<sup>1</sup> § 2 k.c. zmierzał do wzmocnienia ochrony uprawnionego do odszkodowania, bez uszczerbku dla interesów ubezpieczycieli, w obrocie dwustronnie profesjonalnym, w zakresie ich wewnętrznych rozliczeń regresowych.

### **2. Kwestia dopuszczalności ograniczenia wysokości odszkodowania należnego z umowy ubezpieczenia majątkowego w następstwie zastrzeżenia zasady proporcji**

**Jeśli ubezpieczyciel opracuje własny wzorzec umowy, wyznaczający inne granice jego odpowiedzialności w ubezpieczeniu majątkowym niż przyjęte w art. 824 § 1 k.c., to wzorzec ten musi być na tyle jasny, żeby ubezpieczający już na etapie zawarcia umowy wiedział, według jakich zasad zlikwidowana zostanie ewentualna szkoda. Umowa ubezpieczenia ma chronić ubezpieczającego przed określonym w niej ryzykiem, nie zaś sprowadzać na niego dalsze ryzyko, tym razem ze strony ubezpieczyciela, ujawniane dopiero na etapie likwidacji szkody.**

(wyrok Sądu Najwyższego z 10 czerwca 2016 r., IV CSK 624/15)

Sąd Najwyższy w sprawie z powództwa ubezpieczonego przeciwko zakładowi ubezpieczeń o zapłatę, po rozpoznaniu skargi kasacyjnej ubezpieczonego powoda od wyroku Sądu Apelacyjnego z 26 lutego 2015 r., uchylił zaskarżony wyrok i sprawę przekazał Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Powód wniósł o zasądzenie od pozwanego zakładu ubezpieczeń kwoty stanowiącej uzupełniające odszkodowanie za szkodę w zniszczonym przez pożar zakładzie stolarskim. Dochodzona kwota odpowiadała różnicy pomiędzy odszkodowaniem wypłaconym powodowi przez pozwanego a obliczonym przez rzeczoznawcę budowlanego na zlecenie powoda kosztem odtworzenia spalonych obiektów. Pozwany przyznał, że co do zasady odpowiada za naprawienie szkody powoda, ale z uwagi na niedoubezpieczenie budynku na poziomie 54,5%, wypłacił powodowi jedynie częściowe odszkodowanie, powołując się na zasadę proporcji. Sąd Okręgowy, powołując się na § 24 ust. 10 i § 23 ust. 1a ogólnych warunków ubezpieczenia mienia od ognia i innych żywiołów dla małych i średnich przedsiębiorców, uznał, że odszkodowanie należne powodowi należy obliczyć z uwzględnieniem niedoubezpieczenia budynków. Zdaniem sądu I instancji, nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia podnoszone przez powoda okoliczności, iż niedoubezpieczenie ujawnione zostało na etapie postępowania likwidacyjnego, zgodnie bowiem z § 8 ust. 2 o.w.u. sumę ubezpieczenia określa ubezpieczający we wniosku ubezpieczeniowym. W przypadku zaniżenia przez ubezpieczającego sumy ubezpieczenia w stosunku do faktycznej wartości mienia (niedoubezpieczenie), chociażby z racji płacenia niższej składki, odszkodowanie wypłacane zostaje według zasady proporcji.

Sąd Apelacyjny zaakceptował stanowisko Sądu Okręgowego, że strony są związane przewidzianą w § 24 ust. 10 i § 8 ust. 3 o.w.u. klauzulą ograniczającą odpowiedzialność pozwanego. Sąd odwoławczy wskazał, że zgodnie z art. 824 § 1 k.c. w umowie można inaczej określić odpowiedzialność ubezpieczyciela niż tylko przez jej ograniczenie do wysokości sumy ubezpieczenia, zaś powód jest przedsiębiorcą i dlatego nie mają do nie-

go zastosowania przepisy o niedozwolonych postanowieniach umownych w obrocie konsumenckim. Tym samym odpada możliwość uznania, że powód nie jest związany przewidzianą w o.w.u. klauzulą ograniczającą odpowiedzialność pozwanego poprzez proporcjonalne określenie wysokości świadczenia. Postanowienie ograniczające odpowiedzialność pozwanego poprzez proporcjonalne określenie wysokości świadczenia w związku z wyższą wartością przedmiotu ubezpieczenia, przekraczającą sumę ubezpieczenia, zawarte w stosowanych przez pozwanego o.w.u., jest wyraźne, wystarczająco zrozumiałe dla przeciętnego przedsiębiorcy i było znane powodowi przed podpisaniem umowy. Takie postanowienie o.w.u. nie jest sprzeczne z przepisami kodeksu cywilnego dotyczącymi umowy ubezpieczenia i dlatego na podstawie art. 807 § 1 k.c. nie można uznać, że postanowienie to jest nieważne.

W skardze kasacyjnej od wyroku Sądu Apelacyjnego powód zarzucił m.in., że orzeczenie to zapadło z naruszeniem art. 385<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 805 § 4 k.c. poprzez ich niezastosowanie w sytuacji, gdy postanowienia o.w.u. umożliwiające dokonanie korekty – jednostronnie na niekorzyść ubezpieczającego – górnej granicy odpowiedzialności pozwanego, jako sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy ubezpieczającego, nie mogą być uznane za wiążące powoda. Powód wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy uchylając wyrok sądu II instancji wskazał, że świadczenie ubezpieczyciela, zapewnione umownie w razie ziszczenia się wypadku ubezpieczeniowego, powinno odpowiadać wartości ryzyka ubezpieczeniowego, zrekompensowanego ubezpieczycielowi w postaci zapłaconia wyliczonej przez niego składki. W przypadku ubezpieczeń majątkowych składka ta odpowiada ryzyku ubezpieczeniowemu wyrażającemu się sumą ubezpieczenia. Skoro zatem ubezpieczyciel pobrał składkę odpowiadającą ryzyku ubezpieczeniowemu do określonej kwoty, to w razie wystąpienia szkody na skutek zdarzenia objętego ubezpieczeniem powinien ponosić odpowiedzialność będącą równoważnością świadczenia, które otrzymał od ubezpieczającego (art. 805 § 1 i § 2 pkt 1 k.c.). Sąd Najwyższy stwierdził, że art. 824 § 1 k.c. wyraża zasadę powszechnie przyjmowaną w ubezpieczeniach majątkowych, gdyż suma ubezpieczenia wpływa na ekwiwalentne do ryzyka ubezpieczyciela świadczenie ubezpieczającego w postaci zapłaconej mu składki. Niezależnie więc od tego, że szkoda poniesiona przez ubezpieczonego może być wyższa od sumy ubezpieczenia, to świadczenie ubezpieczyciela nie będzie od niej wyższe. Może natomiast być niższe, jeżeli poniesiona szkoda będzie niższa od sumy ubezpieczenia, ponieważ odszkodowanie nie może przewyższać wysokości poniesionej szkody. Wyczerpywanie się odpowiedzialności ubezpieczyciela w sumie ubezpieczenia sprawia, że gdyby poszkodowany w czasie obowiązywania umowy doznał kilku szkód, to wysokość świadczenia ubezpieczyciela z tytułu jego odpowiedzialności byłaby ograniczona wysokością sumy ubezpieczenia, nawet gdyby suma tych szkód była od niej wyższa. Przepis art. 824 § 1 k.c. zezwala na odstępianie w umowie od tej zasady wyznaczania granicy odpowiedzialności ubezpieczyciela, jednakże Sąd Najwyższy w wyroku z 16 października 2014 r. (III CSK 302/13) uznał za niedozwoloną klauzulę o.w.u. przewidującą, że odszkodowanie należne ubezpieczonemu na podstawie umowy ubezpieczenia zostanie obliczone i wypłacone według proporcji, o ile nie została indywidualnie uzgodniona, a kształtuje prawa ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Ocena ta została następnie zaaprobowana w wyroku z 15 maja 2015 r. (V CSK 470/14), w którym Sąd Najwyższy stwierdził, że obniżenie przez ubezpieczyciela w wyniku zastosowania zasady proporcji wysokości odszkodowania może naruszać art. 824 § 1 k.c. Zastrzeżenie w o.w.u. możliwości dokonywania przez ubezpieczyciela weryfika-

cji sumy ubezpieczenia z wartością odtworzeniową ubezpieczonego mienia dopiero w fazie postępowania likwidacyjnego przeczy równości prawnej stron umowy ubezpieczenia, naruszając zasadę uczciwości obrotu.

Ocena ta ma znaczenie nie tylko dla stosunków prawnych z udziałem konsumentów, ale i dla stosunków prawnych nawiązywanych w profesjonalnym obrocie, gdyż art. 353<sup>1</sup> k.c. ma zastosowanie także do tych stosunków. Umowa ubezpieczenia należy do umów szczególnego zaufania, w której działania kontrahentów powinny być lojalne, a postanowienia umowy jasne, zrozumiałe i jednoznaczne, przy czym spełnienie funkcji ochronnej przez tę umowę wymaga, by przed jej zawarciem ubezpieczający miał świadomość, jakie wypadki nie są objęte ubezpieczeniem lub ograniczają albo wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela. Wykluczona jest możliwość takiej wykładni o.w.u., która usprawiedliwiłaby by odmowę wypłaty odszkodowania w sytuacji, gdy ubezpieczający dopiero po zajściu zdarzenia dowiaduje się, że nie było ono objęte ubezpieczeniem. Musi on bowiem już przy zawieraniu umowy wiedzieć dokładnie, co jest przedmiotem ubezpieczenia, jaki jest jego zakres oraz jakie wypadki nie są nim objęte. Ogólne warunki ubezpieczenia, które są niejasne, niejednoznaczne, niezrozumiałe, muszą być wykładane na korzyść ubezpieczającego, o czym stanowi wprost art. 385 § 2 k.c. oraz ustalone na gruncie art. 65 k.c. zasady wykładni oświadczeń woli prowadzących do zawarcia umowy. Ustalenie, że przy zawarciu umowy powodowi zostały przekazane o.w.u. stosowane przez pozwanego, co powód potwierdził, nie rozstrzyga o tym, czy postanowienia o.w.u. wręczone powodowi przy zawarciu umowy były jednoznaczne, i nie wyjaśnia, w jaki sposób obie strony umowy rozumiały te postanowienia o.w.u., które są doniesłe dla oceny roszczeń powoda zgłoszonych w niniejszej sprawie. Konsekwencje niejasności wzorca umowy obciążają tego, kto stworzył wzorzec i się nim posługuje. Stosowanie tej reguły interpretacyjnej jest konieczne, szczególnie w odniesieniu do tych postanowień wzorca, które nadają stosunkowi prawnemu, nawiązanemu przy jego wykorzystaniu, inną treść niż determinowana samym tylko brzmieniem przepisów ustawy. Dotyczy to także dopuszczalnych na gruncie art. 824 § 1 k.c. odstępstw od zasady, że górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela wyznacza suma ubezpieczenia. Jeśli zatem ubezpieczyciel opracuje własny wzorzec umowy, wyznaczający inne granice jego odpowiedzialności niż przyjęte w art. 824 § 1 k.c., to wzorzec ten musi być na tyle jasny, żeby ubezpieczający już na etapie zawarcia umowy wiedział, według jakich zasad zlikwidowana zostanie ewentualna szkoda. Umowa ubezpieczenia ma bowiem chronić ubezpieczającego przed określonym w niej ryzykiem, nie zaś sprowadzać na niego dalsze ryzyko, ujawniane dopiero na etapie likwidacji szkody.

Powód we wniosku o ubezpieczenie oznaczył wartość odtworzeniową ubezpieczanych budynków, która to wartość miała wyznaczać sumę ubezpieczenia. Do wniosku dołączony został opis budynków i budowli, z którego wynikają ich właściwości, podstawowe dane techniczne wraz z informacją, że zostały poddane remontowi i modernizacji. Opis stanu, w jakim znajdowały się ubezpieczone budynki, zaakceptował agent działający w imieniu pozwanego. Na etapie zawierania umowy pozwany nie podawał w wątpliwość danych dotyczących wartości odtworzeniowej budynków ubezpieczanych przez powoda i nie sugerował metody, według której powód powinien ją oznaczyć. Z postanowień o.w.u. ubezpieczający mógł wyprowadzić wniosek, że odszkodowanie w wysokości sumy ubezpieczenia uzyska tylko wtedy, gdy dozna całkowitej szkody w mieniu, gdyby jednak jego szkoda została zakwalifikowana jako częściowa, to poniesie ryzyko ewentualnego niedoubezpieczenia. Nie można jednak precyzyjnie wyznaczyć granic pomiędzy szkodą „całkowitą” a „częściową”, a od tego zależy zakres odpowiedzialności, jaką pozwany poniesie w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym.

Sąd Najwyższy podkreślił również, że dla przedsiębiorcy, który ubezpiecza przed pożarem obiekty służące do prowadzenia działalności gospodarczej, szkodę całkowitą można wiązać nie tylko ze stanem zupełnego unicestwienia tych obiektów, ale także z sytuacją, gdy staną się one niezdadne do prowadzenia w nich tej działalności. Zakwalifikowanie szkody w mieniu jako częściowej sprawia, że o granicach świadczenia, które powinien spełnić ubezpieczyciel, decyduje wartość odtworzeniowa mienia, przy czym nie ta zadeklarowana przez ubezpieczającego, lecz ta, która zostanie ustalona w procesie likwidacji szkody, w relacji do zadeklarowanej sumy ubezpieczenia. Wysokość odszkodowania, jakie ubezpieczający może uzyskać na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia, jest dla niego przewidywalna tylko wtedy, gdy dozna szkody całkowitej albo wtedy, gdy oznaczona przez niego na etapie zawierania umowy wartość odtworzeniowa mienia będzie identyczna z tą, którą zaakceptuje ubezpieczyciel w procesie likwidacji szkody. W każdym innym przypadku ubezpieczony uzyska świadczenie, które skompensuje szkodę tylko częściowo, w procencie trudnym do przewidzenia przy zawarciu umowy. Pozwany w o.w.u. nie wskazał na jakiegokolwiek czynniki, którymi ubezpieczający miałby się kierować przy określaniu wartości odtworzeniowej mienia na etapie zawierania umowy, do których strony miałyby nawiązać później, gdy wystąpi szkoda i zajdzie konieczność oszacowania zarówno jej wysokości, jak i oszacowania wartości odtworzeniowej ubezpieczonego mienia.

Sąd Najwyższy podzielił również zarzut powoda, że spór, w jakim pozostaje z pozwanym ma źródło w umowie, a świadczenie, którego może oczekiwać od pozwanego powinno być obliczone zgodnie z jej postanowieniami, nie zaś według zasad, które nie zostały uzgodnione, lecz wynikają z praktyki działania pozwanego, poznanej przez powoda dopiero na etapie sporu dotyczącego sposobu wykonania umowy.

**Jacek Reps**  
*adwokat*