

Janusz Ławrynowicz

Pojęcie nieszczęśliwego wypadku w umowie ubezpieczenia

Palestra 9/6(90), 24-28

1965

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

VI. Zmiana przez walne zgromadzenie własnej uchwały

Pozostaje jeszcze do rozważenia zagadnienie, czy walne zgromadzenie może samo zmienić swoją uchwałę o wykluczeniu członka.

Na pytanie to należy dać odpowiedź przeczącą, jeśli chodzi o uchwałę przywracającą członkostwo (uchylającą uchwałę rady o wykluczeniu członka). Tego rodzaju uchwała stanowi bowiem czynność prawną (czy *sui generis* zdarzenie prawne) będącą źródłem nabycia praw przez członka. Wykluczenie takiego członka mogłoby nastąpić tylko wtedy, gdyby zostały ujawnione lub zaszły nowe okoliczności uzasadniające wykluczenie, które nie były znane walnemu zgromadzeniu w chwili podejmowania przez nie poprzedniej uchwały.³³

Inaczej się rzecz ma, jeśli chodzi o uchwały wykluczające. Ponowne rozpatrzenie przez walne zgromadzenie sprawy za zgodą członka w celu ewentualnego anulowania wykluczenia nie narusza niczyich praw nabytych, przeciwnie — może przyznać prawa członkowskie osobie, która tych praw została pozbawiona³⁴. Ponowne podjęcie przez walne zgromadzenie uchwały o wykluczeniu danego członka ma pewne znaczenie prawne nawet wtedy, gdy treść nowej uchwały jest zgodna z treścią poprzedniej. Należy bowiem uznać, że „walne zgromadzenie decydując się na ponowne rozpatrzenie sprawy wykluczonego, czyni poprzednią swoją uchwałę w tej kwestii niebyłą”. Tym samym więc ta ostatnia uchwała może być zaskarżona w trybie i w terminach przewidzianych przez prawo.

³³ Odmienne stanowisko SN wyrażone w orzeczeniu z 8.II.1964 r. II PR 872/63, w myśl którego uchwała walnego zgromadzenia o przywróceniu praw członka nie wiąże walnego zgromadzenia — budzi poważne zastrzeżenia (OSP i KA z 1965 r. zesz. 3, poz. 61).

³⁴ Patrz orzeczenie Sądu Najwyższego z dn. 5 września 1961 r. I CR 724/60, OSN 1963 r. zesz. 1, poz. 15.

JANUSZ ŁAWRYNOWICZ

Pojęcie nieszczęśliwego wypadku w umowie ubezpieczenia

Powód B. zawarł z Państwowym Zakładem Ubezpieczeń umowę ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 kwietnia 1957 r. do dnia 1 kwietnia 1958 r. W umowie tej strony ustaliły, że Państwowy Zakład Ubezpieczeń wypłaci:

1. w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku — kwotę 25 000 zł;
2. w razie doznania przez ubezpieczonego trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku — kwotę 50 000 zł;
3. w razie niezdolności do pracy powstałej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem — kwotę 50 zł za każdy dzień niezdolności do pracy.

W pierwszych dniach grudnia 1957 r. strony zawarły dodatkową umowę z ważnością od dnia 4 grudnia 1957 r., w myśl której pierwotne stawki ubezpieczeniowe zostały zmienione w sposób następujący:

- ad 1) — kwotę 25 000 zł podwyższono do kwoty 44 000 zł,
- ad 2) — kwotę 50 000 zł podwyższono do kwoty 88 000 zł,
- ad 3) — kwotę 50 zł zasiłku dziennego podwyższono do kwoty 88 zł.

W dniu 27 września 1957 r. B. uległ nieszczęśliwemu wypadkowi. Po ustaleniu procentu trwałego inwalidztwa Zakład wypłacił B. świadczenie za trwale inwalidztwo oraz odpowiednią kwotę zasiłku dziennego według stawek ustalonych umową pierwotną, tj. umową w brzmieniu obowiązującym w chwili wypadku.

W pozwie wniesionym do Sądu Powiatowego w K. powód B. domagał się — z tytułu powyższego wypadku — między innymi zasądzenia od pozwanego Zakładu Ubezpieczeń zasiłku dziennego za okres niezdolności do pracy, przypadającej po dniu 4 grudnia 1957 r., w wysokości 88 zł dziennie, tj. według podwyższonej stawki ustalonej dodatkową umową ubezpieczenia.

Sąd Powiatowy w K. uwzględnił roszczenie powoda w tym zakresie i w uzasadnieniu wyroku stwierdził, że z dodatku do umowy pierwotnej „nie wynika, by stawkę tę (88 zł) stosowano tylko do wypadków zaistniałych po tym dniu (to jest po dniu 4 grudnia 1957 r. — przyp. autora), i raczej należy przyjąć, że obojętną jest rzeczą, kiedy wypadek miał miejsce, byleby tylko niezdolność do pracy, uzasadniająca wypłatę zasiłku, zaistniała po tym terminie.”

Na skutek rewizji obydwu stron Sąd Wojewódzki w K. utrzymał w mocy zaskarżony wyrok w części zasądzającej od pozwanego Zakładu zasiłek dzienny według podwyższonej stawki w wysokości 88 zł za każdy dzień niezdolności do pracy. Rozstrzygnięcie to Sąd Wojewódzki uzasadnił tym, iż „nie ma żadnych podstaw w materiale sprawy do przyjęcia (...), że ową podwyższoną stawkę stosuje się do wypadków, które zaistniały dopiero po dacie 3 grudnia 1957 r., a nie do następstw, które ujawniły się po tej dacie niezależnie od tego, czy wypadek miał miejsce przed, czy po trzecim grudnia 1957 r., tak jak to przyjął sąd I instancji.”

Powyższy wyrok Sądu Wojewódzkiego został zaskarżony w omawianej części rewizją nadzwyczajną Ministra Sprawiedliwości, która kwestionując zastosowanie stawki zasiłku dziennego w wysokości 88 złotych, zarzuca temu wyrokowi naruszenie przepisów art. 9 i 10 ustawy z dnia 20 marca 1952 r. o ubezpieczeniach państwowych (obowiązującej w dacie zawarcia obydwu umów ubezpieczenia).

Wyrokiem z dnia 29 stycznia 1964 r. Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok w części oddalającej rewizję pozwanego Zakładu co do zasądzenia przez Sąd I instancji zasiłku dziennego obliczonego według stawki 88 zł za każdy dzień niezdolności do pracy i przekazał w tym zakresie sprawę Sądowi Powiatowemu w K. do ponownego rozpoznania.

W uzasadnieniu wyroku Sąd Najwyższy stwierdził, że umową z dnia 4 grudnia 1957 r. zostały zmienione składniki poprzedniej umowy i dlatego też „jest to (...) odrębna umowa ubezpieczenia i należy przyjąć, że poprzednia umowa została w sposób dorozumiany rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w chwili zawarcia drugiej umowy”. Ze względu na to, że umowa z dnia 4 grudnia 1957 r., nazwana wprawdzie „dodatkiem” do polisy, nie określa w sposób wyraźny innych postanowień zawartych w umowie pierwotnej — Sąd Najwyższy uznał, że te inne postanowienia z umowy pierwotnej, „jako nie zmienione w sposób wyraźny, obowiązują nadal jako składniki nowej umowy ubezpieczenia”.

Wreszcie Sąd Najwyższy zalecił, by przy ponownym rozpoznaniu niniejszej sprawy Sąd Powiatowy ustalił, „czy następstwa wypadku — choroba żyły, która spowodowała chorobę niezdolności do pracy — istniała już w chwili zawarcia umowy z dnia 4 grudnia 1957 r.” Jeżeli bowiem biegly ustalą, „że powód był chory na zapalenie żyły w dniu 4 grudnia 1957 r., choć choroba miała chwilowo prze-

bieg łagodny, to pozwany Zakład miał obowiązek wypłacić odszkodowanie według stawki 50 zł dziennie zgodnie z pierwotną umową (§ 8 ogólnych warunków ubezpieczenia). Jeżeli natomiast choroba ta powstała już po zawarciu umowy z dnia 4 grudnia 1957 r., obowiązywałyby stawki według tej nowej umowy."

Z wyżej przedstawionego poglądu Sądów pierwszej i drugiej instancji wynika, że sądy te wzięły za podstawę do ustalenia wysokości kwoty, jaką pozwany Zakład jest obowiązany wypłacić powodowi z tytułu nieszczęśliwego wypadku, nie moment powstania tego wypadku, lecz moment, w którym ujawniły się jego następstwa.

Pogląd ten podzielił w istocie rzeczy również Sąd Najwyższy, co wynika z zalecenia, by ustalić datę, w której powstała choroba będąca następstwem wypadku.

Pogląd ten uważam za nietrafny. Punktem wyjścia do rozważań na ten temat są przepisy ustawy z dnia 2 marca 1952 r. o ubezpieczeniach państwowych (Dz. U. Nr 20, poz. 130). Z przepisów art. 9 tej ustawy wynika, że zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia odszkodowania lub świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zdarzenia losowego.*

W związku z takim sformułowaniem tego przepisu przede wszystkim wymaga rozważenia kwestia, co należy uważać za „zdarzenie losowe”?

Z cytowanych wyżej wyroków wynikałoby, że w omawianej sprawie sądy wszystkich instancji uznały za „zdarzenie losowe” tylko samo ujawnienie się skutków wypadku. Jednakże tego rodzaju interpretacja pojęcia „zdarzenia losowego”, jeśli chodzi o ubezpieczenie wypadkowe, jest w świetle obowiązujących zasad tego ubezpieczenia nie do przyjęcia.

W życiu mamy do czynienia z różnymi kategoriami zdarzeń losowych. Określone kategorie tych zdarzeń są przedmiotem różnych rodzajów ubezpieczenia. Przepisy normujące zasady poszczególnych ubezpieczeń dokładnie określają przedmiot ubezpieczenia zarówno co do jego charakteru (rodzaju), jak i jego treści (zakresu). W ubezpieczeniach dobrowolnych (a właśnie z tego rodzaju ubezpieczeniem mamy do czynienia w niniejszej sprawie) przepisy takie są ujęte w ogólnych warunkach ubezpieczeń zatwierdzonych przez Ministra Finansów.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że ogólne warunki ubezpieczenia są podstawą poszczególnych umów ubezpieczenia i stanowią integralną część tych umów.

Dobrowolne ubezpieczenia wypadkowe są uregulowane ogólnymi warunkami ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków (zatwierdzonymi decyzją Ministra Finansów z dnia 13 grudnia 1955 r. oraz z dnia 26 kwietnia 1960 r.). Przepisy § 1 ust. 1 tych warunków określają charakter (rodzaj) zdarzenia losowego, które jest przedmiotem ubezpieczenia wypadkowego. Przepisy te brzmią następująco: „Według niniejszych ogólnych warunków Państwowy Zakład Ubezpieczeń (...) udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków.” Pojęcie (treść) zaś zdarzenia losowego (wypadek) określa ust. 2 wymienionego paragrafu, jak następuje: „za nieszczęśliwy wypadek, nazywany dalej wypadkiem, uważa się — w rozumieniu niniejszych warunków — każde działające z zewnątrz w sposób nagły na ciało ubezpieczonego zdarzenie tego rodzaju, że w bezpośrednim jego następstwie ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia zdrowia lub zmarł.”

Z przytoczonej definicji wynika, że pojęcie nieszczęśliwego wypadku (zdarzenia losowego w ubezpieczeniu wypadkowym) składa się z dwóch elementów:

* Ustawa z dnia 2 marca 1952 r. o ubezpieczeniach państwowych została uchylona ustawą z dnia 2 grudnia 1958 r. o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych (Dz. U. Nr 72, poz. 357), która weszła w życie z dniem 10 grudnia 1958 r.

- a) określonego zdarzenia,
- b) jego skutków w postaci uszkodzenia ciała lub śmierci.

Występowanie obydwu tych elementów jest nieodzownym warunkiem istnienia nieszczęśliwego wypadku w pojęciu ubezpieczeniowym. Samo bowiem zdarzenie (np. potknięcie się, upadek, spadnięcie itp.) nie jest wypadkiem w rozumieniu ubezpieczeniowym, jeżeli nie spowoduje ono uszkodzenia zdrowia lub śmierci.

Nie mamy również do czynienia z nieszczęśliwym wypadkiem ubezpieczeniowym wtedy, gdy śmierć lub uszkodzenie zdrowia nie zostało spowodowane zdarzeniem, o którym mowa w definicji nieszczęśliwego wypadku (np. uszkodzenie zdrowia lub śmierć w wyniku tak zwanej samoistnej choroby).

Skutek zdarzenia w postaci śmierci lub uszkodzenia ciała musi być skutkiem bezpośrednim, ale niekoniecznie musi się ujawnić natychmiast po wypadku. Bardzo często się zdarza (jak przekonywa o tym doświadczenie), że uzewnętrznienie się pełnych skutków wypadku może nastąpić dopiero po upływie jakiegoś czasu, nieraz nawet po upływie lat.

Z powyższych wywodów wynika, że między zdarzeniem a doznany w czasie jego zajścia uszkodzeniem ciała musi zachodzić ścisły związek przyczynowy. Potwierdzenie słuszności takiego rozumowania znajdujemy w dalszych przepisach ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, które w § 5 ust. 3 lit. a) wyraźnie wyłączają odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za choroby nie pozostające w związku przyczynowym z wypadkiem. Przepis ten bowiem stanowi, że jeżeli ubezpieczony przed lub po wypadku cierpiał na chorobę nie będącą w związku przyczynowym z wypadkiem, zakład odpowiada tylko za te następstwa wypadku, jakie miałyby miejsce bez wpływu tej choroby.

Reasumując dotychczasowe rozważania, dochodzimy do wniosku, że — w rozumieniu obowiązujących przepisów w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków — na pojęcie „zdarzenia losowego”, całkowicie zbieżnego z pojęciem nieszczęśliwego wypadku, składają się dwa nierozłącznie ze sobą związane elementy: określone zdarzenie i jego skutek w postaci uszkodzenia ciała lub śmierci.

Przyjęcie odmiennej interpretacji omawianego pojęcia prowadziłoby w praktyce do oddzielenia samego zdarzenia od jego następstw, co byłoby sprzeczne nie tylko z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, lecz i z ogólnie przyjętą zasadą związku przyczynowego, jaki zachodzi między zdarzeniem a jego następstwami rodzącymi skutki prawne.

Na podstawie wniosków wysnutych z dotychczasowych rozważań należy się zastanowić, jak przedstawią się kwestia odpowiedzialności Państwowego Zakładu Ubezpieczeń za następstwa wypadku, któremu powód B. uległ w okresie trwania umowy z dnia 1 kwietnia 1957 r.

Zawierając tę umowę Zakład, zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, przyjął na siebie obowiązek zapłacenia powodowi świadczenia i wypłaty zasiłku dziennego w określonej w tej umowie wysokości, gdyby w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia powód uległ nieszczęśliwemu wypadkowi.

Dotychczasowe rozważania uzasadniają wniosek, że warunki ustalone umową ubezpieczenia z dnia 1 kwietnia 1957 r. dotyczą wszystkich następstw wypadku, jaki miał miejsce w dniu 27 września 1957 r., niezależnie przy tym od tego, czy następstwa te ujawniły się lub powstały przed dniem 4 grudnia 1957 r., czy też dopiero po tej dacie, tj. już po zawarciu dodatkowej umowy. Choroba powoda (polegająca na zapaleniu żyły), która ujawniła się po dniu 4 grudnia 1957 r., była

następstw wypadku (zdarzenia połączonego z uszkodzeniem ciała) doznanego w dniu 27 września 1957 r.

Jeżeli przyczyną tej choroby był nieszczęśliwy wypadek z dnia 27 września 1957 r., to Zakład jest obowiązany do wypłaty zasiłku za niezdolność do pracy, spowodowaną tą chorobą, w wysokości ustalonej w umowie z dnia 1 kwietnia 1957 r. Dodatkowa umowa, zawarta między stronami z ważnością od dnia 4 grudnia 1957 r., dotyczyła wyłącznie następstw nieszczęśliwego wypadku, jaki ewentualnie mógłby nastąpić dopiero po tej dacie.

Należy w tym miejscu podkreślić, że art. 805 kodeksu cywilnego z dnia 23 kwietnia 1964 roku stanowi, iż przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Z treści tego przepisu wynika, że umowa ubezpieczenia nie może dotyczyć wypadku, który już miał miejsce przed jej zawarciem, lecz że odpowiedzialność zakładu w stosunku do ubezpieczonego powstanie dopiero wtedy, gdy po zawarciu umowy nastąpi przewidziany nią wypadek.

Potwierdzeniem trafności przedstawionych wyżej poglądów są przepisy art. 10 cytowanej wyżej ustawy o ubezpieczeniach państwowych oraz analogiczne przepisy art. 806 kodeksu cywilnego. Obydwa te przepisy *expressis verbis* stanowią, że umowa ubezpieczenia jest nieważna, jeżeli w chwili jej zawarcia przewidziany w niej wypadek już zaszedł, oraz że objęcie ubezpieczeniem okresu poprzedzającego zawarcie umowy jest bezskuteczne, jeżeli w chwili zawarcia umowy którakolwiek ze stron wiedziała, iż wypadek zaszedł.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia obowiązująca z ważnością od dnia 4 grudnia 1957 r. została zawarta już po zajściu wypadku w dniu 27 września 1957 r., wobec czego umowa ta z mocy samego prawa nie może obejmować następstw tego wypadku niezależnie od tego, kiedy one się ujawniły.

Wreszcie należy zwrócić uwagę na fakt, że istota wszelkich umów ubezpieczenia sprowadza się do ponoszenia ryzyka za zdarzenia przyszłe i niepewne. Ekwiwalentem ryzyka Zakładu ubezpieczeń jest składka ubezpieczeniowa, którą powinien opłacić ubezpieczony. Składka ta opiera się na kalkulacji i jest ustalona w odpowiednim stosunku procentowym do sumy ubezpieczenia.

Obowiązek zapłaty składki wynika z przepisów art. 9 ustawy o ubezpieczeniach państwowych oraz z § 11 ust. 6 ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, przy czym te ostatnie przepisy stanowią, że odpowiedzialność Zakładu rozpoczyna się o godzinie 0 (zerowej) dnia następnego po zapłaceniu składki.

Treść wyżej cytowanych przepisów daje podstawę do wysnucia wniosków, że jednym z istotnych elementów umowy ubezpieczenia jest obowiązek zapłacenia składki odpowiedniej do kwoty ubezpieczenia oraz że umowa ta nabiera mocy obowiązującej dopiero po dopełnieniu przez ubezpieczonego tego obowiązku.

W umowie ubezpieczenia z dnia 1 kwietnia 1957 r. strony ustaliły obowiązki i uprawnienia każdej z nich. Umowa ta może wygasnąć z chwilą jej rozwiązania przez obydwie strony lub z upływem czasu, na jaki została zawarta, jeżeli między jej zawarciem a rozwiązaniem nie nastąpił przewidziany przez nią wypadek. Jeżeli jednak przed expiracją tej umowy lub przed jej istotną zmianą nastąpił przewidziany w umowie wypadek, to umowa ta w brzmieniu pierwotnym obowiązuje strony aż do momentu zlikwidowania przez pozwanego Zakład szkody spowodowanej tym wypadkiem. Zmiana warunków tej umowy dokonana już po zajściu przewidzianego w niej wypadku nie ma mocy wstecznej. Oznacza to, że nowe warunki umowy nie mogą być stosowane do następstw wypadku, który już się zdarzył.