

Sygn. akt IX Ca 855/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 31 października 2018 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie IX Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Ewa Dobrzyńska-Murawka(spr.)
Sędziowie:	SO Beata Grzybek SO Krystyna Skiepmo
Protokolant:	prac. sąd. Izabela Ważyńska

po rozpoznaniu w dniu 24 października 2018 r. w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa K. K.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego w Olsztynie

z dnia 27 marca 2018 r., sygn. akt X C 1582/17,

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 450 (czteryście pięćdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu za instancję odwoławczą.

Beata Grzybek Ewa Dobrzyńska-Murawka Krystyna Skiepmo

IX Ca 855/18

UZASADNIENIE

Powód wniósł ostatecznie o zasądzenie od pozwanego kwoty 2.600 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 19 października 2013 r. do dnia zapłaty oraz kosztów procesu.

Uzasadniając żądanie powód wskazał, że jest ubezpieczony u pozwanego z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. W dniu 22 sierpnia 2013 r. podczas zajęć programowych z wychowania fizycznego na hali sportowej doznał skręcenia stawu skokowego prawego, został sporządzony protokół powypadkowy, a Wojewódzka Komisja

Lekarska Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w O. orzekła, że powołane zdarzenie pozostaje w związku ze służbą i spowodowało trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 5%. Pozwany, po zgłoszeniu zdarzenia, odmówił wypłaty zgłoszonego świadczenia, powód, pismem z dnia 27 maja 2014 r., wzywał pozwanego do zapłaty kwoty 3.000 zł, jednakże wezwanie to okazało się bezskuteczne.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, przyznając, że powód objęty był umową dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, nie kwestionując doznanego przez powoda urazu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz przebiegu zdarzenia z dnia 22 sierpnia 2013 r. W ocenie pozwanego uraz doznany przez powoda nie pozostawił trwałego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu OWU, co ocenił lekarz orzecznik. Pozwany podniósł jednocześnie zarzut przedawnienia zgłoszonego przez powoda roszczenia.

Wyrokiem z dnia 27 marca 2018 r. Sąd Rejonowy w Olsztynie zasądził od pozwanego kwotę 2.600 złotych z ustawowymi odsetkami, umorzył postępowanie w zakresie cofniętego pozwu oraz orzekł o kosztach procesu.

Sąd ten ustalił, że od 7 sierpnia 2013 r. powód odbywał szkolenie zawodowe dla absolwentów szkół wyższych w Wyższej Szkole (...) w S. i w dniu 22 sierpnia 2013 r., podczas wykonywania przewrotu w przód, w trakcie zajęć programowych z wychowania fizycznego na hali sportowej, uderzył prawą nogą o podłogę, w wyniku czego poczuł ból w prawym stawie skokowym. Z uwagi na nasilające się dolegliwości bóle, w tym samym dniu udał się do Przychodni (...) w S., gdzie lekarz stwierdził skręcenie stawu skokowego prawego. Powodowi zalecono wykonywanie okładów z altacetu, oszczędzanie kończyny, a w razie występowania dolegliwości bólowych – kontrolę w poradni ortopedycznej z 2-3 dni.

Ze zdarzenia tego sporządzono protokół powypadkowy, a Wojewódzka Komisja Lekarska Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w O., pismem z dnia 20 marca 2014 r. zawiadomiła powoda o tym, że zdarzenie z dnia 22 sierpnia 2013 r. pozostaje w związku ze służbą i spowodowało trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 5%.

Dalej Sąd Rejonowy ustalił, że powód dokonał zgłoszenia szkody w pozwanym towarzystwie ubezpieczeniowym, a pismem z dnia 13 grudnia 2013 r., po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego, pozwany odmówił wypłaty zgłoszonego przez powoda roszczenia. Pismem z dnia 4 lutego 2014 r. powód wniósł odwołanie od decyzji odmownej wypłaty odszkodowania za trwały uszczerbek na zdrowiu, wezwaniem z dnia 21 marca 2014 r., z uwagi na niezajęcie przez pozwanego stanowiska w przedmiocie wniesionego przez powoda odwołania, powód wezwał pozwanego do zajęcia stanowiska na piśmie. Jednocześnie poinformował, że w przypadku braku odpowiedzi, będzie dochodził swoich roszczeń na drodze postępowania sądowego. W piśmie z dnia 31 marca 2014 r. pozwany wyjaśnił, że lekarz orzecznik nie stwierdził u powoda cech trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego po wypadku w dniu 22 sierpnia 2013 r., w związku z czym brak było podstaw do wypłaty świadczenia. Pismem z dnia 27 maja 2014 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 3.000 zł tytułem odszkodowania w związku ze zdarzeniem z dnia 22 sierpnia 2013 r., w odpowiedzi pozwany podtrzymał zajęte dotychczas stanowisko.

Jak wynika z kolejnych ustaleń sądu pierwszej instancji, w dacie zdarzenia powód ubezpieczony był w pozwanym Zakładzie (...) z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem i posiadał polisę nr (...). Do umowy zastosowanie miały Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (OWU), a zgodnie z § 4 OWU zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności, a § 5 OWU – że wypłaca się świadczenie w przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Suma ubezpieczenia wynikająca z umowy łączącej strony określona została na kwotę 13.000 zł, zaś wysokość świadczenia za każdy 1% stwierdzonego uszczerbku na zdrowiu ustalona została na poziomie 5% od sumy ubezpieczenia - 650 zł.

Jak ustalił sąd pierwszej instancji, w wyniku zdarzenia z dnia 22 sierpnia 2013 r. powód doznał skręcenia stawu skokowego prawego, co skutkowało trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości 4%: powód ma ograniczenie ruchu stawu skokowego prawego zgięcia grzbietowego i podeszwowego, staw skokowy bez obrzęku, bez deformacji obrysów stawu skokowego prawego.

Sąd Rejonowy wskazał, że ostateczne żądanie powoda należało uwzględnić w całości.

Sąd ten podzielił opinię biegłego wskazującą na trwały uszczerbek na zdrowiu, jako jasną, logiczną i spójną oraz odpowiadającą na zasadnicze kwestie wymagające wiadomości specjalnych. Nadto, opinia biegłego została w sposób przekonywujący uzasadniona i nie została zakwestionowana przez którąkolwiek ze stron jakimkolwiek zarzutem. Sąd Rejonowy podzielił też w pełni zeznania powoda co do okoliczności zdarzenia, a poza sporem pozostawał fakt, że powód zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia obejmującą dodatkowe grupowe ubezpieczenie ma wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – polisa nr (...) oraz że w dniu 22 sierpnia 2013 r. doszło do nieszczęśliwego wypadku obejmującego skręcenia przez powoda stawu skokowego prawego podczas zajęć wychowania fizycznego.

Powołując się na podstawę odpowiedzialności pozwanego - art. 805 § 1 k.c. w zw. z art. 829 § 1 k.c. oraz postanowienia Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Sąd pierwszej instancji stwierdził, że ubezpieczyciel winien był spełnić świadczenie wynikające z umowy stron w wysokości określonej w OWU – skoro suma ubezpieczenia opiewała na kwotę 13.000 zł, a ubezpieczyciel wypłacał 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu, powodowi należała się kwota 2.600 złotych (4% x 650 złotych).

W ocenie Sądu Rejonowego na uwzględnienie nie zasługiwał podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia dochodzonego przez powoda roszczenia.

Sąd ten wskazał, że zgodnie z art. 819 § 1 k.c. roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech, a w myśl zaś § 4 ww. przepisu bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia. Odnosząc to do okoliczności sprawy wskazano, że powód uległ wypadkowi w dniu 22 sierpnia 2013 r., wskutek zgłoszenia pozwanemu doznanej szkody, pozwany pismem z dnia 13 grudnia 2013 r. odmówił wypłaty zgłoszonego roszczenia. Zgłoszenie przez powoda szkody spowodowało przerwanie biegu przedawnienia i rozpoczęło ono swój bieg dopiero od dnia 13 grudnia 2013 r., a pozew w przedmiotowej sprawie został złożony w dniu 9 grudnia 2016 r., a więc przed upływem 3-letniego okresu przedawnienia.

W konsekwencji, na podstawie postanowień OWU, tytułem odszkodowania należało przyznać powodowi kwotę 2.600 zł, od której – zgodnie z żądaniem pozwu – odsetki ustawowe należało zasądzić od dnia 19 października 2013 r. (art. 817 k.c. i art. 359 § 1 k.c. w zw. z art. 481 § 1 k.c. Z uwagi na to, że w piśmie procesowym z dnia 7 marca 2018 r. powód cofnął powództwo o kwotę 400 zł ze zrzeczeniem się roszczenia, Sąd Rejonowy umorzył w tym zakresie postępowanie na podstawie art. 355 k.p.c., o kosztach procesu orzekając na podstawie art. 100 zd. 2 k.p.c., bowiem powód uległ jedynie w nieznaczej części swego żądania, przy czym z uwagi na radykalną różnicę między ustaleniem stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu przez pracodawcę powoda (5%), a orzecznika pozwanego (0%), prawidłowe określenie żądania na etapie wnoszenia pozwu, było niewątpliwie utrudnione.

Apelację od tego wyroku wywiódł pozwany w pkt I i III zarzucając: 1. Błąd w ustaleniach faktycznych przez przyjęcie, że pozew został wniesiony w dniu 9 grudnia 2016 r., gdy opłacenie pozwu i wpisanie pod nowy numer miało miejsce po upływie terminu przedawnienia, 2. Naruszenie prawa materialnego – art. 819 § 4 k.c.

Wobec tych zarzutów pozwany wniósł o zmianę wyroku i oddalenie powództwa przy zasądzeniu kosztów procesu za obie instancje.

Uzasadniając apelację skarżący podał, że nie jest prawidłowe ustalenie, że pozew został wniesiony w dniu 9 grudnia 2016 r. w sytuacji, gdy został on zwrócony wobec braku opłaty, a opłacony został dopiero w marcu 2017 r.

Powód, na rozprawie apelacyjnej wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów procesu podnosząc, że przedawnienie zaczęło biec na nowo od 26 czerwca 2014 r.

Sąd Okręgowy dopuścił dowód z ogólnych warunków ubezpieczenia, złożonych na wezwanie sądu, z uwagi na treść § 20 OWU oraz ogólnych warunków ubezpieczenia z daty zawarcia umowy (przystąpienia powoda do ubezpieczenia grupowego).

Sąd Okręgowy ustalił, że pozew w niniejszej sprawie został skutecznie złożony dopiero w dacie uiszczenia opłaty przez powoda, to jest w dniu 1 marca 2017 r. (k. 36), jako, że pierwotny pozew, z datą wpływu – 9 grudnia 2016 r., został zwrócony (zarządzenie – k. 33) i jako taki, zgodnie z treścią art. 130 § 2 zd. 2 k.p.c., nie wywołał skutków prawnych.

Nadto, Sąd Okręgowy ustalił, że § 40 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego (k. 184-185) złożonych przez pozwanego z uwagi na treść § 20 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia, przewiduje „skargi i zażalenia”, które są rozpatrywane przez jednostki terenowe wyższego szczebla lub Centralę, a zatem – przewidują tryb odwoławczy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego okazała się ostatecznie niezasadna.

Jakkolwiek Sąd Rejonowy nie ustrzegł się błędu w ustaleniu daty wniesienia pozwu, a do kwestii przedawnienia odniósł się „na marginesie”, to orzeczenie uwzględniające powództwo odpowiada prawu.

Na wstępie wskazać trzeba, że zgodnie z treścią przepisu art. 382 k.p.c., sąd drugiej instancji orzeka na podstawie materiału zebranego w postępowaniu w pierwszej instancji oraz w postępowaniu apelacyjnym, przy czym sąd ten może zmienić ustalenia faktyczne stanowiące podstawę wydania wyroku sądu pierwszej instancji bez przeprowadzenia postępowania dowodowego uzasadniającego odmienne ustalenia, chyba że szczególne okoliczności wymagają ponowienia lub uzupełnienia tego postępowania (zob. uchwała składu siedmiu sędziów SN z dnia 23 marca 1999 r., III CZP 59/98). Jednocześnie Sąd Najwyższy, w wyroku z 21 lutego 2013 r., I CSK 384/12, jednoznacznie wskazał, że ze względu na merytoryczny charakter postępowania apelacyjnego, sąd drugiej instancji powinien - niezależnie nawet od treści zarzutów apelacji - dokonać ponownych własnych ustaleń, które mogą różnić się od ustaleń sądu pierwszej instancji, a następnie poddać je ocenie pod kątem prawa materialnego. Także, co istotne, sąd drugiej instancji może uwzględnić cały materiał dowodowy zgromadzony w sprawie, bez względu na to, czy sąd instancji pierwszej wykorzystał go w wydanym orzeczeniu, a to wobec przyjętego przez ustawodawcę modelu apelacji, iż sąd drugiej instancji rozpoznaje sprawę w dalszym ciągu, przy ograniczeniu zaskarżeniem (art. 378 § 1 k.p.c.).

Mając na uwadze powyższe, sąd drugiej instancji, dzieląc ustalenia sądu instancji pierwszej (poza datą wniesienia pozwu), dodatkowo ustalił, że § 40 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego złożonych przez pozwanego z uwagi na treść § 20 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia, przewiduje „skargi i zażalenia”, które są rozpatrywane przez jednostki terenowe wyższego szczebla lub Centralę, a zatem – postanowienia umowy stron przewidują tryb odwoławczy.

Nie ulega wątpliwości, że w świetle treści art. 819 § 4 zd. 2 k.c., bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

Dla rozważenia więc, czy doszło do przedawnienia roszczenia powoda przed dniem wniesienia pozwu, należało ustalić, od kiedy rozpoczęło bieg przedawnienie.

I tak niewątpliwym jest, że, jak ustalił Sąd Rejonowy, pozwany pismem z 13 grudnia 2013 r. odmówił wypłaty świadczenia, ale powód w lutym 2014 r. złożył odwołanie od tej decyzji odmownej i w dniu 31 marca 2014 r. pozwany wyjaśnił, że brak jest podstaw do wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia.

Skoro więc, jak już wyżej wskazano, § 40 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego w zw. z § 20 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia, przewidywał „skargi i zażalenia” rozpatrywane przez jednostki terenowe wyższego szczebla lub Centralę, przyjąć należy, że był przewidziany tryb odwoławczy. Postępowanie likwidacyjne skończyło się więc dopiero 31 marca 2014 r. i od tego dnia rozpoczęło na nowo bieg przedawnienia. Sąd Okręgowy podziela tu w pełni stanowisko Sądu Najwyższego zawarte w wyroku z dnia 20 listopada 2014 r., że „dopóki postępowanie likwidacyjne nie skończy się definitywnie, oświadczenie ubezpieczyciela nie nosi waloru oświadczenia kończącego to postępowanie (...), a bieg przedawnienia o świadczenie od ubezpieczyciela rozpoczyna się po przerwie od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie od ubezpieczyciela kończące postępowanie likwidacyjne oświadczenie o przyznaniu lub odmowie świadczenia”. W uzasadnieniu tego wyroku wskazano wprost, że jeżeli strony w ogólnych warunkach ubezpieczenia przyznały ubezpieczonemu prawo złożenia odwołania, zwanego też niekiedy skargą lub zażaleniem, datą zakończenia postępowania likwidacyjnego jest data złożenia oświadczenia wydanego w wyniku postępowania odwoławczego.

Dlatego, skoro pozew został skutecznie wniesiony w dniu 1 marca 2017 r., to nastąpiło to przed upływem 3 lat od zakończenia postępowania likwidacyjnego, co miało miejsce w dniu 31 marca 2014 r. Tym samym nie doszło do naruszenia art. 819 § 4 k.c.

Zarzut więc pozwanego, że roszczenie powoda w dacie skutecznego wniesienia pozwu było przedawnione, okazał się chybiony.

Tym samym apelacja pozwanego podlegać musiała oddaleniu (art. 385 k.p.c.)

O kosztach postępowania odwoławczego orzeczono na mocy art. 98 § 1 i 3 k.p.c.

Beata Grzybek Ewa Dobrzyńska-Murawka Krystyna Skiepmo