

Sygn. akt: I C 113/20

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 kwietnia 2021 roku

Sąd Rejonowy w Mrągowie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	sędzia Krzysztof Połomski
Protokolant:	p. o. sekretarz sądowy Małgorzata Sadłowska

po rozpoznaniu w dniu 16 kwietnia 2021 roku w Mrągowie

na rozprawie

sprawy z powództwa D. U.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. z siedzibą  
w W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A.  
z siedzibą w W. na rzecz powoda D. U.:

- kwotę 1.530 zł (jeden tysiąc pięćset trzydzieści złotych) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 9 kwietnia 2017 roku do dnia zapłaty,

- kwotę 615 zł (sześćset piętnaście złotych) z odsetkami ustawowymi od dnia 24 lutego 2020 roku do dnia zapłaty,

II. w pozostałym zakresie powództwo oddała,

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 200 zł (dwieście złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się orzeczenia do dnia zapłaty tytułem zwrotu kosztów procesu.

## ZARZĄDZENIE

1. odnotować,
2. za 7 dni lub z wnioskiem o uzasadnienie.

M., dnia 30 kwietnia 2021r.

Sygn. akt **I C 113/20**

## UZASADNIENIE

Powód D. U. wystąpił przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. o zasądzenie kwoty 2.145 złotych

z ustawowymi odsetkami od kwoty 1.530 zł liczonymi od dnia 9 kwietnia 2017 roku do dnia zapłaty oraz od kwoty 615 zł liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Nadto domagał się zasądzenia od pozwanego na jego rzecz zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazał, że w okresie od dnia 9 stycznia 2017 roku do dnia 1 marca 2017 roku przebywał w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S., gdzie był hospitalizowany stacjonarnie w pododdziale leczenia zaburzeń nerwicowych. Podał, że w okresie tym był objęty ochroną ubezpieczeniową

w ramach umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P- (...), obejmującą funkcjonariuszy Policji oraz członków ich rodzin u pozwanego. Wskazał, że po wyjściu

ze szpitala dokonał zgłoszenia szkody, domagając wypłacenia się świadczenia za w/w okres leczenia szpitalnego, przy czym ubezpieczyciel decyzją z dnia 16 marca 2017 rok odmówił uznania roszczenia, a środki odwoławcze składane od decyzji nie przyniosły pozytywnego rezultatu. Skonkretyzował przy tym, iż pozwany odmawiając wypłaty świadczenia powołał się na postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, z których wynika, iż placówka,

w której przebywał powód, nie udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, tym samym nie spełnia definicji szpitala.

W odpowiedzi na pozew pozwany – (...) Zakład (...) na Życie

S.A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa, a także o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu przyznał, że powód objęty był umową ubezpieczenia zawartą

na podstawie grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P-plus, w tym umową ubezpieczenia dodatkowego na wypadek leczenia szpitalnego. Wskazał, że zgłoszona przez powoda szkoda została zarejestrowana, przy czym po wnikliwej analizie dokumentów pozwany odmówił przyznania świadczenia z uwagi na § 2 ust. 1 pkt 2 i 4 oraz § 19 ust. 2 in fine Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

### **Sąd ustalił, co następuje:**

D. U. ma 43 lat i jest emerytowanym funkcjonariuszem Policji.

W okresie od dnia 1 marca 2016 roku do dnia 31 maja 2017 roku w ramach ubezpieczenia pracowniczego objęty był ubezpieczeniem grupowym typu P- (...) w (...) Zakładzie (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. (polisa nr (...)). Przedmiotowa umowa ubezpieczenia obejmuje dodatkowe ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego. Zawieraniem umów ubezpieczenia grupowego dla funkcjonariuszy Policji w przywołanym czasookresie zajmował się upoważniony pracownik cywilny.

(bezsporne, a nadto dowód: deklaracja – k. 28-31, program ubezpieczeniowy – k. 32-67, przesłuchanie D. U. – k. 145-145v)

Zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej na wypadek leczenia szpitalnego określone zostały w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń - (...). W § 2 pkt 2 OWU leczenie szpitalne zdefiniowano jako leczenie stacjonarne stanów nagłych, w których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia lub leczenie stanów, w których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego, zaś szpital jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego (§ 2 pkt 4). W OWU wskazano,

iż prawo do świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu przysługuje ubezpieczonemu, wówczas gdy zgłosi on roszczenie o wykonanie zobowiązania niezwłocznie po zakończeniu pobytu

w szpitalu lub w trakcie pobytu w szpitalu, po 30 lub 60 dniu tego pobytu (§ 20 – 21) wraz

z kartą informacyjną leczenia szpitalnego – w przypadku, gdy zgłoszenie następuje niezwłocznie po zakończeniu pobytu w szpitalu, dokument potwierdzającym rozpoznanie choroby, wydany przez lekarza prowadzącego – w przypadku gdy zgłoszenie następuje

w trakcie pobytu w szpitalu, po 30 lub 60 dniu tego pobytu oraz inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia. W § 19 ust. 2 pkt 4 OWU wskazano, iż ubezpieczyciel nie ponosi z tytułu pobytu w oddziałach dziennych oraz takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

(bezsporne, a nadto dowód: OWU – k. 69-71)

W okresie od dnia 9 stycznia 2017 roku do dnia 1 marca 2017 roku D. U. przebywał w Specjalistycznym Psychiatrycznym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S. na pododdziale leczenia zaburzeń nerwicowych. Rozpoznano u niego zaburzenia depresyjne i lękowe z komponentą neurasteniczną oraz współwystępującą neurastenię. Zastosowano leczenie psychotropowe oraz terapię indywidualną oraz grupową, psychoedukację, zajęcia relaksacyjne z elementami muzykoterapii, pracę z ciałem oraz fizykoterapię.

(dowód: karta informacyjna – k. 10)

W dniu 9 marca 2017 roku D. U. zgłosił w (...) Zakładzie (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci pobytu w szpitalu wskutek choroby.

(dowód: zgłoszenie szkody – k. 11-12)

Decyzją z dnia 16 marca 2017 roku (...) Zakład (...) na Życie S.A. z siedzibą w W. odmówił wypłaty świadczenia z tytułu przedmiotowego pobytu w szpitalu. W uzasadnieniu decyzji wskazano, iż dokumentacja medyczna wykazała, iż pobyt w szpitalu miał miejsce w placówce niespełniającej definicji szpitala, wskutek czego przedmiotowe zdarzenie nie jest objęte odpowiedzialnością zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 4 OWU.

(dowód: decyzja z dnia 16.03.2017r. – k. 13-13v)

D. U. dokonał zgłoszenia reklamacji, wnosząc o ponowne rozpatrzenie dokonanego zgłoszenia oraz wypłacenie należnego świadczenia. Podniósł, iż zna osobę, która podlega tożsamemu ubezpieczeniu zbiorowemu w tej samej wysokości i która przebywała w przedmiotowym szpitalu, a ubezpieczyciel na skutek zgłoszenia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wypłacił jej należne świadczenie już po 2 dniach od złożenia wniosku.

(dowód: reklamacja – k. 14, przesłuchanie D. U. – k. 145-146)

Pismem z dnia 2 maja 2018 roku (...) Zakład (...) na Życie S.A. z siedzibą w W. podtrzymał swoje stanowisko w sprawie. Ponownie podkreślił, że (...) Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. nie spełnia definicji szpitala określonej w § 2 ust 1 pkt 4 OWU, nie będąc przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. Wskazał, że rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w której to księdze wpisana została przedmiotowa placówka, stanowi, że rodzaj wykonywanej działalności leczniczej placówki polega na „stacjonarnym i całodobowym świadczeniu zdrowotnym – innym niż szpitalnym”, zaś stosownie do treści § 19 ust. 2 pkt 4 OWU ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w zakładach opieki zdrowotnej, które nie są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego. Podkreślił również, że każde zgłoszenie rozpatrywane jest indywidualnie, tym samym wypłata świadczenia przez ubezpieczyciela w innej sprawie nie obliguje do wypłaty świadczenia w przedmiotowej sprawie.

(dowód: pismo – k. 15-15v)

Pismem z dnia 3 lipca 2018 roku (...) Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. poinformował D. U.,

że definicje prawne związane z działalnością zakładu znajdują się w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, zaś definicja ustawowa świadczeń w rodzaju stacjonarnie i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne jest zawarta w art. 2 ust. 1 pkt 12 tej ustawy, a definicja świadczeń szpitalnych w pkt 11 tego samego artykułu. Z kolei art. 4 ust.

1 pkt 2 ustawy stanowi, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest podmiotem leczniczym. Przykładowe określenie rodzajów świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne jest zaś wyszczególnione w art. 9 ust. 1 tej ustawy, natomiast art. 8 pkt 1 lit. b ustawy wśród rodzajów świadczeń zdrowotnych wymienia stacjonarne i całodobowe świadczenia inne niż szpitalne.

(dowód: pismo 03.07.2018r. – k. 18)

Pismem z dnia 6 sierpnia 2018 roku pełnomocnik D. U. złożył w jego imieniu ponowną reklamację, w której zarzucił ubezpieczycielowi błędną ocenę materiału dowodowego polegającą na uznaniu, że poszkodowany nie był leczony szpitalnie, wnosząc o uznanie odpowiedzialności co do zasady i wypłatę należnego świadczenia.

(dowód: reklamacja – k. 20-21)

(...) Zakład (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie i odmówił wypłaty świadczenia.

(dowód: pismo z dnia 03.09.2018r. – k. 26)

(...) Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. został zarejestrowany w księdze rejestrowej nr (...) jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, w skład którego wchodzi zakłady lecznicze: szpital, centrum zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień oraz ośrodek opieki długoterminowej. W skład szpitala wchodzi m.in. komórka organizacyjna – pododdział leczenia zaburzeń nerwicowych, która wykonuje rodzaj działalności leczniczej polegającej na stacjonarnym świadczeniu zdrowotnym innym niż szpitalnym.

(dowód: wydruk księgi rejestrowej nr (...) – k. 103-109v)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów, których autentyczność i prawdziwość nie budziła wątpliwości, jak i których wiarygodności nie kwestionowała żadna ze stron oraz w oparciu o informacje uzyskane od powoda w toku jego przesłuchania, które zasługiwały na wiarę, albowiem były one konsekwentne, logiczne i przekonujące.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo w przeważającej części było zasadne i w tym zakresie zasługiwało na uwzględnienie.

Poza sporem w niniejszej sprawie była okoliczność, iż powoda łączyła z pozwanym (...) Zakładem (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. umowa ubezpieczenia pracowniczego typu P- (...), która przewidywała dodatkowe świadczenie na wypadek leczenia szpitalnego. Bezsprzeczne również jest, iż powód w okresie od dnia 1 marca 2016 roku do dnia 31 maja 2017 roku przebywał w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S. na Pododdziale (...) Zaburzeń Nerwicowych w związku rozpoznaniem u niego zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych z komponentą neurasteniczną oraz chorobą współistniejącą: neurastenią.

Pozwany odmówił jednak wypłaty świadczenia na rzecz powoda, powołując się na postanowienia OWU, tj. § 2 ust. 1 pkt 2 i 4 oraz § 19 ust. 2 pkt 4 wskazując, że placówka, w której przebywał powód, nie udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, a tym samym nie spełnia definicji szpitala. Natomiast w ocenie powoda nie miał on podstaw, by uważać – wobec przedłożonych mu przez pozwanego OWU –

że placówka, w której przebywał, nie jest szpitalem. Jednocześnie podniósł, iż w chwili zawierania umowy z pozwanym nie miał świadomości tego, jakie zakłady opieki zdrowotnej objęte są ochroną ubezpieczeniową, a jakie nie, tj. nie został o tym fakcie poinformowany.

Zgodnie z brzmieniem art. 805 kc, przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę (§ 1). Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie, przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (§ 2 pkt 2).

Niewątpliwie ubezpieczyciel uprawniony jest wyłączyć bądź ograniczyć swoją odpowiedzialność w szczególnie określonych okolicznościach, przy czym niezwykle istotnym jest aby przedmiotowe wyłączenia oraz ograniczenia były jednoznacznie sformułowane.

W dużej mierze mają one bowiem wpływ na zakres ubezpieczenia, a więc na to, w jakich sytuacjach przedsiębiorca jest zobowiązany do wypłaty świadczenia, a w jakich jest uprawniony m.in. do odmowy wypłacenia świadczenia.

W tym miejscu wskazać należy na ukształtowaną linię jurydyczną, zgodnie z którą przyjmuje się, że umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny dla wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony, a wątpliwości interpretacyjne nie mogą obciążać ubezpieczonego (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia

28 maja 1997 roku sygn. akt III CKN 76/97, niepubl.; wyrok Sądu Najwyższego z dnia

2 września 1998 roku sygn. akt III CKN 605/97, niepubl.; wyrok Sądu Najwyższego z dnia

19 lutego 2004 roku sygn. akt IV CK 69/03, niepubl.; wyrok Sądu Najwyższego z dnia

5 września 2008 roku sygn. akt I CSK 64/08, publ. LEX nr 457853). Ubezpieczyciel, jako autor ogólnych warunków ubezpieczenia oraz wszelkich dokumentów stanowiących koniecznych przy zawarciu umowy, a przy tym profesjonalista będący silniejszą stroną stosunku obligacyjnego obowiązany jest zatem do sformułowania postanowień w sposób jasny, jednoznaczny i precyzyjny, ponosząc konsekwencje wszelkich uchybień w tym zakresie.

Przytoczyć przy tym należy pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w wyroku

z dnia 12 stycznia 2007 roku sygn. akt IV CSK 307/06 – w pełni aprobowany przez

Sąd rozpoznający niniejszą sprawę – że dla zwolnienia się przez ubezpieczyciela

z odpowiedzialności nie wystarczy stwierdzenie, że przedstawił ubezpieczającemu ogólne warunki umowy celem zapoznania się z nimi, jeżeli dokumenty te zawierały uregulowania niejasne, wieloznaczne, mylące i obiektywnie niezrozumiałe dla przeciętnego adresata

(vide: wyrok Sądu Najwyższego z 12 stycznia 2007 roku sygn. akt IV CSK 307/06, publ. LEX nr 238967).

Przenosząc powyższe rozważania na okoliczności niniejszej sprawy, badając podstawy

do zwolnienia się przez pozwanego z odpowiedzialności na podstawie zapisów ogólnych warunków ubezpieczeniowych, wskazać należy, że w § 2 pkt 4 OWU szpital zdefiniowano jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych

w zakresie leczenia szpitalnego. W § 19 OWU zawarto natomiast katalog przypadków,

w których odpowiedzialność ubezpieczyciela doznała ograniczenia bądź została wyłączona. W § 19 ust. 2 pkt 4 OWU wskazano, iż ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w oddziałach dziennych oraz takich zakładach opieki zdrowotnej, które nie

są przeznaczone do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego.

W ocenie Sądu tak sformułowane przez ubezpieczyciela definicje mają charakter ogólnikowy i niejednoznaczny dla przeciętnego adresata. Niewątpliwie bowiem – w oparciu

o wyłącznie przytoczone wyżej definicje – przeciętny konsument nie może dokonać obiektywnej oceny, czy dana placówka, w tym również zakład, w którym przebywał pozwany, stanowi „szpital”, a tym bardziej czy stanowi „oddział dzienny” bądź „zakład opieki zdrowotnej, który nie jest przeznaczony do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego”. Przyjąć zatem należy, że na podstawie sformułowanych przez pozwanego

w/w postanowień ogólnych warunków umowy ubezpieczenia, ubezpieczony nie uzyskuje informacji i wiedzy w zakresie tego, w jakich zakładach opieki zdrowotnej, czy ich wyodrębnionych poddziałach objęty jest ochroną ubezpieczeniową. Niewątpliwie również ustalenie statutu danej placówki, jej formy organizacyjnej, charakteru działalności oraz zakresu usług wymaga wiadomości specjalnych, które co do zasady zawarte są w księgach rejestrowych ściśle określonego podmiotu, w tym analizy dokonanych w niej wpisów.

W toku postępowania ustalono, iż (...) Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. został zarejestrowany w księdze rejestrowej

nr (...) jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, w skład którego wchodzi zakłady lecznicze: szpital, centrum zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień oraz ośrodek opieki długoterminowej. Przy tym w skład szpitala wchodzi m.in. komórka organizacyjna Pododdział (...) Zaburzeń Nerwicowych, która rzeczywiście – jak wskazał pozwany – wykonuje rodzaj działalności leczniczej polegającej na stacjonarnym świadczeniu zdrowotnym innym niż szpitalne.

Mając na uwadze powyższe rozważania, a także okoliczność, iż od profesjonalisty wymaga się zwiększonego zaangażowania w podjęte działania przygotowujące i realizujące świadczenie, Sąd przyjął, iż nie można wymagać od słabszej strony stosunku obligacyjnego umowy ubezpieczenia, jaką jest osoba przystępująca do ubezpieczenia rozeznania w zakresie wiadomości specjalnych, takich jak znajomość statutu, struktury oraz rodzaju wykonywanej działalności leczniczej przez poszczególne jednostki organizacyjne podmiotów leczniczych. Inaczej wyglądałaby sprawa, gdyby ubezpieczyciel, jako podmiot profesjonalny, posiadający zasoby w postaci wsparcia administracyjnego, prawnego i szeroki zasięg do wiadomości specjalnych przedstawił osobie, która zmierza przystąpić do ubezpieczenia, np. w formie załącznika do OWU listę podmiotów, w których pobyt osoby ubezpieczonej objęty ochroną ubezpieczeniową z uwagi na ich status wpisany w księgach rejestrowych, bądź co najmniej poinformował adresata OWU o istnieniu przedmiotowego rejestru. Winien też to zrobić

w sposób możliwy do późniejszego wykazania celem ochrony również swoich interesów jako ubezpieczyciela w ewentualnych postępowaniach sądowych.

Nadto wskazać należy, że z karty leczenia szpitalnego powoda sporządzonej przez lekarza prowadzącego jednoznacznie wynika, iż to w Specjalistycznym Psychiatrycznym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w S. na Pododdziale (...) Zaburzeń Nerwicowych rozpoznano u niego zaburzenia depresyjne i lękowe

z komponentą neurasteniczną oraz współwystępującą chorobę: neurastenię, a w związku

z przedmiotowym rozpoznaniem koniecznym było podjęcie kontrolowanego leczenia psychotropowego oraz terapii – zarówno indywidualnej, jak i grupowej, psychoedukacji, zajęciom relaksacyjnym z elementami muzykoterapii, pracy z ciałem oraz fizykoterapii, zaś okres całego leczenia trwał 51 dni. Z tak sformułowanego dokumentu, a nawet już z samego jego nazewnictwa, tj. „karta leczenia szpitalnego”, przeciętny adresat wywnioskuje, iż został poddany leczeniu szpitalnemu, posiadając tym samym subiektywne i uzasadnione okolicznościami przekonanie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w umowie.

Przyjmując zatem, iż ubezpieczyciel nie dokonał jednoznacznego określenia postanowień OWU, tak by ubezpieczający w chwili przystąpienia do umowy wiedział jednoznacznie, co jest objęte ubezpieczeniem, Sąd obowiązany był, jako swego rodzaju gwarant stojący na straży przestrzegania praw słabszej strony stosunku obligacyjnego, przedmiotowe niedookreślone postanowienia zinterpretować na korzyść ubezpieczonego, tj. powoda (art. 385 § 2 kc).

W tym miejscu wskazać należy, iż pozwany w odpowiedzi na pozew odniósł się jedynie do kwestii wyłączenia swej odpowiedzialności. Nie podważał przy tym wysokości dochodzonego pozewem roszczenia, wobec czego uznać należy, iż kwota dochodzona pozewem z tytułu należnego odszkodowania była bezsporna (51 dni x 30 zł/dzień = 1.530 złotych).

W zakresie drugiego ze zgłoszonych roszczeń stwierdzić należy, iż uzasadnione i konieczne koszty pomocy świadczonej przez osobę mającą niezbędne kwalifikacje zawodowe, poniesione przez poszkodowanego w postępowaniu przedsądowym prowadzonym przez ubezpieczyciela, mogą w okolicznościach

konkretnej sprawy stanowić szkodę majątkową podlegającą naprawieniu w ramach ubezpieczenia (vide: uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 2012 roku sygn. akt III CZP 75/11, publ. Biuletyn Sądu Najwyższego 2012/3/9). Jakkolwiek przytoczone orzeczenie zapadło na kanwie umowy ubezpieczenia OC, to jednakże przyjąć należy, iż wnioski wypływające z uchwały winny mieć zastosowania również przy umowie ubezpieczenia o charakterze dobrowolnym, jak

ma to miejsce w niniejszym przypadku. W przedmiotowej sprawie – z uwagi na złożoność problemu prawnego – nie ulega wątpliwości, iż zaangażowanie jako pełnomocnika

w postępowaniu likwidacyjnym osoby posiadającej stosowną wiedzę prawną było jak najbardziej celowe i uzasadnione. Koszty zgłoszone w tym zakresie jawią się zaś jako adekwatne do skali zaangażowania pełnomocnika i złożoności problemu.

Mając powyższe na uwadze – na podstawie art. 805 § 2 pkt 2 kc i art. 471 kc – orzeczono jak w punkcie I wyroku. Częściowe oddalenie powództwa (pkt II wyroku) dotyczyło wyłącznie żądania odsetkowego od kwoty 615 złotych za okres poprzedzający doręczenie pozwanemu odpisu pozwu. Brak bowiem danych pozwalających na przyjęcie wcześniejszej wymagalności tego roszczenia.

W pozostałym zakresie o odsetkach ustawowych za opóźnienie orzeczono na podstawie 481 § 1 kc – w ślad za żądaniem pozwu – przyjmując jako datę początkową naliczania odsetek od kwoty 1.530 złotych dzień 9 kwietnia 2017 roku (dzień, w którym upłynął 30-dniowy termin na rozpatrzenie zgłoszonego przez powoda wniosku z dnia 9 marca 2017 roku o wypłatę świadczenia dochodzonego niniejszym pozwem.

O kosztach procesu orzeczono – stosownie do jego wyniku – jak w punkcie III wyroku w oparciu o art. 100 zd. drugie in principio kpc w zw. z art. 98 § 1<sup>a</sup> kpc.

/-/ sędzia Krzysztof Połomski

## ZARZĄDZENIE

1. odnotować,
2. odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć:
  - pełn. pozwanego,
3. za 14 dni lub z apelacją.

M., dnia 20.05.2021r.