

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 października 2016 roku

Sąd Rejonowy we Włocławku Wydział I Cywilny

Przewodniczący: SSR Agnieszka Orlik - Seligowska

Protokolant: sekr. sądowy Ariel Sz wajkowski

po rozpoznaniu w dniu 7 października 2016 roku we Włocławku

na rozprawie sprawy

z powództwa D. K.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) SA w W.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) SA w W. na rzecz powódki D. K. kwotę 4800 zł (cztery tysiące osiemset złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 24 czerwca 2014 r. do dnia zapłaty;
2. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) SA w W. na rzecz powódki D. K. kwotę 470 zł (czteryście siedemdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;
3. nakazuje pobrać od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) SA w W. na rzecz Skarbu Państwa (Sądu Rejonowego we Włocławku) kwotę 695,62 zł (sześćset dziewięćdziesiąt pięć złotych 62/100) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 5 listopada 2014 roku powódka D. K. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. w W. kwoty 4000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 24 czerwca 2014 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów procesu. W piśmie procesowym z dnia 31.05.2016 r. (k. 184) powódka rozszerzyła żądanie pozwu domagając się zasądzenia od pozwanego łącznie kwoty 4800 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 24 czerwca 2014 r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu pozwu zostało podniesione, iż w dniu 22 stycznia 2014 roku powódka uległa nieszczęśliwemu wypadkowi. W karcie informacyjnej w rozpoznaniu wskazano, że w wyniku nieszczęśliwego wypadku powódka doznała wielofragmentowego złamania bliższej nasady kości ramiennej lewej. Takie rozpoznanie zostało stwierdzone na Oddziale (...) Urazowo-Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala we W.. Podczas pobytu w dniach 22-24.01.2014 r. w szpitalu zaopatrzone powódkę w opaskę gipsową z obciążnikiem 1,5 kg, następnie założono stabilizator i odesłano do domu Ręka była unieruchomiona przez 6 tygodni. Po tym czasie nie wróciła do sprawności, przez cały czas była opuchnięta i od pachy po nadgarstek miała kolor sinofioletowy, do dzisiaj ma zmienioną barwę na przedramieniu. Następnie powódka została skierowana na rehabilitację. Pierwsze zabiegi rehabilitacyjne rozpoczęła 10 marca 2014 r. Pomimo intensywnej rehabilitacji ręka jest obrzmiała i bardzo bolesna, ma znacznie ograniczoną ruchomość, powódka nie może podnieść ręki wyżej niż poziom ramienia. Nie może podnosić przedmiotów, leżeć i spać na lewym boku, ponieważ towarzyszą temu dolegliwości bólowe. Lekarz rehabilitant poinformował powódkę, że obrażenia ręki

były bardzo poważne, podczas nieszczęśliwego wypadku poza barkiem ucierpiał także łokieć i nadgarstek, stwierdził zmiany troficzne, silne stłuczenie, zasinienie przedramienia i nadgarstka.

Powódka w chwili wypadku posiadała wykupioną polisę nr (...) na sumę ubezpieczenia 10.000 zł. Zgodnie z warunkami umowy kwota świadczenia należna powódce za 1 % trwałego uszczerbku wynosi 4% sumy ubezpieczenia (400 zł). W dniu 13 czerwca 2014 r. powódka dokonała zgłoszenia szkody. Pozwany w dniu 24 czerwca 2014 r. wydał decyzję w jej sprawie, przyznając jej świadczenie w kwocie 2000 zł uznając wystąpienie u niej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5%. Ustalenie trwałego uszczerbku na zdrowiu pozwany dokonał zaocznie, tylko na podstawie dokumentów. Od powyższego stanowiska pozwanej powódka odwołała się dwukrotnie, jednakże pozwany nie uwzględnił jej odwołań, nie skierował powódki na bezpośrednie badanie przez lekarza orzecznika. Powódka nie zgodziła się z decyzją pozwanego uznając, że doznany trwały uszczerbek na zdrowiu jest znacznie wyższy. Jak argumentowała powódka uszczerbek ustalony na poziomie 5 % nie uwzględnia rzeczywistych konsekwencji nieszczęśliwego wypadku jakie wystąpiły u powódki, związanych z stwierdzonym złamaniem wielofragmentowym bliższej nasady kości ramiennej lewej, nie uwzględniono również, że powódka jest leworęczna, większość czynności życia codziennego wykonuje lewą ręką, a zgodnie z zapisem w ww. tabeli w przypadku uszkodzenia kończyny górnej u osób leworęcznych stosować należy ocenę uszczerbku dla kończyny górnej lewej w wysokości uszczerbku, jaka jest przewidziana dla kończyny górnej prawej. Nadto nie uwzględniono obrażeń w obrębie łokcia, nadgarstka, zmian troficznych, silnego stłuczenia i zasinienia przedramienia i nadgarstka.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości, w tym również rozszerzonego. W uzasadnieniu podniósł, iż poza sporem jest, iż powódka w dniu 22 stycznia 2014 roku uległa wypadkowi i wystąpiła do pozwanego z roszczeniem o wypłatę stosownej kwoty tytułem trwałego uszczerbku na zdrowiu. Pozwany uznał roszczenie przyjmując odpowiedzialność do kwoty 2000 zł z uwagi na ustalenie w toku postępowania likwidacyjnego uszczerbku na zdrowiu na poziomie 5 %. Zdaniem pozwanego żądanie zapłaty kwoty 4800 zł nie znajduje oparcia w ustalonym stanie faktycznym i prawnym, wskazany przez powódkę stopień uszczerbku na zdrowiu na wyższym poziomie niż przyznany jest bezzasadny i nie poparty żadnymi dowodami. Zaprzeczył, aby powódka w wyniku przedmiotowego wypadku doznała obrażeń braku, łokcia, nadgarstka, zmian troficznych, zasinienia przedramienia i nadgarstka. Wskazał, że z dokumentacji zgłoszenia zdarzenia wynika, że powódka jest praworęczna, a nie leworęczna. Pozwany nie kwestionował faktu, że powódka w następstwie zdarzenia z dnia 22.01.2014 r. doznała złamania wielofragmentowego nasady bliższej kości ramiennej lewej. Podniósł, że powódka w dacie zdarzenia miała blisko 65 lat, co oznacza, że istotnym jest ustalenie, czy przed dniem 22.01.2014 r. leczyła się w związku z urazami bądź innymi schorzeniami braku oraz ręki lewej. Pozwany podkreślił, że ubezpieczenia osobowe nie mają charakteru odszkodowawczego, zaś wpływem na wysokość świadczenia w związku z wypadkiem (NW) mają wyłącznie: ustalony przez lekarzy orzekających stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz suma ubezpieczenia. Nie mają natomiast żadnego znaczenia: okres leczenia, rehabilitacji, zakres cierpień, rodzaj pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego, pogorszenie sytuacji życiowej powódki, gdyż ubezpieczenie to nie ma charakteru odszkodowawczego. Pozwany wskazał, że nieuprawnione jest żądanie domagania się odsetek od dnia 24 czerwca 2014 r. albowiem zgodnie z § 33 ust. 1 o.w.u. pozwany wykonuje zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu. Powódka złożyła zawiadomienie o wystąpieniu trwałego uszczerbku w dniu 13 czerwca 2014r.

Postanowieniem z dnia 7 października 2016 r. rozpoznano sprawę w dalszym ciągu z pominięciem trybu uproszczonego.

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 22 stycznia 2014 roku 64-letnia wówczas powódka D. K. poślizgnęła się na śliskiej nawierzchni i upadła, w wyniku czego doznała złamania kości ramiennej lewej. Do 24 stycznia 2014 r. była hospitalizowana, następnie od 10.03.2014 r. odbyła rehabilitację. W dniu 13 czerwca 2014 r. zgłosiła w (...) na (...) SA w W. Oddział we W. wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu. Pozwany w dniu 24 czerwca 2014 r. wydał decyzję w jej sprawie, przyznając jej świadczenie w kwocie 2000 zł uznając wystąpienie u niej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5%. Ustalenie trwałego uszczerbku na zdrowiu pozwany dokonał zaocznie, na podstawie dokumentów. Od powyższego stanowiska

pozwanego powódka odwołała się dwukrotnie, jednakże pozwany nie uwzględnił jej odwołań, nie skierował powódki na bezpośrednie badanie przez lekarza orzecznika.

(dowód: okoliczności bezsporne)

W chwili zdarzenia powódka była objęta ubezpieczeniem osobowym u pozwanego – Polisa nr (...) (grupowe ubezpieczenie pracownicze), do której to umowy zastosowanie mają ogólne warunki ubezpieczenia grupowego ubezpieczenia pracowniczego TYP PLUS na sumę ubezpieczenia 10.000 zł. Zgodnie z warunkami umowy kwota świadczenia należna powódce za 1 % trwałego uszczerbku wynosi 4% sumy ubezpieczenia (400 zł). W przypadku uszkodzenia kończyny górnej u osób leworęcznych stosować należy ocenę uszczerbku dla kończyny górnej lewej w wysokości uszczerbku, jaka jest przewidziana dla kończyny górnej prawej.

(dowód: okoliczności bezsporne, a nadto ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego TYP P PLUS – k. 54-57, k. 63-65, deklaracja – k. 58-59, druk zgłoszenia – k. 60-62, akta szkody (...), dokumentacja ubezpieczeniowa – k. 6-14)

Powódka przed wypadkiem z 22.01.2014 r. nigdy nie leczyła się w związku z jakimkolwiek schorzeniem lewego barku i lewej ręki, nie odczuwała żadnych dolegliwości. To pierwszy w jej życiu uraz związany z lewą ręką. W dniu 22 stycznia 2014 r. u powódki doszło do urazu okolicy barku lewego pod postacią złamania wielofragmentowego w obrębie nasady bliższej kości ramiennej lewej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolestawowych, leczonego zachowawczo, wygojonego z zanikami mięśniowymi obręczy barkowej, ograniczeniem ruchomości czynno-biernej barku, upośledzeniem funkcji stawu barkowego oraz utrzymującymi się dolegliwościami bólowymi. W następstwie urazu u powódki trwały uszczerbek na zdrowiu wynosi 17 % (400 x 17%=6800 zł).

Powódka jest emerytowaną nauczycielką wychowania fizycznego, prawą ręką jedynie pisze i je posiłki, natomiast wszelkie inne czynności życia codziennego wykonuje lewą ręką. Wypełniając druk zgłoszenia trwałego uszczerbku na zdrowiu pracownik (...) zaznaczył kwadrat, że powódka jest praworęczna. Powódka nie otrzymała kopii zgłoszenia, gdyż wówczas mogłaby ten błędny zapis sprostować – rubryka (...). Zgłaszając szkodę w (...) Oddział we W. wskazała, że jest praworęczna, gdyż prawą ręką je i pisze. Trudno przyjąć, aby była oburęczna, gdyż wówczas jednakowo sprawnie winna posługiwać się prawą i lewą ręką, u powódki zaś jest wyraźny rozdział pomiędzy rodzajem wykonywanych czynności przez każdą z rąk, przy czym od urodzenia była leworęczna i wskutek zmuszania do pisania i jedzenia prawą ręką po prostu wykształciła te umiejętności.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 76, 78-80, k. 85-102, k. 15-34, 109-138, k. 141-146, zaświadczenie – k. 77, opinia sądowno-lekarska biegłego K. G. pisemna i ustna – k. 174-179, k. 232-233, zeznania powódki D. K. – k. 233-233v)

Sąd zważył, co następuje:

Na wstępie wskazać należy, iż poza sporem w niniejszej sprawie pozostawało, że w dniu 22 stycznia 2014 roku powódka D. K. doznała urazu. Okolicznością bezsporną było także, że pozwany wypłacił powódce tytułem świadczenia z ubezpieczenia osobowego kwotę 2000 zł, ustalając 5% trwały uszczerbek na zdrowiu powódki (5x400zł), że w okresie wypadku była objęta ochroną ubezpieczeniową u pozwanego, bezsporna pozostawała również suma ubezpieczenia.

Należy podkreślić, że z pewnością przedmiotowe ubezpieczenie należy do kategorii ubezpieczeń osobowych i w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczonego przysługuje ubezpieczonemu umówiona suma ubezpieczenia (art. 805 § 2 kc, art. 829 kc). (...) osobowe nie mają charakteru odszkodowawczego, natomiast osobie ubezpieczonej przysługuje świadczenie pieniężne w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wpływ na wysokość świadczenia w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (NW) mają wyłącznie: ustalony przez lekarzy orzekających stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz suma ubezpieczenia. Nie mają natomiast dla odpowiedzialności pozwanego żadnego znaczenia: okres leczenia, rehabilitacji, zakres cierpień, rodzaj pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego, pogorszenie sytuacji życiowej powoda, wydatki związane z leczeniem i rehabilitacją, gdyż ubezpieczenie to, co należy podkreślić - nie ma charakteru odszkodowawczego. W umowie ubezpieczenia główne świadczenia stron polegają

ze strony ubezpieczyciela na spełnieniu określonego świadczenia, w szczególności przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, ze strony ubezpieczającego – zapłacie składki. Wśród przepisów prawnych kodeksu cywilnego regulujących ubezpieczenia osobowe (dział III tytułu XXVII księgi trzeciej kodeksu cywilnego), umowom ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków został poświęcony tylko przepis art. 829 § 1 pkt 2 k.c., określający jedynie, i to w sposób niewyczerpujący, co może być ich przedmiotem.

Stan faktyczny niniejszej sprawy Sąd ustalił na podstawie dokumentacji znajdującej się w aktach szkodowych pozwanego, dokumentacji medycznej obrazującej proces leczenia powódki oraz opinii biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii. Opinia została wydana przez biegłego K. G. po przeprowadzonym badaniu powódki oraz na podstawie dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy. Sąd podzielił wydaną przez biegłego opinię pisemną i ustną w całości. Opinia ta została sporządzona w sposób profesjonalny, jest szczegółowa i kompletna. Biegły przekonywująco wyjaśnił, dlaczego przyjął na kanwie niniejszej sprawy, że powódka jest osobą leworęczną, właściwie ustalił rozmiar trwałego uszczerbku na zdrowiu powódki, który nie ograniczał się jedynie do urazu okolicy barku lewego pod postacią złamania wielofragmentowego w obrębie nasady bliższej kości ramiennej lewej, ale również rozciągał się na uszkodzenie tkanek miękkich okołostawowych. Uraz był leczony zachowawczo, wygojony z zanikami mięśniowymi obręczy barkowej, ograniczeniem ruchomości czynno-biernej barku, upośledzeniem funkcji stawu barkowego oraz utrzymującymi się dolegliwościami bólowymi. Biegły po przeprowadzeniu szczegółowego badania powódki i analizy dokumentacji medycznej trafnie przyjął, że trwały uszczerbek zdrowia u powódki jest średniego stopnia i mieści się w przedziale 10-20 % - dokładnie 17% (dla prawej ręki), przyjmując in concreto, że powódka jest leworęczna (punkt 105 b Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, zgodnie z zapisem, że w przypadku uszkodzenia kończyny górnej u osób leworęcznych stosować należy ocenę uszczerbku dla kończyny górnej lewej w wysokości uszczerbku, jaka jest przewidziana dla kończyny górnej prawej). Więcej czynności życia codziennego powódka wykonuje właśnie lewą ręką.

Zdaniem Sądu meriti wypełnienie wspomnianej rubryki w zgłoszeniu szkody (i to komputerowo przez przedstawiciela pozwanego) odnośnie tego, że powódka jest praworęczna nie jest tożsamy z podaniem w niej niezgodnych z prawdą informacji i oświadczeń istotnych dla wypłaty odszkodowania (nie była to deklaracja przystąpienia, gdzie mogłoby to mieć znaczenie dla oceny ryzyka), tym bardziej, że powódka nie otrzymała kopii tego zgłoszenia i nie mogła tego zweryfikować, a nadto jest i praworęczna i leworęczna, zaś z doświadczenia życiowego wynika, że rubryki w zgłoszeniu szkody są wypełniane przez przedstawiciela pozwanego w sposób nieco mechaniczny i nie pozostawiają poszkodowanemu chwili do namysłu. Na pytanie ogóle, czy ktoś jest praworęczny, trudno dziwić się, że powódka odpowiedziała pozytywnie, jak przekonywująco wyjaśniła „nie zastanawiała się, czy to ma jakieś znaczenie, gdyby wiedziała, że to tak istotne, to z pewnością zmodyfikowała swoje twierdzenia”. Nawet w toku postępowania powódka nie potrafiła jednoznacznie powiedzieć, czy jest prawo- czy leworęczna. W tych okolicznościach winien być zaznaczony kwadrat w zgłoszeniu szkody „inne”. Niemniej jednak w ocenie Sądu wskazanie tej okoliczności w zgłoszeniu szkody w takich a nie innych warunkach odbierania informacji przez przedstawiciela ubezpieczyciela nie może uzasadniać odmowy wypłaty świadczenia. Ubezpieczyciel nie wykazał, że gdyby powódka zaznaczyła kwadrat „inne” – ale w deklaracji przystąpienia, a nie druku zgłoszenia szkody – to to nie zawarłby umowy ubezpieczenia na takich warunkach, na jakich de facto ją zawarto, czy wówczas inaczej skalkulowałby składkę. Dlatego też Sąd przyjął, że ta okoliczność aczkolwiek miała wpływ dla oceny ryzyka, ale na etapie zawierania umowy. Na etapie jej realizacji i likwidacji szkody ma marginalne znaczenia. Jest to już rzeczą stanu faktycznego, który winien być brany pod uwagę przy wypłacie odmowy wypłaty świadczenia z ubezpieczenia osobowego. In concreto nie może to zaważyć na odmowie wypłaty stosownej kwoty ubezpieczenia i na samej realizacji umowy. Gdyby pozwany na etapie likwidacji szkody zbadał powódkę, a nie tylko zaocznie (tzn. w oparciu o samą dokumentację) wydał decyzję o odmowie przyznania świadczenia, to wówczas okoliczność ta już wówczas mogłaby podlegać stosownej weryfikacji. Z § 8 ust 5 owu ubezpieczenia typu P plus wynika, że w przypadku ujawnienia, że przed objęciem odpowiedzialnością (...) SA osoba przystępująca do ubezpieczenia podała w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 3 (deklaracja przystąpienia), nieprawdziwe informacje, (...) SA może w okresie pierwszych 3 lat od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego odmówić wypłaty świadczenia. Jeżeli do podania nieprawdziwych informacji doszło na skutek winy umyślnej ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa są

skutkiem tych nieprawdziwych okoliczności. Pozwany nie wykazał, że w deklaracji przystąpienia (a nie w zgłoszeniu szkody) takie informacje zostały zawarte.

Na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego Sąd doszedł do przekonania, iż roszczenie powódki jest w pełni zasadne.

W myśl art. 805 k.c. 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. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku; przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Podstawą wypłaty świadczenia przez pozwanego na rzecz powódki była polisa, gdzie zadeklarowana suma ubezpieczenia wynosiła 10.000 zł a procent trwałego uszczerbku ustalono na 5 % - 2000 zł. (400 zł x 5). Z powyższym nie zgodziła się powódka wskazując, że trwały uszczerbek na zdrowiu jest wyższy.

Sąd podzielił w całości opinię biegłego i uznał, iż powódka doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 17 %, a tym samym kwota należna powódce od pozwanego winna wynieść 17% x 400,00 zł tj. 6800 zł. Mając na uwadze, iż pozwany wypłacił powódce kwotę 2000 zł Sąd zasądził w punkcie 1 wyroku pozostałą kwotę tj. 4800 zł. Mając powyższe na uwadze na podstawie art. 805 § 2 kc, art. 829 kc orzeczono jak w sentencji wyroku.

Odnośnie odsetek ustawowych orzeczono w oparciu o przepis art. 359 § 2 w zw. z art. 481 kc oraz w zw. z art. 817 § 2 kc. Wprawdzie jak argumentował pozwany co do zasady świadczenie z ubezpieczenia osobowego jest wymagalne najpóźniej po upływie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu (§ 33 ust. 1 o.w.u.), jednakże skoro 24 czerwca 2014 r. pozwany wydał decyzję odmowną i sprawa na etapie przedsądowym została według niego ostatecznie wyjaśniona powódka może w ocenie Sądu skutecznie domagać się odsetek od tej daty.

Uznając, że powódka wygrała w całości, na podstawie art. 98 kpc, art. 130³ § 2 kpc w zw. z art. 83 ust. 2 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych orzeczono o kosztach procesu. Na koszty sądowe poniesione przez powódkę składały się: opłata sądowa od pozwu – 30 zł i 140 zł oraz 300 zł zaliczki na poczet opinii biegłego (łącznie 470 zł). Do pobrania od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa pozostała kwota 695,62 zł, na którą składały się: kwoty 467,28 zł tytułem pozostałej części wynagrodzenia biegłego nie mającego pokrycia w zaliczce powódki, 143,86 zł tytułem wynagrodzenia biegłego za ustną opinię, 14,48 zł tymczasowo wypłaconych z sum budżetowych Skarbu Państwa na wynagrodzenie należne innym instytucjom, kwota 70 zł tytułem brakującej opłaty sądowej od rozszerzonego powództwa.