

Sygn. akt I C 2113/20

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 lutego 2022r.

Sąd Rejonowy w Kaliszu w I Wydziale Cywilnym, w składzie:

Przewodniczący: sędzia Michał Włodarek

Protokolant: st. sekr. sąd. Anna Dulas

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 15 lutego 2022r. w K.

sprawy z powództwa **mał. L. W. (PESEL (...)) reprez. przez przedstawiciela ustawowego – ojca D. W.**

przeciwko pozwanemu **(...) S.A. V. (...) z/s w W. (KRS (...))**

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego (...) S.A. V. (...) z/s w W. na rzecz powódki mał. L. W. kwotę 1.386,20zł (jeden tysiąc trzysta osiemdziesiąt sześć złotych 20/100) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi:

- od kwoty 200,00zł (dwieście złotych 00/100) od dnia 26 czerwca 2020r. do dnia zapłaty,

- od kwoty 186,20zł (sto osiemdziesiąt sześć złotych 20/100) od dnia 26 czerwca 2020r. do dnia zapłaty,

- od kwoty 1.000,00zł (jeden tysiąc złotych 00/100) od dnia 17 grudnia 2021r. do dnia zapłaty,

2. oddala powództwo w pozostałej części,

3. zasądza od pozwanego (...) S.A. V. (...) z/s w W. na rzecz powódki mał. L. W. kwotę 1.141,28zł (jeden tysiąc sto czterdzieści jeden złotych 28/100) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 90,00zł (dziewięćdziesiąt złotych 00/100) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego wraz z odsetkami w wysokości w stosunku rocznym odsetek ustawowych za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego, za czas od dnia uprawomocnienia się orzeczenia do dnia zapłaty.

Sygn. akt I C 2113/20

UZASADNIENIE

W dniu 3 grudnia 2020r. powódka mał. L. W. reprez. w postępowaniu przez przedstawiciela ustawowego – ojca D. W. skierowała do tut. żądanie zasądzenia od pozwanego (...) S.A. V. (...) z/s w W. kwoty 414,33zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od kwot 200,00zł i 214,33zł od dnia 26 czerwca 2020r. do dnia zapłaty oraz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powódka podniosła, iż w dniu 4 lutego 2020r. doznała wypadku w parku trampolin (...) w K., co spowodowało powstanie obrażeń ciała, które pierwotnie zdiagnozowano jako uraz kończyny dolnej – stłuczenie stawu skokowego, a w wyniku kolejnych badań jako złamanie nasady bliższej piszczeli, złuszczenia nasady bliższej kości piszczelowej prawej. Powódka podała, że kontynuowała leczenie szpitalne oraz ponosiła wydatki na zakup leków.

Powódka w dacie zdarzenia objęta była ochroną ubezpieczeniową w towarzystwie pozwanego.

Ubezpieczyciel powódki dokonał zgłoszenia u pozwanego zaistnienia szkody w celu przeprowadzenia postępowania szkodowego. W związku ze zgłoszeniem pozwany przeprowadził postępowanie likwidacyjne w ramach którego ustalił rozmiar uszczerbku na zdrowiu powódki oraz przyznał powódce kwotę pieniężną w wysokości 800,00zł tytułem zadośćuczynienia i kwotę 150,00zł z tytułu pobytu w szpitalu.

W ocenie powódki przyjęty przez pozwanego procentowy uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku jest niewłaściwy, a przez to wypłacone zaniżone, a ponadto pozwany nie uwzględnił pozostałych wydatków poniesionych przez powódkę na leczenie, w tym kosztów zakupów leków.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) S.A. V. (...) z/s w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu tego kwalifikowanego pisma procesowego pozwany wskazał, że w toku postępowania likwidacyjnego ustalił rodzaj, charakter i rozległość uszkodzeń ciała i uszczerbku na zdrowiu powódki oraz zakres obowiązku odszkodowawczego i przyznał jej stosowne zadośćuczynienie i odszkodowanie, które odpowiada warunkom wiążącej strony umowy ubezpieczenia osobowego. Jako niezasadne w ocenie pozwanego jest żądanie powódki refundacji kosztów leczenia albowiem powódka nie podlegała hospitalizacji przez czas minimum 4 dni.

W piśmie procesowym z dnia 10 grudnia 2021r. powódka rozszerzyła żądanie pozwu z tytułu szkody na osobie o dalszą kwotę 1.000,00zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi w rozszerzonej części od dnia doręczenia pozwanemu pisma o zmianie jakościowej powództwa do dnia zapłaty oraz podtrzymał wcześniej zgłoszone roszczenia.

Pozwany zakwestionował również w całości rozszerzenia żądania odszkodowawczego i wniósł o ich oddalenie w całości.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny.

Powódkę mał. L. W. i pozwanego (...) S.A. V. (...) z/s w W. łączyła umowa ubezpieczenia osobowego potwierdzona polisą seria (...)/P numer (...).

Strony uzgodniły warunki kontraktu, ubezpieczona została zapoznana z ogólnymi warunkami ubezpieczenia stanowiącymi integralną część umowy. Zakres przedmiotowy ubezpieczenia obejmował również trwały uszczerbek na zdrowiu, świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu i zwrot kosztów zakupu leków.

Strony określiły w tym zakresie sumę ubezpieczenia na kwotę 20.000zł.

Przedmiotowe ubezpieczenie poza opcją podstawową przewidywało również opcje dodatkowe, tj. m.in. D4 – pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku i D18 – zwrot kosztów leków.

Opcja Dodatkowa D4 dotyczy pobytu w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku i przewiduje świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.

Opcja dodatkowa D18 dotyczy zwrotu kosztów leków i przewiduje jednorazowy zwrot udokumentowanych kosztów poniesionych na leki na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D18. Zwrot kosztów następuje pod warunkiem, iż: a) Ubezpieczony w związku z

nieszczęśliwym wypadkiem przebywał w szpitalu przez okres minimum 4 dni, b) leki zostały przepisane przez lekarza prowadzącego leczenie szpitalne, c) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.

(okoliczność niesporna, dokumenty akt szkodowych – płyta Cd. k. 38)

W dniu 4 lutego 2020r. w K. na terenie parku trampolin (...) powódka na skutek upadku doznała urazu ciała.

Powódka w dniu zdarzenia była diagnozowana w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala (...) w K..

U powódki pierwotnie rozpoznano powierzchowny uraz podudzia, nieokreślony – stłuczenia podudzia prawego.

Powódkę po zaopatrzeniu ambulatoryjnym skierowano do dalszego leczenia specjalistycznego.

Ponowna diagnostyka powódki wykazała, iż następstwem przedmiotowego wypadku było złuszczenie nasady bliższej kości piszczelowej prawej.

W okresie od dnia 10 lutego do dnia 12 lutego oraz od dnia 20 do dnia 22 lutego 2020r. powódka przebywała na leczeniu stacjonarnym odpowiednio na Oddziale (...) i Traumatologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. oraz na Oddziale (...) i Traumatologii Dziecięcej (...) w O. W., gdzie wykonano u niej zabieg zamkniętego nastawienia złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość piszczelowa/kość strzałkowa – wykonano repozycję oraz stabilizację drutami K. oraz wdrożono dalsze leczenie.

W dniu 24 kwietnia 2020r. przyjęto powódkę do wskazanej jednostki medycznej w celu usunięcia zespolenia po leczeniu operacyjnym.

(karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 9-10, 12-13, 14-15, 18-20, historia choroby k. 11, 16-17)

W obszarze następstw ortopedycznych zdarzenia wypadkowego z dnia 4 lutego 2020r. powódka doznała złuszczenia nasady bliższej kości piszczelowej prawej.

Obrażenia kliniczne organizmu powódki spowodowały powstanie uszczerbku na zdrowiu w rozmiarze 10%.

(opinia biegłego ortopedy – traumatologa k. 81-84)

Ubezpieczający powódkę w ramach polisy seria (...)/P numer (...) dokonał zgłoszenia u pozwanego (...) S.A. V. (...) z/ s w W. zaistnienia szkody na osobie w celu przeprowadzenia postępowania szkodowego w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela.

Postępowanie szkodowe zostało zarejestrowane pod numerem (...).

W związku ze zgłoszeniem pozwany przeprowadził postępowanie szkodowe i decyzją z dnia 25 czerwca 2020r. w związku ze zdarzeniem i jego skutkami na organizmie powódki ustalił uszczerbek na jej zdrowiu w rozmiarze 4% oraz przyznał powódce kwotę 800,00zł z tytułu doznanych obrażeń ciała i kwotę 150,00zł z tytułu pobytu w szpitalu oraz odmówił wypłaty świadczeń w pozostałym zakresie.

(zgłoszenie szkody k. 21-22, decyzja k. 23-24, dokumenty akt szkodowych – płyta Cd. k. 38)

Powódka, w wyniku zdarzenia, poza szkodą na osobie poniosła również wydatki z tytułu kosztów leczenia w dalszej wysokości 186,20zł.

(faktury k. 25-30, dokumenty akt szkodowych – płyta Cd. k. 38)

Sąd uznał za przydatną do ustalenia stanu faktycznego opinię z zakresu ortopedii i traumatologii albowiem jest ona pełna, jasna, zrozumiała, wyczerpująca i kompleksowa oraz wewnętrznie spójna. Biegły w opinii udzielił odpowiedzi

na wszystkie postawione w tezie dowodowej pytania, sformułowania zawarte w treści opinii pozwalają na zrozumienie wyrażonych w nich ocen i poglądów oraz sposobu dochodzenia do nich, a ponadto biegły przedstawił metodę badawczą, materiał badawczy, na którym się oparł. Wnioski końcowe opinii są zwięzłe i precyzyjne, a ponadto wnioski opinii są logiczne i znajdują oparcie w przeprowadzonych przez biegłego badaniach i nie budzą zastrzeżeń, co do ich trafności w porównaniu z podanym w opinii materiałem badawczym.

Za wiarygodne należało uznać zaliczone w poczet materiału dowodowego dokumenty zgromadzone w postępowaniu albowiem zostały one sporządzone przez uprawnione organy w ramach przysługujących im kompetencji, w sposób rzetelny i fachowy. Ich prawdziwość i autentyczność nie wzbudziła w ocenie Sądu wątpliwości.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje.

Na podstawie art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2021.1130 – j.t. – ze zm.) zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym, natomiast w myśl art. 15 ust. 2 cyt. ustawy umowa ubezpieczenia ma charakter dobrowolny, z zastrzeżeniem przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Stosownie do treści art. 16 w/w ustawy ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności prawa i obowiązki każdej ze stron umowy ubezpieczenia oraz zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Na podstawie art. 805 § 1 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, natomiast na podstawie art. 805 § 2 pkt 2 kc 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. Na podstawie art. 829 § 1 pkt 2 kc ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków - uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

O zakresie odpowiedzialności ubezpieczyciela decyduje treść umowy ubezpieczenia, wykładana według zasady określonej w art. 15 ust. 1 w/w ustawy.

Elementami przedmiotowo istotnymi umowy ubezpieczenia jest z jednej strony zobowiązanie do spełnienia określonego świadczenia przez Ubezpieczyciela w razie zajścia określonego w umowie wypadku, z drugiej zaś strony zobowiązanie do zapłaty składki przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający w zamian za opłaconą składkę uzyskuje od ubezpieczyciela ochronę przed wystąpieniem określonego wypadku, natomiast ubezpieczyciel spełnia świadczenie, w celu zwolnienia się z ciążącego na nim zobowiązania. Wypadek ubezpieczeniowy jest to zdarzenie, w razie zajścia którego ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone w umowie ubezpieczenia świadczenie.

Uwzględniając charakter umowy ubezpieczenia określony przez przepisy kodeksu cywilnego należy przyjąć, że ograniczają one istotnie możliwość przypisania ubezpieczającemu takiego nienależytego wykonania umowy, które prowadzi do zwolnienia z odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Przewidują bowiem co do zasady obowiązek wypłaty odszkodowania w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia. Podstawowym obowiązkiem ubezpieczającego jest zaś uiszczenie odpowiednio skalkulowanej przez zakład ubezpieczeń składki, która uwzględnia poziom jego ryzyka – por. wyrok SN z dnia 11 grudnia 2007r. w sprawie o sygn. akt II CSK 375/07, opubl. LEX nr 492168, wyrok SN z dnia 17 czerwca 1983r. w sprawie o sygn. akt I CR 189/83, opubl. OSNC 1984/4/45, wyrok SN z dnia 26 maja 2000r. w sprawie o sygn. akt I CKN 744/98, opub. LEX nr 50833.

O powstaniu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń nie decyduje wyłącznie powstanie po stronie ubezpieczającego cywilnoprawnego obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej osobie trzeciej, lecz wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego. Wypadek ubezpieczeniowy jest natomiast zdarzeniem, które strony umowy ubezpieczenia określiły jako przyczynę uzasadniającą odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. Swoboda kształtowania stosunku umownego umożliwia ułożenie go w taki sposób, że ochroną ubezpieczeniową będzie objęta tylko odpowiedzialność

cywilna ubezpieczającego powstała przy zachowaniu określonych wymagań dodatkowych. Z uwagi na cel umowy ubezpieczenia, jakim jest zapewnienie ubezpieczającemu rzeczywistej ochrony, konieczne jest, aby umowa lub stanowiące jej część ogólne warunki ubezpieczenia precyzowały, w sposób nie budzący wątpliwości już w chwili zawarcia umowy, jakie zdarzenia są, a jakie już nie są objęte odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń. – por. wyrok SN z dnia 22 maja 2009r. w sprawie o sygn. akt III CSK 300/08, opubl. LEX nr 584752.

Szkoda musi pozostawać w normalnym związku przyczynowym z wypadkiem w rozumieniu art. 361 § 1 kc.

Na tle art. 361 § 1 kc odnotowania wymaga, że na gruncie tego przepisu „obojętne jest, czy ma miejsce związek przyczynowy bezpośredni, czy pośredni oraz, czy jest to związek przyczynowy złożony, wieloczłonowy, z tym, że odpowiedzialność cywilną uzasadnia jedynie taki związek przyczynowy wieloczłonowy, w którym między poszczególnymi ogniwami zachodzi normalna zależność przyczynowa, a więc każde ogniwo tego związku podlega ocenie z punktu widzenia przyczynowości adekwatnej.

Norma zawarta w przepisie art. 361 § 1 kc opiera się na założeniach teorii adekwatnego związku przyczynowego, w wersji obiektywnej, zwanego też „normalnym związkiem przyczynowym”. Teoria ta zakłada, że związek przyczynowy zachodzi tylko wtedy, gdy w grupie wszystkich przyczyn i skutków mamy do czynienia jedynie z takimi przyczynami, które normalnie powodują określone skutki. Nie wystarczy więc stwierdzić istnienie związku przyczynowego jako takiego, lecz należy stwierdzić, że chodzi o następstwa normalne (a nie niezwykle, nadzwyczajne).

Związek przyczynowy należy pojmować jako obiektywne powiązanie ze sobą zjawiska nazwanego „przyczyną” ze zjawiskiem określonym jako „skutek”. Istnienie związku przyczynowego jako zjawiska obiektywnego determinowane jest okolicznościami faktycznymi sprawy. W pierwszej kolejności należy za pomocą testu „conditio sine qua non” zbadać, czy określony skutek stanowi obiektywne następstwo zdarzenia, które wskazano jako jego przyczynę, to znaczy, czy oceniany skutek nastąpiłby mimo braku wskazanej przyczyny. Jeżeli odpowiedź jest negatywna, czyli badany skutek nastąpiłby również mimo nieobecności tej przyczyny należy stwierdzić, że nie występuje żaden obiektywny związek przyczynowy i nie ma potrzeby dalszego badania, czy relacje pomiędzy przyczyną a skutkiem są adekwatne w rozumieniu art. 361 § 1 kc. Pojawienie się w przebiegu kauzalnym przyczyny zewnętrznej, nie powiązanej z działaniem lub zaniechaniem podmiotu odpowiedzialnego za powstanie szkody, przesądza o braku związku przyczynowego, jeśli bez przyczyny pierwotnej szkoda i tak powstałaby. Przepis art. 361 § 1 kc wiąże jednak odpowiedzialność tylko z normalnymi następstwami zjawisk stanowiących jej podstawę. W razie pozytywnego stwierdzenia, że dany fakt był koniecznym warunkiem wystąpienia skutku, należy rozważyć, czy wspomniane powiązania można traktować jako „normalne”, tzn. typowe lub oczekiwane w zwykłej kolejności rzeczy. Typowym jest skutek jaki daje się przewidzieć w zwykłym porządku rzeczy, taki, o którym na postawie zasad doświadczenia życiowego, wiadomo, że jest charakterystyczny dla danej przyczyny jako normalny rezultat określonego zjawiska. Nie mieści się w płaszczyźnie adekwatnego związku przyczynowego skutek, który wprawdzie daje się łączyć z określonym zdarzeniem początkowym w sensie oddziaływania sprawczego, ale jest następstwem nietypowym, tj. nie występującym w kolejności zdarzeń, która charakterystyczna jest dla określonej przyczyny i przez to nie dającym się uwzględnić w ewentualnych przewidywaniach, a zarazem zależny jest w istocie od innych zdarzeń, które w zbiegu z przyczyną wyjściową jawią się jako przypadkowy zbieg okoliczności – por. wyrok s.apel. w Lublinie z dnia 20 maja 2015r. w sprawie o sygn. akt I ACa 968/14, opubl. LEX nr 1770850, wyrok s.apel. w Białymstoku z dnia 8 kwietnia 2015r. w sprawie o sygn. akt I ACa 959/14, opubl. LEX nr 1667508, wyrok s.apel. w Warszawie z dnia 4 listopada 2014r. w sprawie o sygn. akt VI ACa 68/14, opubl. LEX nr 1624064, wyrok s.apel. w Łodzi z dnia 28 października 2014r. w sprawie o sygn. akt I ACa 824/14, opubl. LEX nr 1554766, wyrok s.apel. w Lublinie z dnia 13 lutego 2014r. w sprawie o sygn. akt I ACa 785/13, opubl. LEX nr 1469375.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt przedmiotowej sprawy należy jednoznacznie stwierdzić, iż powódkę i pozwanego wiązała ważna i skuteczna umowa indywidualnego ubezpieczenia osobowego na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu. Postanowienia tego kontraktu oraz ogólne warunki ubezpieczenia określiły podmioty, przedmiot i treść zobowiązania. Strony zgodnie ustaliły elementy przedmiotowo istotne tego kontraktu oraz wyraźnie oznaczyły prawa i obowiązki podmiotów zobowiązania. Zgodne oświadczenia stron kontraktu dotyczyły również

zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w przypadku zaistnienia zdarzenia objętego treścią umowy, przy czym szczegółowe uregulowania w tym zakresie wynikały z ogólnych warunków umowy ubezpieczenia, które stanowiły integralną część umowy i o których ubezpieczający został prawidłowo i skutecznie poinformowany przed jego zawarciem.

Analiza treści postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia oraz postanowień umowy ubezpieczenia pozwala na kategoryczne stwierdzenia, że mając na względzie zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w szczególności treść opinii biegłego ortopedy – traumatologa, powódka uległa wypadkowi stanowiącemu nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną. Mechanizm powstania szkody zaistniał w zaprezentowanych przez powódkę warunkach, nie ujawniły się przy tym żadne obiektywne okoliczności egzoneracyjne lub ekskulpacyjne, których wystąpienie spowodowałoby uwolnienie pozwanego od odpowiedzialności kontraktowej i wypłaty umówionego odszkodowania.

Należy ponadto stwierdzić, iż pomiędzy zdarzeniem i powstałą u powódki szkodą niemajątkową istnieje adekwatny związek przyczynowy, który nie pozostaje w jakiegokolwiek zależności z istniejącym u niej schorzeniem samoistnym bądź też innymi dolegliwościami, a ocena zdiagnozowanego u powódki schorzenia powypadkowego, jego rodzaj, charakter, rozmiar, jakość, intensywność oceniane przez pryzmat postanowień tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, przy uwzględnieniu, iż powódka doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu w rozmiarze 10%, tj. kwantyfikatorów decydujących o wysokości odszkodowania, prowadzi do ustalenia należnego powódce odszkodowania w dalszej wysokości 2.000,00zł (20.000zł – suma ubezpieczenia x 10% - ustalony trwały uszczerbek na zdrowiu powódki = 2.000,00zł; wartość tą należy pomniejszyć o kwotę 800,00zł – wysokość odszkodowania przyznana powódce w postępowaniu likwidacyjnym, co daje kwotę 1.200,00zł).

Powódka była również uprawniona do żądania zwrotu wydatków z tytułu zakupu leków w zakresie, w jakim zasadność i celowość ich nabycia potwierdził biegły z zakresu ortopedii i traumatologii, tj. do wysokości 186,20zł.

Wbrew stanowisku pozwanego należy stwierdzić, iż powódka spełniła warunek kontraktowy przewidziany w opcji dodatkowej D18 do ubezpieczenia podstawowego dotyczący roszczenia zwrotu kosztów zakupu leków.

Powódka przede wszystkim udokumentowała poniesione z tego tytułu wydatki oraz spełniła dalsze przesłanki takiej wypłaty, tj. w związku z nieszczęśliwym wypadkiem przebywała w szpitalu przez okres minimum 4 dni (w okresie od dnia 10 lutego do dnia 12 lutego oraz od dnia 20 do dnia 22 lutego 2020r. powódka przebywała odpowiednio na leczeniu stacjonarnym na Oddziale (...) i Traumatologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. i na Oddziale (...) i Traumatologii Dziecięcej (...) w O. W.), a ponadto leki zostały przepisane przez lekarza prowadzącego leczenie szpitalne, a nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach (art. 232 kpc), a ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie (art. 227 kpc) spoczywa na stronie, która z faktów tych wywodzi skutki prawne (art. 6 kc).

Dobór dowodów należy do strony, to ona powinna wskazywać wyłącznie takie, które są dopuszczalne i wiarygodne. Rzeczą Sądu nie jest zarządzenie dochodzeń w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie ani też sąd nie jest zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia spraw.

Przepis prawa materialnego – art. 6 kc określa na czyje ryzyko idzie nieudowodnienie określonego faktu. Z kolei art. 232 kpc stanowi procesowe narzędzie za pomocą, którego strony mogą osiągnąć skutek w postaci udowodnienia dla nich korzystnych faktów istotnych z punktu widzenia dochodzonego roszczenia w znaczeniu materialnoprawnym. Art. 6 kc zawiera normę decyzyjną, pozwalającą ocenić wyniki przeprowadzonego postępowania dowodowego.

Obowiązkiem stron było przytoczenie okoliczności faktycznych, z których wywodzi roszczenie (art. 187 § 1 pkt 2 kpc) i wskazanie na dowody, których przeprowadzenie potwierdzi zasadność jego twierdzeń o faktach (art. 232 kpc i art. 6 kc), czemu pozwany nie sprostał.

Zgodnie z zasadami procesu cywilnego ciężar gromadzenia materiału dowodowego spoczywa na stronach (art. 232 kpc, art. 3 kpc, art. 6 kc). Jego istota sprowadza się do ryzyka poniesienia przez stronę ujemnych konsekwencji braku wywiązania się z powinności przedstawienia dowodów. Skutkiem braku wykazania przez stronę prawdziwości twierdzeń o faktach istotnych dla sprawy jest tylko to, że twierdzenia takie zasadniczo nie będą mogły leżeć u podstaw sądowego rozstrzygnięcia. Strona, która nie udowodni przytoczonych twierdzeń, utraci korzyści, jakie uzyskalaby aktywnym działaniem (por. wyrok s.apel w Białymstoku z dnia 28 sierpnia 2014r. w sprawie o sygn. akt I ACa 286/14, opubl. LEX nr 1511625).

Dłużnik popada w opóźnienie, jeżeli nie spełnia świadczenia w terminie, w którym stało się ono wymagalne.

Opóźnienie świadczenia odszkodowawczego następuje, jeżeli dłużnik nie spełni świadczenia niezwłocznie po wezwaniu go przez wierzyciela i od tej chwili należą się wierzycielowi odsetki. W razie wyrządzenia szkody odsetki należą się poszkodowanemu już od chwili zgłoszenia roszczenia o zapłatę odszkodowania, w tej bowiem chwili staje się, zgodnie z art. 455 kc, wymagalny obowiązek spełnienia świadczenia odszkodowawczego. – por. wyrok s.apel. w Warszawie z dnia 18 stycznia 2013r. w sprawie o sygn. akt VI ACa 1150/12, opubl. LEX nr 1314923, wyrok SN z dnia 8 lutego 2012r. w sprawie o sygn. akt V CSK 57/11, opubl. LEX nr 1147804.

Wymagalne roszczenie o odszkodowanie powoduje stan opóźnienia po jego sprecyzowaniu co do wysokości i wezwaniu dłużnika do zapłaty konkretnej kwoty z tego tytułu – por. wyrok s.apel. w Rzeszowie z dnia 15 maja 2014r. w sprawie o sygn. akt I ACa 77/14, opubl. LEX nr 1506727.

O roszczeniu ubocznym orzeczono w oparciu o treść art. 481 § 1 i 2 - 2⁴ kc.

Sąd miał przy tym również na względzie treść art. 29 ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2021.1130 – j.t. ze zm.) i art. 817 § 1 kc. Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Świadczenie ubezpieczyciela ma zatem charakter terminowy. Wobec powyższego spełnienie świadczenia w terminie późniejszym może być usprawiedliwione jedynie wówczas, gdy ubezpieczyciel wykaże istnienie przeszkód w postaci niemożliwości wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, mimo działań podejmowanych z wymaganą od niego starannością profesjonalisty, według standardu, którego reguły wyznaczają przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Istnienie okoliczności usprawiedliwiających przekroczenie trzydziestodniowego terminu podlega indywidualnej ocenie w realiach konkretnej sprawy. Niewykazanie ich świadczy o popadnięciu ubezpieczyciela w opóźnienie ze spełnieniem świadczenia. Skutki opóźnienia określone są m.in. w art. 481 § 1 kc i obligują dłużnika do zapłaty odsetek – por. wyrok s.apel. w Łodzi z dnia 20 lutego 2014r. w sprawie o sygn. akt I ACa 1080/13, opubl. LEX nr 1439194, wyrok SN z dnia 18 listopada 2009r. w sprawie o sygn. akt II CSK 257/09, opubl. LEX nr 551104.

O kosztach procesu, w tym kosztach zastępstwa procesowego orzeczono na podstawie art. 108 § 1 kpc w zw. z art. 98 § 1 – 1¹ i 3 kpc i w zw. z § 2 pkt 1 i § 19 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. 2018.265 – j.t.) oraz w oparciu o treść art. 13 ust. 1 i 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. 2021.2257 – j.t. ze zm.) i art. 1 ust. 1 pkt 2 i art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 16 listopada 2006r. o opłacie skarbowej (Dz. U. 2021.1923 – j.t. ze zm.).

Z tych wszystkich względów orzeczono jak w sentencji wyroku.