

Sygn. akt I C 957/22

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 stycznia 2023r.

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 19 stycznia 2023r. w K.

sprawy z powództwa **M. B. (PESEL (...))**

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

o zapłatę

- zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z/s w W. na rzecz powódki M. B. kwotę 3.250,00zł (trzy tysiące dwieście pięćdziesiąt złotych 00/100) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 30 kwietnia 2020r. do dnia zapłaty,
- oddala powództwo w pozostałej części,
- nakazuje pobrać od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z/s w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Kaliszu kwotę 69,30zł (sześćdziesiąt dziewięć złotych 30/100) tytułem zwrotu części nieuiszczonych wydatków,
- zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z/s w W. na rzecz powódki M. B. kwotę 1.817,00zł (jeden tysiąc osiemset siedemnaście złotych 00/100) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 900,00zł (dziewięćset 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 957/22

UZASADNIENIE

W dniu 15 kwietnia 2022r. powódka M. B. skierowała do tut. sądu żądanie zasądzenia od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z/s w W. kwoty 3.250,00zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 13 marca 2020r. do dnia zapłaty oraz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powódka podniosła, iż w dniu 3 stycznia 2020r. w trakcie wykonywania obowiązków służbowych, podczas podnoszenia noszy wraz z pacjentem doszło do wypadku ubezpieczeniowego. W trakcie tej czynności powódka odczuła nagły i silny ból prawej ręki. Zdarzenie to spowodowało rozstrój zdrowia i powstanie trwałego uszczerbku na jej zdrowiu.

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

Powódka dokonała zgłoszenia u pozwanego zaistnienia szkody w celu przeprowadzenia postępowania szkodowego. W związku ze zgłoszeniem pozwany przeprowadził postępowanie likwidacyjne w ramach którego odmówił powódce wypłaty jakiegokolwiek świadczenia tytułem odszkodowania.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Zakład (...) na (...) S.A. 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 stwierdził, że przedmiotowe zdarzenie nie spowodowało dla powódki powstania uszczerbku na zdrowiu i w konsekwencji odmówił powódce przyznania odszkodowania. Pozwany zakwestionował również datę wymagalności i termin, od którego należy liczyć odsetki od dochodzonego roszczenia.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny.

Powódkę M. B. i pozwanego (...) Zakład (...) na (...) S.A. z/s w W. łączyła umowa ubezpieczenia osobowego stanowiąca dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem potwierdzona polisą nr (...).

Strony uzgodniły warunki kontraktu, ubezpieczona została zapoznana z ogólnymi warunkami ubezpieczenia stanowiącymi integralną część umowy. Zakres przedmiotowy ubezpieczenia obejmował również trwały uszczerbek na zdrowiu.

Strony określiły w tym zakresie sumę ubezpieczenia na kwotę 65.000,00zł, natomiast świadczenie za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalono na kwotę 650,00zł.

(okoliczność niesporna, wyciąg z OWU k. 35, decyzja k. 18, 32, dokumenty akt szkodowych – płyta Cd. k. 61)

W dniu 3 stycznia 2020r. powódka M. B. doznała wypadku w trakcie wykonywania obowiązków pracowniczych.

We wskazanej dacie powódka pracowała od godz. 7.00 do godz. 19.00 pełniąc dyżur w podstacji Pogotowia (...) w S.. Przed godz. 17.00 zgłoszono wezwanie do pacjenta mieszkającego w miejscowości K.. Wobec czego powódka wraz z zespołem wyjazdowym udała się na miejsce wezwania. Po przyjeździe i przeprowadzeniu konsultacji medycznej postanowiono przewieźć pacjenta do szpitala. Pacjent był leżący, więc należało przełożyć go z łóżka na nosze. W związku z tym powódka wraz z kolegą przystąpiła do tej czynności. Podczas podnoszenia noszy z pacjentem w pewnym momencie powódka poczuła nagły i silny ból w prawym przedramieniu, jednak kontynuowała pracę i po przetransportowaniu pacjenta pracowała do końca dyżuru. Przez kolejne dni dolegliwości bólowe nie ustępowały. W dniu 27 stycznia 2020r. powódka zgłosiła się do lekarza ortopedy.

W związku z tym, że dolegliwości wypadkowe nie ustępowały, powódka podjęła leczenie ortopedyczne.

(protokół okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy k. 10-13, historia choroby k. 22-32, dokumenty akt szkodowych – płyta Cd. k. 61)

Orzeczeniem Lekarza Orzecznika ZUS z dnia 5 czerwca 2020r. nr akt 026220886 w sprawie procentowego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego skutkami wypadku ustalono u powódki 5% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego skutkami wypadku przy pracy z dnia 3 stycznia 2020r.

(orzeczenie ZUS k. 33-33, dokumenty akt szkodowych – płyta Cd. k. 61)

W obszarze następstw ortopedycznych zdarzenia wypadkowego z dnia 3 stycznia 2022r. powódka doznała obrażeń narządów ruchu: naderwania przyczepu zginaczy palców przedramienia prawego. Zdecydowano o klasycznym leczeniu obrażeń narządów ruchów. Leczenie obrażeń pourazowych poszkodowanej w związku z przedmiotowym zdarzeniem zakończono w dniu 16 kwietnia 2020r.

Obrażenia kliniczne organizmu powódki na skutek urazu z dnia 3 stycznia 2020r. spowodowały u powódki powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu w rozmiarze 5%.

(opinia biegłego ortopedy – traumatologa k. 73-76, 97)

Powódka dokonała zgłoszenia u pozwanego (...) S.A. 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 30 kwietnia 2020r. w związku ze zdarzeniem i jego skutkami na organizmie powódki odmówił wypłaty odszkodowania.

(decyzja k. 14-15, 20-21, reklamacja k. 16-19, zgłoszenie szkody k. 43, ekspertyza medyczna k. 60, dokumenty akt szkodowych – płyta Cd. k. 61)

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.

Ponadto biegły w sposób fachowy i rzeczowy ustosunkował się również do wszystkich zarzutów skierowanych w stosunku do opinii wypowiadając się szczegółowo w obszarze każdego zastrzeżenia odwołując się przy tym do dokumentarnego materiału dowodowego oraz reguł postępowania przy sporządzaniu takiego typu operatów.

Podnoszone przez stronę pozwaną uwagi należy w tych warunkach uznać jedynie za polemikę z prawidłowo i właściwie sporządzonym dokumentem procesowym i nie stanowią podstawy do reformacji albo odrzucenia czy to w całości lub w części tak przeprowadzonych w postępowaniu rozpoznawczym czynności procesowych.

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.

Powództwo okazało się zasadne w części, tj. co do kwoty 4.800,00zł.

Na podstawie art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2022.2283 – 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 podstawie 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 powódka M. B. zawarła z pozwanym (...) S.A. z/s w W. ważną i skuteczną umowę 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 kategorię stwierdzenia, że mając na względzie zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w szczególności treść opinii biegłego ortopedy – traumatologa, powódka uległa wypadkowi przy pracy 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 5%, tj. kwantyfikatorów decydujących o wysokości odszkodowania (por. dokumenty akt szkodowych – płyta Cd. k. 61), prowadzi do ustalenia należnego powódce odszkodowania w wysokości 3.250,00zł (1% trwałego uszczerbku stanowi odszkodowanie w wysokości 650,00zł; $5\% \times 650,00zł = 3.250,00zł$).

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 uzyskałaby 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. 2022.2283 – 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 orzeczono na podstawie art. 108 § 1 kpc w zw. z art. 98 § 1 – 3 kpc oraz w oparciu o treść § 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. 2018.265 – j.t. ze zm.) oraz art. 13 ust. 1 i art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. 2022.1125 – j.t.) i art. 1 ust. 1 pkt 2 i art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 16 listopada 2006r. o opłacie skarbowej (Dz. U. 2022.2142 – j.t. ze zm.).

Z tych wszystkich względów orzeczono jak w sentencji wyroku.