

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 12 lipca 2019 r., wydanym w sprawie z powództwa Ł. W. (1) przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę, Sąd Rejonowy w Łowiczu zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.576,61 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 25 kwietnia 2018 r. do dnia zapłaty, umorzył postępowanie co do kwoty 440,00 zł, oddalił powództwo w pozostałym zakresie, a ponadto zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.453,60 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Łowiczu kwotę 993,60 zł tytułem zwrotu części kosztów sądowych wyłożonych przez Skarb Państwa, zaś pozostałą część tych kosztów w kwocie 110,40 zł ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Łowiczu z roszczenia zasądzonego na rzecz powoda.

Sąd I instancji ustalił, że w dniu 2 marca 2016 r. podczas gry w piłkę nożną na lekcji wychowania fizycznego powód kopnął wewnętrzną częścią stopy w piłkę, doznał uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej prawego stawu kolanowego, poczuł ból w kolanie, upadł na ziemię i nie mógł wstać. Tego samego dnia po południu udał się na konsultacje do przychodni, gdzie otrzymał skierowanie na wykonanie specjalistycznego badania i w efekcie dwa dni później przeszedł badanie rezonansem magnetycznym. Po zdarzeniu z dnia 2 marca 2016 r., ze względu na konieczność podjęcia szybkiego leczenia urazu i na to, że czas oczekiwania na pomoc specjalistów w zakresie ortopedii, których usługi mogłyby być refundowane z NFZ, Ł. W. (1) wraz z ojcem podjęli decyzję o korzystaniu z prywatnych gabinetów specjalistycznych, gdzie świadczone odpłatną pomocą lekarską. W listopadzie 2016 r. powód był hospitalizowany i wykonano mu planowy zabieg artroskopowej rekonstrukcji korzenia przedniego łąkotki przyśrodkowej z implantacją autogennych czynników z osocza bogatopłytkowego. Zarówno przed, jak i po zabiegu, przechodził odpłatne badania rezonansu magnetycznego oraz odbywał prywatne konsultacje medyczne u specjalistów z zakresu ortopedii, a w grudniu 2016 r. przeszedł ponadto rehabilitację, którą finansował z własnych środków, ponosił też koszty związane z zakupem leków, bandaży, zastrzyków. Za trzykrotne wykonanie rezonansu Ł. W. (1) zapłacił łącznie 1.090,00 zł, za konsultacje lekarskie u specjalistów – 1.310,00 zł, za 10 godzin rehabilitacji – 500,00 zł, a na zakup leków, bandaży, opatrunków i zastrzyków wydał łącznie 459,83 zł. Wszystkie te wydatki pozostawały w związku z wypadkiem i były uzasadnione. Ponadto powód ze względu na swój stan zdrowia nie mógł samodzielnie dojeżdżać na badania oraz konsultacje medyczne i zawoził go tam ojciec prywatnym samochodem marki P. (...) o poj. 2.0 L. Ojciec poszkodowanego zawoził go 3 razy do S. i 13 razy do Ł., pokonując łącznie 1668 km; przy zastosowaniu mnożnika 0,8358 zł za jeden przejechany kilometr koszt tych podróży to łącznie 1394,11 zł.

Sąd ustalił też w oparciu o opinię biegłego lekarza ortopedy, że trwały uszczerbek na zdrowiu powoda związany z urazem doznany w dniu 2 marca 2016 r. wynosił 1,5 % (zgodnie z tabelą 5 § 13 ust. 3 OWU – w treści uzasadnienia omyłkowo „regulaminu (...)”). Przed przedmiotowym zdarzeniem Ł. W. (1) dwukrotnie już doznał uszkodzenia stawu kolanowego i był poddawany rekonstrukcji więzadła – w styczniu 2014 r. przeżył pierwszą artroskopową rekonstrukcję więzadła, a we wrześniu 2016 r. wykonano u niego kolejny zabieg polegający na artroskopowym zszywaniu uszkodzonej łąkotki przyśrodkowej prawego stawu kolanowego. Ojciec powoda, działając jako jego przedstawiciel ustawowy, zgłosił do pozwanego ubezpieczyciela fakt zaistnienia szkody z dnia 2 marca 2016 r., a pismem z dnia 6 grudnia 2017 r. pozwany odmówił wypłaty odszkodowania, twierdząc, że zdarzenie nie było nieszczęśliwym wypadkiem, gdyż jego przyczyna nie pochodziła z zewnątrz, ale wynikała jedynie z wcześniejszych urazów kolana poszkodowanego. Sąd meriti uznał ponadto za bezsporne, że powód posiadał zawartą z pozwanym umowę ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków i stwierdził na podstawie załączonych do akt ogólnych warunków ubezpieczenia, że za nieszczęśliwy wypadek w ich rozumieniu uważa się nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł, przy czym § 33 OWU stanowił, iż rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a objętym ochroną ubezpieczeniową następstwem wypadku ubezpieczeniowego.

Sąd Rejonowy stwierdził dalej, że w powszechnie obowiązujących przepisach brak definicji nieszczęśliwego wypadku, jednak w orzecznictwie Sądu Najwyższego wywiedziono, że musi to być zdarzenie wywołane przez działania nieumyślne bądź przypadek, a cecha nagłości wskazuje na rozumienie wypadku ubezpieczeniowego jako nieoczekiwanego i zaskakującego, nie odnosi się natomiast do momentu ujawnienia się następstw działania przyczyny zewnętrznej, gdyż szkodliwy jej skutek może się ujawniać stopniowo w czasie dłuższego okresu czasu. Istotną cechą odróżniającą nieszczęśliwy wypadek od choroby jest występowanie przyczyny zewnętrznej, której źródłem nie może być samoistne schorzenie organizmu poszkodowanego. W ocenie Sądu nie ulegało wątpliwości, że zdarzenie z dnia 2 marca 2016 r., któremu uległ Ł. W. (1), było nieszczęśliwym wypadkiem, gdyż w działaniu powoda nie było umyślności (skoro nie miał on zamiaru kopnąć piłki w ten sposób, by doznać urazu), zdarzenie było nagłe (ponieważ do urazu doszło w nieoczekiwanym momencie), a samo uszkodzenie ciała powstało w wyniku działania przyczyny zewnętrznej, której źródłem nie był organizm powoda (czyli działania piłki na nogę powoda). Sąd I instancji nie miał wątpliwości, że pozwany ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za skutki zdarzenia opisanego w pozwie, odnajdując jej podstawę prawną w art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Przywołał dalej art. 444 § 1 k.c., stanowiący, że w razie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu wydatki pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne (niezbędne) i celowe. Zaznaczył, że koniecznymi i celowymi kosztami, jakie poniósł poszkodowany w sprawie niniejszej, były koszty badań, konsultacji lekarskich, zakupu bandażu, opatrunków i leków a także wydatki na podróże do gabinetów lekarskich, odnotowując jednocześnie, iż § 14 z związku z § 35 OWU ogranicza odpowiedzialność odszkodowawczą pozwanego do 30 % sumy ubezpieczenia, która w niniejszym przypadku wynosiła 14.000,00 zł – co powoduje, że maksymalną sumą odszkodowania podlegającą wypłacie na rzecz powoda z tego tytułu jest kwota 4.200,00 zł. Sąd podniósł też, że zgodnie z § 9 pkt. 2 OWU, odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmowała następstw chorób i stanów chorobowych, nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie wypadku ubezpieczeniowego lub stanowiących przyczynę zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, a jeżeli choroba lub stan chorobowy miał wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku, tj. przyczyną nieszczęśliwego wypadku jest zarówno choroba, jak i przyczyna zewnętrzna, odpowiedzialność ubezpieczyciela obejmuje uszkodzenia ciała i rozstrój zdrowia, które są następstwem przyczyny zewnętrznej. W związku z tym zapisem Sąd, przyznając powodowi świadczenie ubezpieczeniowe, wziął pod uwagę wyłącznie te skutki wypadku, które wynikały z przyczyny zewnętrznej, a mianowicie pozostające w związku z nieszczęśliwym wypadkiem wywołanym kopnięciem piłki. W efekcie zasądzono na rzecz Ł. W. (1) kwotę 210,00 zł tytułem naprawienia szkody za powstały u powoda trwały uszczerbek na zdrowiu, określony przez biegłego na 1,5 %, zgodnie z § 13 tabelą nr 5 OWU, z uwzględnieniem tego, że wcześniejszy stopień uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego wynosił 6 %.

Sąd zasądził ponadto na rzecz powoda, na podstawie art. 817 § 1 k.c. w związku z art. 481 § 1 k.c., skapitalizowane odsetki od kwoty 4.410,00 zł za okres od dnia 7 października 2017 r., czyli od 31-go dnia po dniu zgłoszeniu szkody, do dnia 24 kwietnia 2018 r., w wysokości 166,61 zł. Wskazał, że po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku ubezpieczyciel, jako profesjonalista korzystający z wyspecjalizowanej kadry i w razie potrzeby z pomocy rzeczoznawców, obowiązany jest do ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności, czyli samodzielnego i aktywnego wyjaśnienia okoliczności wypadku oraz wysokości powstałej szkody, zaś bierne oczekiwanie na wynik toczącego się procesu naraża go na ryzyko popadnięcia w opóźnienie lub zwłokę w spełnieniu świadczenia odszkodowawczego. Zasądzono również dalsze odsetki w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie od całej należnej kwoty od dnia 25 kwietnia 2018 r. do dnia zapłaty, a jako podstawę prawną tego rozstrzygnięcia wskazano art. 481 § 1 k.c. W związku z cofnięciem na rozprawie w dniu 28 czerwca 2019 r. pozwu wraz ze zrzeczeniem się roszczenia co do kwoty 440,00 zł postępowanie w tym zakresie zostało umorzone, zaś w pozostałym zakresie Sąd powództwo oddalił. O kosztach procesu orzeczono w oparciu o art. 100 k.p.c., biorąc pod uwagę, że pozwany przegrał sprawę w 90 %; również w myśl tej samej zasady rozdziału kosztów obciążono strony w stosownych częściach kosztami sądowymi wyłożonymi tymczasowo przez Skarb Państwa.

Apelację od tego wyroku złożył pozwany, zaskarżając je w części zasądzonej roszczenie oraz co do rozstrzygnięcia o kosztach procesu i kosztach sądowych, wnosząc przy tym o jego zmianę poprzez oddalenie powództwa w całości

z zasądzeniem od powoda na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania przed Sądami obu instancji. Zaskarżonemu orzeczeniu zarzucono naruszenie:

- art. 233 k.p.c. poprzez uchybienie zasadzie swobodnej oceny dowodów przejawiającej się w braku wszechstronnego rozważania materiału dowodowego, z pominięciem fragmentu opinii biegłego lekarza ortopedy, gdzie biegły stwierdził, że gdyby u powoda nie istniało uszkodzenie struktur wewnętrznych kolana, to po zwykłym kopnięciu piłki wewnętrzną powierzchnią stopy nie doznałby on uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej;
- art. 805 § 1 i § 2 pkt. 2 k.c. w związku z § 5 pkt. 1, § 4 pkt. 13 i § 12 pkt. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu poprzez ich wadliwą interpretację przejawiającą się w przyjęciu, że w okolicznościach sprawy doszło do nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu przedmiotowych OWU i w konsekwencji poszkodowanemu przysługuje świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu i zwrot kosztów leczenia, a także w związku z § 14 pkt. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu poprzez jego niezastosowanie w odniesieniu do roszczenia o zwrot kosztów rehabilitacji i dojazdów na leczenie.

W odpowiedzi na apelację powód domagał się jej oddalenia i zasądzenia od skarżącego na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, wnosząc o to, by w przypadku uwzględnienia apelacji w części lub całości odstąpić od obciążania go obowiązkiem zwrotu kosztów tego postępowania przy zastosowaniu art. 102 k.p.c.

Sąd Okręgowy dodatkowo ustalił następujące okoliczności faktyczne:

I Liceum Ogólnokształcące im. J. C. w Ł. jako ubezpieczający zawarło z (...) Spółką Akcyjną w W. jako ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu, gdzie wskazano jako okres ubezpieczenia czas od 1 września 2015 r. do 31 sierpnia 2015 r., jako sumę ubezpieczenia kwotę 14.000,00 zł, ustalając, że świadczenia podstawowe zostaną określone zgodnie z wariantem I wynikającym z ogólnych warunków ubezpieczenia i zastrzegając świadczenia dodatkowe m.in. w postaci zwrotu kosztów leczenia do limitu 30 % sumy ubezpieczenia, przy czym jako osoby ubezpieczone wskazano uczniów liceum. W umowie zaznaczono ponadto, że do umowy zastosowanie znajdują ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu ustalone uchwałą zarządu ubezpieczyciela Nr (...) z dnia 29 marca 2013 r. (kserokopia polisy, k. 13).

§ 5 pkt. 1 OWU stanowi, że przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku polegające m.in. na uszkodzeniu ciała, przy czym w myśl definicji zawartej w § 4 pkt. 13 OWU nieszczęśliwym wypadkiem jest nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Umową ubezpieczenia w wariantcie I objęte jest świadczenie podstawowe z tytułu m.in. trwałego uszczerbku na zdrowiu (§ 12 pkt. 1 OWU w związku z pkt. 2 tabeli Nr 1), przy czym świadczenie to przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, w jaki ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku, przy czym trwały uszczerbek ustalany winien być przez lekarza powołanego przez ubezpieczyciela w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu (...) SA” stanowiącą załącznik do umowy ubezpieczenia (§ 13 ust. 2 pkt. 1 OWU). Świadczenie dodatkowe w postaci zwrotu kosztów leczenia przysługuje ubezpieczonemu, o ile strony umowy ubezpieczenia podjęły decyzję o włączeniu go do umowy – według wyboru ubezpieczającego, w wysokości do 20 % lub 30 % sumy ubezpieczenia – jeżeli koszty te były niezbędne z medycznego punktu widzenia, a konieczność ich poniesienia powstała w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, a w przypadku rehabilitacji – jeżeli konieczność jej przeprowadzenia zaistniała nie później niż w okresie 6 miesięcy od tego dnia (§ 14 pkt. 1 OWU), zaś w § 3 pkt. 9 zdefiniowano leczenie jako wizyty i konsultacje lekarskie, leczenie ambulatoryjne i szpitalne, zabiegi ambulatoryjne i operacyjne, badania zlecone przez lekarza, przyjmowanie leków oraz stosowanie środków opatrunkowych, transport z miejsca wypadku ubezpieczeniowego do szpitala lub ambulatorium i rehabilitację (ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu z dnia 29 marca 2013 r., k. 77-82).

Ł. W. (1) był w dniu 2 marca 2016 r. uczniem I Liceum Ogólnokształcącego im. J. C. w Ł. (okoliczność bezsporna).

Lekarz powołany przez (...) S.A. w W. celem ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu doznanego przez powoda w rezultacie przedmiotowego wypadku określił ten stopień uszczerbku na 1,5 % (kserokopia wyniku badania komisijnego, k. 84).

Wniosek powoda o wezwanie (...) Spółki Akcyjnej w W. do udziału w sprawie w charakterze pozwanego zawarty został w piśmie procesowym z dnia 22 czerwca 2018 r. złożonym do Sądu w dniu 26 czerwca 2018 r. (pismo procesowe powoda, k. 51).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja okazała się zasadna tylko częściowo.

Nie można zgodzić się ze skarżącym, który kwestionuje swoją odpowiedzialność co do zasady, wywodząc, że zdarzenie, jakie przytrafiło się poszkodowanemu, nie było nieszczęśliwym wypadkiem w rozumieniu § 4 pkt. 13 OWU, a tym samym jego następstwa w postaci doznanego urazu nie są przedmiotem ubezpieczenia (§ 5 pkt. 1 OWU). W ocenie Sądu odwoławczego Sąd meriti prawidłowo stwierdził, że doszło do nagłego, niespodziewanego zdarzenia spowodowanego przyczyną zewnętrzną i powodującego konsekwencje dla zdrowia powoda niezależne od jego woli. W szczególności Sąd II instancji nie podziela stanowiska autora apelacji, że do odmiennych konkluzji co do tego, czy uszkodzenie ciała Ł. W. (1) spowodowane było przyczyną zewnętrzną, może doprowadzić rozważenie całokształtu materiału dowodowego sprawy, a zwłaszcza że pogląd taki może być usprawiedliwiony wnioskami sformułowanymi w opinii biegłego lekarza ortopedy. Z przywołanego w apelacji fragmentu opinii wynika z pewnością, że wcześniej istniejące uszkodzenie struktur wewnętrznych kolana powoda było warunkiem koniecznym zaistnienia uszkodzenia łąkotki przysiadkowej, do którego doszło w dniu 2 marca 2016 r., a zatem, że działanie czynnika zewnętrznego samo w sobie nie doprowadziłoby do powstania przedmiotowego urazu, gdyby nie owa podatność powoda wywołana wcześniejszymi urazami stawu kolanowego. Nie oznacza to jednak oczywiście, że stan kolana poszkodowanego był przyczyną zdarzenia szkodzącego, a tym samym, że brak jest związku przyczynowego pomiędzy urazem i czynnikiem czysto zewnętrznym w postaci uderzenia nogą w piłkę – natomiast podniesioną przez skarżącego kwestię należy rozpatrywać w kategoriach zwiększonej podatności Ł. W. (1) na doznanie szkody. Zdaniem Sądu odwoławczego, okoliczności sprawy nie dają też podstaw, by w tej sytuacji odmówić zachodzącemu tu związkowi przyczynowemu pomiędzy przyczyną zewnętrzną i doznaniem urazu cechy adekwatności, o jakiej mowa w § 33 OWU. Fakt, że poszkodowany – wskutek okoliczności niezależnej od tej przyczyny, za którą odpowiada ubezpieczyciel – jest ponadprzeciętnie podatny na doznanie uszczerbku, nie przekreśla sam przez się normalności powiązania przyczynowego między zdarzeniem wywołującym szkodę a samą szkodą (tak np. M. Kaliński [w:] „System prawa prywatnego. Prawo zobowiązań – część ogólna” Tom 6 pod red. A. Olejniczaka, Warszawa 2009, s. 135-136). Okoliczności faktyczne rozpoznawanej sprawy nie wykraczają poza dopuszczalny przy ustalaniu, czy doszło do spełnienia kryterium normalności, stopień generalizacji. Inaczej wypaść ta ocena mogłaby wówczas, gdyby podatność na szkodę mająca swoje źródło w stanie zdrowia poszkodowanego należała do okoliczności szczególnie rzadko występujących i radykalnie wpływała na prawdopodobieństwo zaistnienia szkody i jej zakres. Przytaczany jest często akademicki przykład anormalności anatomicznej polegającej na takiej kruchości kości czaszki poszkodowanego, że spoliczkowanie go doprowadziło do przerwania funkcji życiowych – w takiej sytuacji kryterium normalności następstw zapewne nie byłoby spełnione; inaczej jednak należy ocenić związek przyczynowy, jeśli prawdopodobieństwo wystąpienia szkody zostało zwiększone przez okoliczność występującą relatywnie często. Przypomnieć należy, że z opinii biegłego lekarza ortopedy wynika także, że po poprzednio doznanych urazach Ł. W. (1) nie odczuwał już żadnych dolegliwości i odzyskał pełen zakres ruchów w stawie kolanowym, a zatem mamy tu do czynienia z często spotykanym w praktyce stanem rzeczy, kiedy mimo wyleczenia określonej dolegliwości ortopedycznej nie da się w pełni uniknąć jej negatywnych konsekwencji w postaci zwiększonej podatności na kolejne uszkodzenia. W tej sytuacji – jak powyżej wywiedziono – nie ma przeszkód, by związek przyczynowy pomiędzy przyczyną zewnętrzną i urazem poszkodowanego uznać za adekwatny, mimo zwiększonej podatności powoda na doznanie urazu. Sąd Rejonowy postąpił prawidłowo, wiążąc odpowiedzialność pozwanego tylko z konsekwencjami

uszkodzenia ciała Ł. W. (1) doznanego w dniu 2 marca 2016 r. i eliminując z jej zakresu następstwa wcześniejszych urazów poszkodowanego.

W rezultacie przyjąć trzeba, że w postępowaniu pierwszoinstancyjnym nie doszło do uchybień przy ustalaniu stanu faktycznego sprawy w takim zakresie, do jakiego skarżący odwoływał się w wywodach złożonego środka zaskarżenia. Dokonując jednak krytycznej oceny działań Sądu meriti przy dokonywaniu ustaleń faktycznych, wskazać trzeba, że Sąd ten błędnie oparł się na opinii biegłego lekarza ortopedy przy określaniu stopniu uszczerbku na zdrowiu doznanego przez poszkodowanego w wyniku wypadku ubezpieczeniowego. W swej opinii biegły napisał: „Trwały uszczerbek na zdrowiu związany z urazem oceniam na 1,5 %, zgodnie z tabelą 5 paragraf 13 ust. 3 regulaminu (...)”, przy czym nie ulega wątpliwości, że chodziło tu w rzeczywistości o znajdujące się w aktach sprawy ogólne warunki ubezpieczenia nieszczęśliwych wypadków. Zauważyć więc należy, że tabela Nr 5 nie pozostaje w jakimkolwiek związku z § 13 ust. 3 OWU, który odnosi się do wysokości świadczenia w wariancie II ubezpieczenia (niedotyczącym powoda) i odsyła do tabeli Nr 3, natomiast tabela Nr 5 określa wysokość świadczenia w sytuacji przewidzianej w § 13 ust. 5 OWU, a więc w odniesieniu do wariantu I ubezpieczenia znajduje zastosowanie wówczas, gdy właśnie żaden trwały uszczerbek na zdrowiu nie wystąpił; dodatkowo wskazana w tabeli Nr 5 liczba 1,5 nie określa bynajmniej procentu uszczerbku na zdrowiu, ale procent sumy ubezpieczenia stanowiący wysokość należnego poszkodowanemu świadczenia. W ocenie Sądu odwoławczego wnioski opinii biegłego w tej części są konsekwencją wyjątkowo nieuważnej lektury akt sprawy i nie powinny stanowić podstawy ustaleń faktycznych Sądu. Jak wynika z § 13 ust. 2 pkt. 1 OWU trwały uszczerbek na potrzeby wyliczenia świadczenia podstawowego w wariancie I ubezpieczenia ustalany winien być w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu (...) SA”, stanowiącą załącznik do umowy ubezpieczenia, której biegły nie analizował, a w aktach sprawy znajduje się kserokopia wyniku badania komisyjnego Ł. W. (1) przeprowadzonego w sposób wymagany przez OWU przez lekarza powołanego przez ubezpieczyciela. Na tej podstawie możliwe jest ustalenie w zgodzie z art. 233 § 1 k.p.c., że stopień doznanego uszczerbku stwierdzony w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu (...) SA” wynosi 1,5 %; zważywszy, że stopień ten jest zbiegiem okoliczności tożsamy z wnioskami opinii biegłego lekarza ortopedy, na których oparł się Sąd Rejonowy, korekta ta nie miała wpływu na wysokość należnego świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu. Odnotować też można, że nie jest precyzyjne – a w rezultacie nie w pełni zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy – ustalenie Sądu I instancji, że „powód posiadał zawartą z pozwanym umowę ubezpieczenia”. W rzeczywistości umowa została zawarta pomiędzy I Liceum Ogólnokształcącym im. J. C. w Ł. i (...) Spółką Akcyjną w W., a Ł. W. (1) przysługiwał na mocy jej postanowień status osoby ubezpieczonej. Sąd meriti zaniedbał też zawarcia w swoim uzasadnieniu ustaleń dotyczących okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy w zakresie treści umowy ubezpieczenia, a w szczególności stanowiących jej integralną część postanowień OWU w tej części, w jakiej miały one istotny wpływ na rozstrzygnięcie o zasadności roszczeń powoda (z wyjątkiem § 9 pkt. 2 i § 33 OWU); ustalenia faktyczne w tym zakresie musiały więc zostać uzupełnione na etapie postępowania drugoinstancyjnego. W pozostałej części poczynione przez Sąd Rejonowy ustalenia nie były obciążone uchybieniami i w tej części Sąd II instancji może przyjąć je za własne jako podstawę rozważań dotyczących zastosowania na ich gruncie norm prawa materialnego.

Rację ma natomiast skarżący, że jego odpowiedzialność nie obejmuje wyrównania całości szkody pozostającej w związku z uszkodzeniem ciała w postaci wszelkich koniecznych i celowych wydatków. Sąd I instancji błędnie powołał w tym kontekście art. 444 § 1 k.c., który dotyczy odpowiedzialności deliktowej, a więc obciążającej osobę, która wyrządziła komuś szkodę czynem niedozwolonym. Bezspornie w okolicznościach rozpoznawanej sprawy nie mamy do czynienia ani z wyrządzeniem szkody przez osobę trzecią, ani też z majątkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej tej osoby przez pozwanego. Podstawą odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkodę doznaną przez Ł. W. (1) jest umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – a więc jest to typowe ubezpieczenie osobowe, o którym mowa w art. 829 § 1 pkt. 2 k.c. – zawartej przez pozwanego z I Liceum Ogólnokształcącym im. J. C. w Ł., gdzie powód został wskazany jako osoba ubezpieczona. Daje to Ł. W. (1) prawo do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela (art. 808 § 3 k.c.), jednak z art. 805 § 1 i § 2 pkt. 2 k.c. wynika, że świadczenie to polega na wypłacie sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia określonego w umowie, o ile zajdzie przewidziany tam wypadek w życiu osoby ubezpieczonej. Innymi słowy mówiąc, w związku z zajściem wypadku ubezpieczeniowego polegającego na uszkodzeniu ciała ubezpieczonego zakres odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela nie obejmuje

wszystkich następstw tego wypadku – jak byłoby to w wypadku, gdyby ubezpieczal odpowiedzialność deliktową sprawy szkody (art. 444 § 1 zd. I k.c.) – ale tylko następstwa określone w umowie, a z powstaniem tych następstw związany jest obowiązek wypłaty świadczeń w takim tylko rozmiarze, jaki wynika z postanowień umownych.

W efekcie zgodzić się trzeba z apelującym, że nie ma on obowiązku wypłaty świadczeń z tytułu zwrotu kosztów dojazdu poszkodowanego do placówek medycznych, a wydatki te, niewątpliwie stanowiące szkodę w majątku powoda będącą następstwem doznanego uszkodzenia ciała, nie są objęte zakresem jego umownej odpowiedzialności związanej z zajściem wypadku ubezpieczeniowego. Bezsprzecznie z umowy ubezpieczenia wynika, że pozwany zobowiązany jest do zwrotu poniesionych przez poszkodowanego kosztów leczenia do wysokości 30 % sumy ubezpieczenia, jednak pojęcie leczenia zdefiniowane jest w § 4 pkt. 9 OWU jako wizyty i konsultacje lekarskie, leczenie ambulatoryjne i szpitalne, zabiegi ambulatoryjne i operacyjne, badania zlecone przez lekarza, przyjmowanie leków oraz stosowanie środków opatrunkowych, transport z miejsca wypadku ubezpieczeniowego do szpitala oraz rehabilitacja. O ile zatem z postanowień umownych wynika, że objętymi ubezpieczeniem kosztami leczenia są koszty wizyt u specjalistów, badań i leczenia szpitalnego, to jednak nie zaliczono tam do ich zakresu kosztów dojazdów do specjalistów, na badania i do szpitala w celu leczenia – z wyjątkiem transportu z miejsca wypadku ubezpieczeniowego. Oznacza to, że z przedmiotowej umowy nie wynika obowiązek pozwanego w zakresie zwrotu poszkodowanemu żądanych przez niego kosztów transportu samochodem jego ojca w łącznej kwocie 1.394,11 zł, ani też postanowienia umowne nie dają powodowi roszczeń wobec ubezpieczyciela o zwrot tych wydatków. Inaczej natomiast należy ocenić zarzut autora apelacji odnoszący się do zaliczenia do kosztów leczenia wydatków związanych z rehabilitacją, jaką Ł. W. (1) odbył w grudniu 2016 r. § 4 pkt. 9 OWU bez wątplenia włącza rehabilitację w zakres definicji leczenia, a z § 14 pkt. 1c OWU wynika, że ubezpieczyciel jest zobowiązany do zwrotu jej kosztów, jeżeli konieczność jej przeprowadzenia zaistniała nie później niż w okresie 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Skarżący wywodzi, że skoro rehabilitacja została podjęta po 9 miesiącach od wypadku, to tym samym jego odpowiedzialność jest wyłączona, nie dostrzega jednak, iż w przywołanym postanowieniu umownym nie uzależniono tej odpowiedzialności od okresu czasu, który minął od nieszczęśliwego wypadku do chwili podjęcia rehabilitacji i poniesienia jej kosztów, ale wykluczono ją w przypadku, jeśli w ciągu 6 miesięcy od tego wypadku nie zaistniała konieczność jej przeprowadzenia. W treści § 14 pkt. 1b i 1c OWU wyraźnie rozróżniono moment zaistnienia konieczności poniesienia kosztów leczenia i chwilę zaistnienia konieczności przeprowadzenia rehabilitacji stanowiącej – jak wynika z § 4 pkt. 9 OWU – jeden z elementów tego leczenia. Z dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach wynika, że dla prawidłowego leczenia efektów uszkodzenia łąkotki konieczne było przeprowadzenie zabiegu operacyjnego i rehabilitacji, przy czym oczywiste jest nawet bez korzystania z wiadomości specjalnych, że rehabilitacja nie mogła poprzedzać tego zabiegu i jej wdrożenie mogło nastąpić dopiero po jego przeprowadzeniu. Nie oznacza to, w ocenie Sądu II instancji, że konieczność przeprowadzenia rehabilitacji zaistniała dopiero po wykonaniu operacji w połowie listopada 2016 r., ale jedynie wynika stąd, że dopiero wówczas powstała możliwość przystąpienia do niej, choć konieczność jej przeprowadzenia istniała już wcześniej. Nie sposób przyjąć w świetle postanowień OWU, by ubezpieczony, w którego przypadku z medycznego punktu widzenia konieczne było przeprowadzenie w związku z nieszczęśliwym wypadkiem zarówno operacji kolana, jak i późniejsze odbycie rehabilitacji, pozbawiony był wynikających z umowy świadczeń z tytułu zwrotu kosztów rehabilitacji z tej tylko przyczyny, że planowy zabieg operacyjny, który musiał ją poprzedzać, został wyznaczony na dzień przypadający po upływie sześciomiesięcznego terminu liczonego od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Taka interpretacja postanowień OWU w praktyce oznaczałaby – wbrew ich ścisłej treści – że obowiązek wypłaty świadczenia powiązany byłby nie z momentem zaistnienia konieczności przeprowadzenia rehabilitacji, ale zależałby od konsekwencji ograniczonej wydolności publicznej służby zdrowia w postaci wyznaczania jej pacjentom odległych terminów zabiegów leczniczych.

W efekcie powyższych rozważań stwierdzić trzeba, że w ustalonym stanie faktycznym ubezpieczyciel w ramach świadczeń wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia winien wypłacić Ł. W. (1) świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w kwocie równej procentowi sumy ubezpieczenia odpowiadającemu procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu doznanego przez ubezpieczonego i ustalonego przez lekarza powołanego przez ubezpieczyciela – Sąd meriti trafnie ustalił, że kwota ta wynosi 210,00 zł, skoro suma ubezpieczenia wynosiła 14.000,00 zł, a doznany uszczerbek na zdrowiu 1,5 % (14.000,00 zł x 1,5 % : 100 % = 210,00 zł). Ponadto pozwany miał obowiązek wypłacić

także świadczenie dodatkowe w postaci zwrotu poniesionych kosztów leczenia, z tym, że do ich zakresu należy zaliczyć: koszty wizyt lekarskich w łącznej kwocie 1.310,00 zł, koszty zakupu leków, opatrunków i zastrzyków w łącznej kwocie 459,83 zł, koszty badań rezonansem magnetycznym w łącznej kwocie 1.090,00 zł oraz koszty rehabilitacji w kwocie 500,00 zł, co daje w sumie 3.359,83 zł (1.310,00 zł + 459,83 zł + 1.090,00 zł + 500,00 zł = 3.359,83 zł), natomiast poza ich zakresem pozostają żądane przez powoda koszty dojazdu do placówek medycznych w łącznej kwocie 1.394,11 zł. Wyliczona w ten sposób kwota kosztów leczenia nie przekracza ustalonych w umowie 30 % sumy ubezpieczenia, zatem może zostać przyznana poszkodowanemu w całości. Łączna suma świadczeń z tytułu uszczerbku na zdrowiu i zwrotu kosztów leczenia wynosi więc 3.569,83 zł (210,00 zł + 3.359,83 zł = 3.569,83 zł). Poszkodowany domagał się ponadto zapłaty skapitalizowanych odsetek od należnej mu kwoty świadczenia głównego za okres od 7 października 2017 r. do dnia wniesienia pozwu do Sądu, a Sąd Rejonowy słusznie przyjął, że ubezpieczyciel pozostawał w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia od dnia wskazanego jako dzień początkowy tego terminu, co w myśl art. 481 § 1 k.c. uzasadnia roszczenie odsetkowe. Kwota skapitalizowanych odsetek ustawowych za opóźnienie od kwoty 3.569,83 zł za okres od 7 października 2017 r. do 25 kwietnia 2018 r., kiedy to pozew Ł. W. (1) został nadany na adres Sądu, wynosi 136,92 zł, co wraz z należnością główną daje łącznie 3.706,75 zł (3.569,83 zł + 136,92 zł = 3.706,75 zł). Również powództwo w zakresie żądania zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie od należności głównej za okres po wniesieniu pozwu jest uzasadnione i znajduje swoje oparcie w treści art. 481 k.c. Zwrócić jednak należy uwagę na fakt, że powód początkowo pozwał innego ubezpieczyciela, a dopiero po dwóch miesiącach zgłosił wniosek o dopozwanie tego ubezpieczyciela, który rzeczywiście posiadał legitymację bierną wobec jego roszczeń. Dokonując tej czynności procesowej, Ł. W. (1) nie skorygował żądania pozwu, wobec czego uznać należy, że nadal – tak jak od początku procesu – domagał się skapitalizowania odsetek za okres do dnia 25 kwietnia 2018 r., kiedy to pozew został nadany pod adresem Sądu; taki też zakres żądania przyjęto powyżej przy wyliczaniu tej należności. Jednocześnie jednak odnotować trzeba, że skutki materialnoprawne wezwania nowego podmiotu do udziału w sprawie na wniosek powoda następują z chwilą złożenia wniosku o dopozwanie (tak np. Stempniak [w:] „Kodeks postępowania cywilnego. Tom I. Komentarz, Art. 1-205” pod red. A. Marciniaka, Warszawa 2019, teza 8 do art. 198 lub I. Kunicki [w:] „Kodeks postępowania cywilnego. Tom IA. Komentarz, Art. 1-424¹²” pod red. A. Góry-Błaszczkowskiej, Warszawa 2020, teza 5 do art. 198), co w sprawie niniejszej nastąpiło w dniu 26 czerwca 2018 r. Jednym z takich skutków wytoczenia powództwa przeciwko określonej osobie jest na gruncie prawa materialnego jest wynikające z art. 482 k.c. uprawnienie wierzyciela do żądania odsetek od zaległych odsetek, zatem w związku z powyższymi rozważaniami przyjąć należy, że Ł. W. (1) mógł zasadnie domagać się odsetek od żądanej pozwem i należnej mu skapitalizowanej sumy odsetek w kwocie 136,92 zł dopiero od dnia 26 czerwca 2018 r. Żądanie przyznania tych odsetek za okres wcześniejszy nie znalazło więc oparcia w treści art. 482 k.c. i Sąd I instancji, zasądzając odsetki od skapitalizowanych odsetek za okres od dnia 25 kwietnia 2018 r. do dnia 25 czerwca 2018 r., przepis ten naruszył, co Sąd odwoławczy zobowiązany był wziąć pod uwagę z urzędu, pomimo braku stosownego zarzutu w apelacji.

Podsumowując powyższe wywody, stwierdzić trzeba, że roszczenie Ł. W. (1) okazało się zasadne co do kwoty 3.706,75 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwoty 3.569,83 zł od dnia 25 kwietnia 2018 r. do dnia zapłaty i od kwoty 136,92 zł od dnia 26 czerwca 2018 r. do dnia zapłaty, a więc w niższym zakresie niż przyjął to Sąd meriti. Uzasadnia to częściowe uwzględnienie apelacji poprzez oddalenie powództwa co do sum stanowiących różnicę pomiędzy zasądzonymi należnościami objętymi zakresem zaskarżenia i powyższymi kwotami, co skutkować musi zmianą zaskarżonego wyroku w tej części na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Modyfikacja orzeczenia co do meritum sprawy znajduje swoje konsekwencje także w korekcie rozstrzygnięcia o kosztach procesu i kosztach sądowych. Rozliczenie tych kosztów będzie w dalszym ciągu opierało się na wynikającej z art. 100 zd. I k.p.c. zasadzie proporcjonalności zakresu ich poniesienia do zakresu, w jakim uwzględnione zostało stanowisko obu stron procesu, jednak proporcje te ulegną zmianie. Należności powoda zostały zasądzone na jego rzecz w kwocie 3.706,75 zł, co stanowi 73,6 % sumy żądanej pozwem (3.706,75 zł : 5.036,03 zł x 100 % = 73,6 %) – i taką też część kosztów procesu winna obciążyć ubezpieczyciela, który w tym zakresie sprawę przegrał. Obie strony procesu poniosły koszty zastępstwa prawnego w kwotach po 1.800,00 zł, wyliczonych w oparciu o § 2 pkt. 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 265) oraz opłaty skarbowe od udzielonych pełnomocnictw w kwotach po 17,00 zł – daje to łącznie 3.634,00 zł [(1.800,00 zł + 17,00 zł) x 2 = 3.634,00 zł]. Pozwanego obciążają koszty postępowania w kwocie 2.674,62 zł (3.634,00 zł x 73,6 % : 100

% = 2.674,62 zł), a ponieważ faktycznie poniósł je w kwocie 1.817,00 zł, winien zwrócić przeciwnikowi procesowemu różnicę między tymi sumami, czyli 857,62 zł (2.674,62 zł – 1.817,00 zł = 857,62 zł) i do takiego też poziomu zostaje obniżona należność zasądzona w punkcie 4 zasądzanego wyroku. Z mocy art. 113 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 785 ze zm.) zasada stosunkowego rozliczenia kosztów wynikająca z art. 100 zd. I k.p.c. musi zostać zastosowana także przy rozliczeniu wydatków i opłat wyłożonych przez Skarb Państwa za zwolnionego od ich ponoszenia powoda. Suma tych kosztów to 1.104,00 zł, gdyż w toku postępowania pierwszoinstancyjnego Ł. W. (1) nie uiścił opłaty od pozwu w kwocie 252,00 zł i wydatków związanych z wydaniem opinii przez biegłego w kwocie 852,00 zł (252,00 zł + 852,00 zł = 1.104,00 zł). Część tej należności odpowiadająca zakresowi, w jakim powód sprawę wygrał, tj. w kwocie 812,54 zł winna zostać pobrana od jego przeciwnika procesowego (1.104,00 zł x 73,6 % : 100 % = 812,54 zł), zaś pozostała ich część w kwocie 291,46 zł podlega ściągnięciu z roszczenia zasądzonego na rzecz Ł. W. (1) (1.104,00 zł – 812,54 zł = 291,46 zł); zaskarżony wyrok podlegał zatem skorygowaniu także w zakresie rozstrzygnięć zawartych w punktach 5 i 6. W pozostałym zakresie apelacja została oddalona jako bezzasadna na podstawie art. 385 k.p.c. O kosztach postępowania odwoławczego orzeczono również na podstawie art. 100 zd. I k.p.c., zważywszy, że wnioski apelacji zostały uwzględnione tylko częściowo. Skarżący domagał się zmiany zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa także co do kwoty 4.576,61 zł, a Sąd II instancji podzielił jego stanowisko w zakresie kwoty 869,86 zł (4.576,61 zł – 3.706,75 zł = 869,86 zł), co oznacza, że na etapie postępowania apelacyjnego wygrał sprawę w 19 % (869,86 zł : 4.576,61 zł x 100 % = 19 %), a powód wygrał ją w 81 % (100 % - 19 % = 81 %). Pozwany poniósł koszty tego postępowania w łącznej kwocie 850,00 zł, na którą złożyła się opłata od apelacji w kwocie 400,00 zł i koszty zastępstwa prawnego w kwocie 450,00 zł, obliczone w oparciu o § 10 ust. 1 pkt. 1 w związku z § 2 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 265) (400,00 zł + 450,00 zł = 850,00 zł), zaś Ł. W. (2) wyłożył jedynie koszty zastępstwa prawnego w tożsamej kwocie 450,00 zł, wynikającej również z powołanych przepisów – daje to w sumie 1.300,00 zł (850,00 zł + 450,00 zł = 1.300,00 zł). Stosownie do art. 100 zd. I k.p.c., każda ze stron winna ponieść taką część tych kosztów, w jakim zakresie sprawę przegrała, co oznacza, że ubezpieczyciela obciąża z tego tytułu należność w kwocie 1.053,00 zł (1.300,00 zł x 81 % : 100 % = 1.053,00 zł), a ponieważ faktycznie poniósł on koszty w kwocie 850,00 zł, zatem różnicę pomiędzy tymi należnościami w kwocie 203,00 zł (1.053,00 zł – 850,00 zł = 203,00 zł) ma obowiązek zwrócić przeciwnikowi procesowemu tytułem rozliczenia kosztów postępowania apelacyjnego.