

Sygn. akt II C 824/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 lutego 2017 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi, Wydział II Cywilny w następującym składzie:

Przewodnicząca : SSR A. M.

Protokolant : staż. W. Ł.

po rozpoznaniu w dniu 15 lutego 2017 roku w Łodzi na rozprawie sprawy

z powództwa **P. S.**

przeciwko **(...) Zakładowi (...) na (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W.**

o zapłatę

1. zasądza od pozwanej na rzecz powoda kwotę 507,00 zł (pięćset siedem złotych) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 19 sierpnia 2015 roku do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo w pozostałej części;
3. umarza postępowanie w zakresie kwoty 2.028,00 zł (dwa tysiące dwadzieścia osiem złotych);
4. zasądza od powoda na rzecz pozwanej kwotę 705,28 zł (siedemset pięć złotych dwadzieścia osiem groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu;
5. obciąża, tytułem opłaty od rozszerzonej części powództwa, oraz tymczasowo wyłożonych wydatków, na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Rejonowego dla Łodzi- Widzewa w Łodzi:
 - a)** powoda kwotą 485,47 zł (czteryście osiemdziesiąt pięć złotych czterdzieści siedem groszy), którą nakazuje ściągnąć z roszczenia zasądzonego w punkcie 1. (pierwszym) wyroku;
 - b)** pozwaną kwotą 72,55 zł (siedemdziesiąt dwa złote pięćdziesiąt pięć groszy).

Sygn. akt II C 824/15

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 7 października 2015 roku P. S. wniósł o zasądzenie od pozwanej - (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 2.535,00 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 19 sierpnia 2015 roku oraz o zasądzenie od pozwanej zwrotu kosztów procesu.

Na uzasadnienie swego żądania powód wskazał, iż w dniu 4 sierpnia 2014 roku doznał urazu - złamania II kości śródstopia. Leczenie powyższego obrażenia było długotrwałe, kosztowne oraz powikłane. Powód wskazał, iż pozwana ustaliła, iż na skutek doznanego urazu powód posiada 2% uszczerbek na zdrowiu i z tego tytułu wypłacona została kwota świadczenia w wysokości 1014 zł. Z powyższą oceną nie zgodził się powód żądając uznania, iż złamanie II kości śródstopia spowodowało 7% uszczerbek na zdrowiu, co winno skutkować dopłatą do już wypłaconego świadczenia kwoty 2.535,00 zł (pozew k. 2-4).

W odpowiedzi na pozew pozwana, reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów procesu według norm przepisanych. Pozwana nie kwestionując podstawy swej odpowiedzialności - umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P PLUS wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi, którym był objęty powód w dacie zdarzenia, zakwestionowała powództwo co do wysokości wskazując, iż ostatecznie ustalono, iż uszczerbek na zdrowiu powoda, mający związek ze zdarzeniem z dnia 4 sierpnia 2014 roku, wyniósł 2%, w związku z czym na jego rzecz wypłacono kwotę 1014 złotych, co jest zgodne z wysokością świadczenia, określonego warunkami umowy, gdzie kwota świadczenia za 1% trwałego uszczerbku została ustalona na kwotę 507,00 zł (odpowiedź na pozew k. 27-30).

W piśmie z dnia 6 czerwca 2016 roku, uzupełnionym w dniu 30 sierpnia 2016 roku powód rozszerzył swoje powództwo wnosząc o zasądzenie od pozwanej dodatkowo wszystkich kosztów związanych z leczeniem doznanego w dniu 4 sierpnia 2014 roku złamania to jest kosztów rehabilitacji, zakupu buta ortopedycznego, a także zwrot kosztów zakupu leków i środków farmakologicznych, w łącznej wysokości 1.613,81 zł na którą składa się: 75 złotych – kwota zakupu buta ortopedycznego, 350 złotych – opłata za wykonanie pierwszej transzy zabiegów rehabilitacyjnych, 250 złotych – opłata za wykonanie drugiej transzy zabiegów rehabilitacyjnych, 90 złotych – kwota zakupu trzech szczepionek, 848,81 zł – uśredniona przykładowa kwota cen leków zażywanych przez powoda w trakcie leczenia (pismo k. 217, pismo k. 227 – 227v).

Na rozprawie w dniu 15 lutego 2017 roku powód wskazał, że wnosi o zasądzenie kwoty 507,00 zł tytułem trwałego uszczerbku na zdrowiu. Oświadczył także, że cofa powództwo ze zrzeczeniem się roszczenia w zakresie różnicy między pierwotnie dochodzoną kwotą tj. 2.535,00 zł a obecnie żadaną kwotą 507,00 zł tj. w zakresie kwoty 2.028,00 zł. Podtrzymał powództwo w zakresie żądania zasądzenia kwoty 1.613,81 zł tytułem kosztów zabiegów rehabilitacyjnych oraz zakupu lekarstw (protokół rozprawy k. 240-241).

Sąd Rejonowy dla Łodzi Widzewa w Łodzi ustalił następujący stan faktyczny:

P. S. zawarł z (...) Zakładem (...) na (...) Spółką Akcyjną w W. umowę Grupowego (...) Pracowniczego typ P PLUS wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi obejmującymi trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, na sumę ubezpieczenia 13.000 zł. Zgodnie z warunkami umowy kwota świadczenia należna za 1 % trwałego uszczerbku wynosi 3,90% sumy ubezpieczenia tj. 507,00 zł. Integralną treść stosunku zobowiązaniowego (ubezpieczeniowego) łączącego P. S. z (...) Zakładem (...) na (...) Spółką Akcyjną w W., stanowiły zapisy Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P PLUS, zatwierdzone uchwałą zarządu ubezpieczyciela, Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, także zatwierdzone uchwałą zarządu ubezpieczyciela, oraz Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną. Zgodnie z treścią zapisu § 2 ust. 2 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P PLUS „nieszczęśliwy wypadek” oznacza niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) S.A. Natomiast zgodnie z zapisem § 2 ust. 1 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenie „trwały uszczerbek na zdrowiu” oznacza, trwale, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Zgodnie zaś z § 3, przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie ubezpieczonego, przy czym jak stanowi § 4, zakres ubezpieczenia obejmował wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności (...) S.A. Natomiast § 5 przywołanych ogólnych warunków stanowi, że pozwana wypłaca świadczenie w przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Z kolei §18 ust. 5 stanowi, iż przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia (ogólne

warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) k. 87-88, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem k. 89).

Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w pozycji 168 zawiera wskazanie, że za złamanie jednej kości śródstopia – II, III lub IV, przyznaje się uszczerbek 1 – 5%, zaś w punkcie 169 stanowi, że za złamanie kości śródstopia powikłane zapaleniem kości przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi - ocenia się według pozycji 168, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o 1-10% (tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu k.17).

Zgodnie z § 4 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną, zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie odpowiedzialności (...) SA pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, objętego odpowiedzialnością (...) SA z tytułu ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego. Zgodnie zaś z § 5 ust. 1 i 2, w przypadku pobytu w szpitalu, (...) SA przyznaje ubezpieczonemu – poprzez wydanie ważnej Karty aptecznej – prawo do odbioru w aptece produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu pobytu w szpitalu. Suma ubezpieczenia w dacie wypadku wynosiła 200 złotych. Natomiast zgodnie z § 4 ust. 1 regulaminu karty aptecznej, karta apteczna służy do bezgotówkowego odbioru produktów w tym aptekach, które akceptują karty apteczne w ramach realizacji świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia (ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z kartą apteczną k. 234-235, regulamin karty aptecznej k. 236-237, program grupowego ubezpieczenia dla pracowników k. 11)

W dniu 4 sierpnia 2014 roku P. S. był objęty – w ramach grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P PLUS – dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek trwałego uszczerbku na za zdrowiu w (...) S.A. W dniu 4 sierpnia 2014 roku podczas gry w piłkę nożną powód zawadził o drewnianą drabinkę wskutek czego doznał złamania trzonu II kości śródstopia lewego w 1/3 dalszej z przemieszczeniem odłamów. Powód w związku z doznany urazem był dwukrotnie leczony operacyjnie, hospitalizowany, a następnie poddany rehabilitacji (okoliczność bezsporna). P. S. poniósł koszty leczenia doznanych w dniu 4 sierpnia 2014 roku obrażeń. Zakup buta ortopedycznego wyniósł 75 zł, zakup szczepionek przeciwko WZW typu B wyniósł 60 zł. Powód poniósł także koszty zabiegów rehabilitacyjnych w łącznej kwocie 600 zł (kopie rachunków i faktur k. 35, k. 37, k. 40, k. 47, k. 218-221).

W dniu 22 czerwca 2015 roku powód zgłosił pozwanemu szkodę i wystąpił o wypłatę odszkodowania. W toku postępowania likwidacyjnego, lekarz (...) ustalił u powoda 1% uszczerbku na zdrowiu. W dniu 30 czerwca 2015 roku (...) Zakładu (...) na (...) Spółka Akcyjna w W. ustaliła i przyznała na rzecz powoda kwotę 507 złotych z tytułu zgłoszonego wypadku. Po złożeniu przez powoda odwołania od ustalonej wysokości uszczerbku na zdrowiu, decyzją z dnia 3 sierpnia 2015 roku (...) Zakładu (...) na (...) Spółka Akcyjna w W. ustaliła i przyznała na rzecz powoda dalszą kwotę 507 złotych z tytułu zgłoszonego wypadku, ustalając ostatecznie, iż uszczerbek na zdrowiu powoda wyniósł 2% (zgłoszenie szkody k. 31-32, kopia pisma k. 7 kopia pisma k. 8). P. S. otrzymał od (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W. kartę apteczną, którą zrealizował w ramach zdarzenia z dnia 4 sierpnia 2014 roku (okoliczność bezsporna).

W wyniku wypadku z dnia 4 sierpnia 2014 roku powód doznał złamania trzonu II kości śródstopia lewego w 1/3 z przemieszczeniem odłamów, wygojone prawidłowo w dobrym ustawieniu odłamów po leczeniu operacyjnym. Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda dotyczący schorzeń ortopedycznych będący skutkiem zdarzenia z dnia 4 sierpnia 2014 roku wyniósł 3%. Doznane obrażenia nie mają obecnie istotnego wpływu na dalsze funkcjonowanie organizmu powoda. Aktualnie powód odczuwa dolegliwości bólowe lewej stopy po stronie grzbietowej w miejscu złamania, głównie powysiłkowe po dłuższym chodzeniu lub staniu oraz przy zmianach pogody. Nie ma ograniczenia zakresu ruchów stopy lewej tylko niewielkie ograniczenie zgięcia palca II. Chodzi sprawnie bez utykania (opinia biegłego sądowego k. 203-209).

Stan faktyczny w niniejszej sprawie został ustalony na podstawie powołanych wyżej dowodów, wśród nich dokumentów z załączonych akt szkody i ich kserokopii, przy zastosowaniu art. 308 kpc, które nie budziły wątpliwości

co do ich wiarygodności formalnej oraz prawdziwości danych w nich wskazanych. Pełnowartościowym dowodem w sprawie jest również opinia biegłego lekarza ortopedy, który w sposób logiczny, spójny i rzetelny w złożonej do akt opinii odpowiedział na pytanie sądu zakreślone tezą dowodową i wskazał, iż trwały uszczerbek na zdrowiu powoda dotyczący schorzeń ortopedycznych, będący skutkiem zdarzenia z dnia 4 sierpnia 2014 roku, ustalony zgodnie z pozycją 168 Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, wynosi 3%. Do przywołanej opinii uwagi zgłosił powód wnosząc o wydanie uzupełniającej opinii biegłego, w której biegły miałby wypowiedzieć się na okoliczność zasadności prowadzonej przez powoda rehabilitacji, poniesionych kosztów zakupu obuwia ortopedycznego, zażywania farmaceutyków oraz wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ustalonego z pominięciem tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Sąd oddalił wniosek powoda o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego na powyższe okoliczności, mając na uwadze zapisy umowy ubezpieczenia zawartej między powodem a pozwaną, co czyni okoliczności na które miałyby się wypowiedzieć biegły bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Sąd oddalił również wniosek o przeprowadzenie dowodu z przesłuchania stron z ograniczeniem do przesłuchania powoda, z uwagi na fakt, iż okoliczności na które miałby powyższy dowód zostać przeprowadzony nie były między stronami sporne, a nadto nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia sporu.

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi zważył, co następuje:

Powództwo zasługuje na uwzględnienie jedynie w części.

W niniejszej sprawie P. S. ostatecznie wniósł o zasądzenie od (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 507,00 zł tytułem trwałego uszczerbku na zdrowiu, a także kwoty 1.613,81 zł tytułem kosztów zabiegów rehabilitacyjnych oraz zakupu lekarstw, wywodząc swoje roszczenie z zawartej z pozwą umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, zawartej w ramach grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P PLUS.

Zgodnie z przepisem 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. Zgodnie z art. 805 § 2 pkt 1 kc przy ubezpieczeniach majątkowych świadczenie ubezpieczyciela polega na zapłacie odpowiedniego odszkodowania za szkodę powstałą w skutek przewidzianego w umowie wypadku.

Stosownie natomiast do art. 829 § 1 k.c., ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku, a przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków - uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

W niniejszej sprawie bezsporny był fakt zawarcia pomiędzy stronami umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P PLUS wraz z dodatkowym ubezpieczeniem na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem. Niespornym było także i to, że w umowie strony ustaliły, iż odszkodowanie należne powodowi wyniesie 507 zł za każdy 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Poza sporem był również fakt doznania przez powoda nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności strony pozwanej. Sporną okolicznością było jedynie to jaka jest faktyczna wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda, a co za tym idzie jaka jest należna powodowi kwota świadczenia z tego tytułu.

W przedmiotowej sprawie, powód wykazał, iż w wyniku wypadku z dnia 4 sierpnia 2014 roku doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w rozmiarze przewyższającym 2%, który został ustalony przez pozwaną i stanowił podstawę wypłaty świadczenia w wysokości 1014 złotych. W ocenie Sądu, świadczenie wypłacone powodowi przez pozwaną nie zaspokoilo wszystkich jego roszczeń powstałych w związku z wypadkiem. Sąd w ramach mniejszego postępowania ustalił, w oparciu o opinię biegłego sądowego, że wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda wyniosła 3 % zgodnie z poz. 168/b tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą integralną część powołanych ogólnych warunków umowy dodatkowej, a zatem jest objęta umową stron tak samo, jak i inne postanowienia umowne, co nie było kwestionowane przez strony postępowania.

Z przeprowadzonego postępowania dowodowego wynika, że uszczerbek na zdrowiu u powoda, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku jakiego doznał P. S. w dniu 4 sierpnia 2014 roku, ma charakter trwały a jego wysokość została oszacowana na 3%. Mając na względzie postanowienia umowy ubezpieczenia zawartej przez powoda z pozwaną, w której określono, iż za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 507 złotych, Sąd uznał, iż wielkość trwałego uszczerbku na zdrowiu, uzasadnia przyznanie powodowi od pozwanej świadczenie w łącznej wysokości 1521 złotych. Przy uwzględnieniu wypłaconego już przez pozwaną świadczenia w wysokości 1014 zł, na rzecz powoda należało zasądzić kwotę 507 zł tytułem uzupełniającego świadczenia, o czym orzeczono w punkcie 1 wyroku. O odsetkach ustawowych od zasądzonej na rzecz powoda kwoty 507 zł Sąd orzekł na podstawie przepisu art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociaż by opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe. Natomiast zgodnie z treścią przepisu art. 817 k.c. zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku, gdyby jednak wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

W niniejszej sprawie pozwany zgłosił szkodę w dniu 22 czerwca 2015 roku. Mając powyższe na względzie odsetki za opóźnienie zasądzono zgodnie z żądaniem pozwu od dnia 19 sierpnia 2015 roku do dnia zapłaty.

Sąd umorzył postępowanie co do kwoty 2.028 zł, stanowiącą różnicę między pierwotnie żądaną kwotą świadczenia 2.535,00 zł, a ostatecznie żądaną kwotą 507,00 zł. U podstaw niniejszego rozstrzygnięcia legło cofnięcie pozwu w tym zakresie wraz ze zrzeczeniem się roszczenia dokonane przez powoda na rozprawie w dniu 15 lutego 2017 roku. Zgodnie z treścią art. 203 § 4 k.p.c. Sąd jest zobowiązany do kontroli przedmiotowej czynności procesowej w kontekście przesłanek w tym przepisie wymienionych warunkujących uznanie cofnięcia pozwu za niedopuszczalne. Przepis art. 203 § 4 k.p.c. obliguje do uznania cofnięcia powództwa za niedopuszczalne, jeżeli okoliczności sprawy wskazują, iż taka czynność byłaby niezgodna z prawem lub zasadami współżycia społecznego albo zmierzałaby do obejścia prawa.

W przedmiotowej sprawie strona powodowa cofnęła pozew wraz ze zrzeczeniem się roszczenia. Powyższe cofnięcie pozwu nie wymagało, zatem zgody pozwanej, a zatem było skuteczne. Z uwagi na fakt, iż nie zachodzą okoliczności zawarte w dyspozycji art. 203 § 4 k.p.c., Sąd na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. umorzył postępowanie w zakresie kwoty 2.028 złotych, czemu dał wyraz w punkcie 3 orzeczenia.

Odnosząc się z kolei do żądania powoda zasądzenie od pozwanej kwoty 1.613,81 zł, tytułem poniesionych kosztów zabiegów rehabilitacyjnych, zakupu sprzętu medycznego oraz zakupu lekarstw, w ocenie Sądu jest ono bezpodstawne i skutkuje oddaleniem powództwa w tym zakresie. W tym miejscu podkreślić należy, że przedmiotowe ubezpieczenie, któremu podlegał powód w dacie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, 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 mają wyłącznie: ustalony przez lekarzy orzekających stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz suma ubezpieczenia. Nie mają natomiast dla odpowiedzialności pozwanego żadnego znaczenia: okres leczenia, konieczność 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 z całą mocą zaznaczyć, 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. Tym samym odpowiedzialność gwarancyjna ubezpieczyciela nie może być utożsamiana z odpowiedzialnością odszkodowawczą, o której mowa w art. 471 i n. k.c. Mimo że również ten typ odpowiedzialności ma charakter

kontraktowy, lecz odpowiedzialność ubezpieczyciela ma w tym wypadku charakter wtórny, będący pochodną uprzednio istniejącego stosunku prawnego ubezpieczenia, który nakazuje określone zachowanie w razie zajścia określonych zdarzeń opisanych treścią stosunku. Odpowiedzialność ta jest naturalną konsekwencją przyjęcia przez ubezpieczyciela obowiązku określonego świadczenia, niezależnie od istnienia innych przesłanek uzasadniających odpowiedzialność dłużnika z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania. Ubezpieczyciel jest gwarantem wykonania świadczenia w sytuacji, gdy obowiązek świadczenia jest od niego, ze sprawczego punktu widzenia, niejako niezależny. W wypadku niewykonania zobowiązania przyczyny tkwią w osobie lub działalności osoby zobowiązanej do świadczenia (wyrok SN z 2 lipca 2004 r., II CK 412/03, LEX nr 121694).

W tej sprawie nie bez znaczenia dla oceny prawnej pozostaje także okoliczność, iż zawarta umowa ubezpieczenia stanowiła rodzaj dobrowolnego ubezpieczenia, a zatem w tym przypadku wola stron jest decydująca dla określania jej zakresu, warunkując zasadność zgłoszonego żądania.

Należy także podkreślić, iż oprócz woli stron wyrażonej w umowie, treść umowy została ukształtowana we wzorcu umowy wynikającym z ogólnych warunków umowy podstawowej i jej dodatkowych wariantów, stworzonym przez pozwaną i przyjętym przez kontrahenta – ubezpieczonego. W tym zatem przypadku, stosownie do art. 384 § 1 kc ogólne warunki umów wiążą drugą stronę, jeżeli zostały jej doręczone przez zawarcie umowy. W tej sprawie strona powodowa nie kwestionowała ani mocy wiążącej wzorca umowy ani jego treści. W świetle powołanych powyżej ogólnych warunków ubezpieczenia, jedynie trwały uszczerbek na zdrowiu stanowiący następstwo nieszczęśliwego wypadku stanowi podstawę do przyznania świadczenia z łączącej strony umowy ubezpieczenia. Tym samym zawarta między stronami umowa nie przewidywała zwrotu poniesionych kosztów leczenia, rehabilitacji. W niniejszej sprawie ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z Kartą apteczną uprawniały jedynie powoda, w przypadku pobytu w szpitalu, do posługiwania się kartą apteczną i uzyskanie prawa do odbioru w aptece produktów o wartości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu pobytu w szpitalu, która w tym przypadku wynosiła 200 złotych. Karta apteczna służy jedynie do bezgotówkowego odbioru produktów w tym aptekach, które akceptują karty apteczne w ramach realizacji świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia. Nie uprawnia zaś powoda do dodatkowych świadczeń z tytułu zwrotu poniesionych kosztów związanych z leczeniem, zakupem sprzętu medycznego czy kosztów poniesionej rehabilitacji. Na gruncie ustalonego stanu faktycznego, Sąd ustalił, iż powód w całości wykorzystał świadczenie wynikające z otrzymanej od (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W. karty aptecznej i wyczerpał sumę ubezpieczenia jaka mu przysługiwała z tego tytułu. Nie ulega zatem wątpliwości, iż roszczenie powoda o zasądzenie kwoty 1.613,81 zł, z tytułu zwrotu dodatkowych kosztów leczenia, nie objętych umową zawartą w ramach grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P PLUS, nie znajduje uzasadnienia i skutkuje oddaleniem powództwa w tym zakresie, co znalazło swój wyraz w punkcie 2 orzeczenia.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. rozliczając je stosunkowo. Na samym wstępie wskazać należy, iż jak powszechnie przyjmuje się w doktrynie i orzecznictwie, powód cofający pozew, poza przypadkiem, gdy następuje to na skutek spełnienia przez pozwanego świadczenia w toku procesu, jest traktowany jako strona przegrywająca. W przedmiotowej sprawie powód cofnął powództwo w zakresie kwoty 2.028,00 zł co nie było związane z faktem, iż pozwana zapłaciła niniejszą kwotę w toku procesu, tym samym powód jest traktowany jako strona przegrywająca proces w zakresie kwoty 2.028,00 zł.

Powód łącznie w toku postępowania dochodził kwoty 4.148,81 zł, zasądzona na jego rzecz kwota 507,00 zł stanowi około 13% dochodzonego roszczenia. Powód przegrał zatem proces w 87%, pozwana z kolei przegrała proces w 13% i w takim też stosunku strony winny ponieść koszty postępowania. Koszty poniesione przez powoda to 127 zł tytułem opłaty od pozwu oraz 250 zł tytułem wynagrodzenia biegłego, zaś koszty pozwanego to 600 zł tytułem kosztów wynagrodzenia pełnomocnika (ustalone w oparciu o §6 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu z dnia 28.09.2002 roku (DZ. U. Nr 163, poz. 1349), kwota 17,00 zł tytułem opłaty skarbowej od udzielonego pełnomocnictwa oraz 250 zł tytułem wynagrodzenia biegłego. Zasądzona od powoda na rzecz pozwanej

tytułem kosztów kwota 705,28 zł uwzględnia procent w jakim powód wygrał sprawę, koszty poniesione w toku procesu przez obie strony i stanowi różnicę między kosztami należnymi, a poniesionymi.

Rozstrzygnięcie zawarte w punkcie 5 wyroku uzasadnia treść art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. W przedmiotowej sprawie na nieuiszczone koszty sądowe składały się wydatki związane z wynagrodzeniem biegłego sądowego w kwocie 477,02 zł i opłata sądowa od rozszerzonej części powództwa w kwocie 81 zł, poniesione tymczasowo przez Skarb Państwa. Dlatego też uwzględniając stosunek w jakim każda ze stron wygrała sprawę, Sąd obciążył powoda na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Widzewa w Łodzi kwotą 485,47 zł, zaś stronę pozwaną kwotą 72,55 zł, tytułem zwrotu nie uiszczonych kosztów sądowych.

Mając powyższe na uwadze Sąd orzekł jak w sentencji.