

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 lipca 2017 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XII Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSO Ewa Pijańska

Protokolant: p.o. stażysty Anita Grześkiewicz

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 12 lipca 2017 r. w Poznaniu

sprawy z powództwa **M. K.**

przeciwko (...) **S.A. z siedzibą w W.**

- o zapłatę

1. Zasądza od pozwanego na rzecz powoda odsetki ustawowe za opóźnienie od kwoty 250 000 zł od dnia 31 października 2016 roku do dnia 7 lutego 2017 roku.
2. Umarza postępowanie co do żądania głównego - kwoty 250 000 złotych.
3. W pozostałym zakresie powództwo oddala;
4. Zwraca powodowi kwotę 6 250 zł tytułem połowy opłaty od pozwu;
5. Poniesione przez strony koszty procesu wzajemnie znosi.

SSO Ewa Pijańska

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym w dniu 2 lutego 2017 r. M. K. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 250.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od tej kwoty od dnia 3 kwietnia 2014 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenie od pozwanego na jego rzecz zwrotu kosztów sądowych oraz zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, w tym pełnomocnictwa, wg norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w dniu 16 i 17 września 2013 r. przy współudziale brokera zawarł z pozwanym dwie umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków OPTIMA, potwierdzone polisami. Umowy zostały zawarte w związku z zawodowym uprawianiem sportu przez powoda. W dniu 7 lutego 2014 r. podczas treningu doszło do zdarzenia, na skutek którego powód doznał poważnego urazu kolana. Pozwany nie kwestionował swojej odpowiedzialności za ww. zdarzenie i w oparciu o umowy ubezpieczenia wypłacił powodowi świadczenia z tytułu: kosztów leczenia, kosztów zasiłku dziennego oraz zadośćuczynienia za uszczerbek na zdrowiu. Powód podjął leczenie operacyjne kolana oraz rehabilitację, jednak nie wrócił już do zawodowego uprawiania piłki nożnej. Umowy obejmowały ochroną ubezpieczeniową wypadek trwałej niezdolności do gry w piłkę nożną; w takiej sytuacji pozwany był zobowiązany do wypłaty powodowi kwot 200.000 zł oraz 50.000 zł z dwóch polis. Pozwany po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego wskazał, iż przedstawiona dokumentacja medyczna nie jest wystarczająca dla uznania, iż powód utracił zdolność do uprawiania piłki nożnej. Ostatecznie w lipcu 2015 r. lekarze orzecznicy pozwanego potwierdzili stan niestabilności kolana oraz niemożność wyczynowego uprawiania piłki nożnej; pozwany jednakże w dalszym ciągu odmawiał wypłaty świadczenia wskazując na braki w dokumentacji.

Zarządzeniem z dnia 9 lutego 2017 roku pozew został zwrócony na podstawie art. 130 (2) § 1 k.p.c. z uwagi na nieopłacenie pozwu wniesionego przez zawodowego pełnomocnika.

Pełnomocnik powoda otrzymał odpis zarządzenia w dniu 14 lutego 2017 roku.

W dniu 21 lutego 2017 roku pełnomocnik opłacił pozew, a w dniu 9 marca 2017 roku wydano zarządzenie o wyznaczeniu rozprawy i doręczeniu odpisu pozwu pozwanemu.

Pismem z dnia 21 marca 2017 roku, złożonym po wysłaniu odpisu pozwu zakładowi ubezpieczeń powód cofnął pozew z dnia 2 lutego 2017 r. w części – tj. co do kwoty 250.000 zł wraz ze zrzeczeniem się roszczenia, podtrzymując jednocześnie pozew w zakresie roszczenia odsetkowego, precyzując że domaga się odsetek ustawowych za opóźnienie liczonych od kwoty 250.000 zł od dnia 3 kwietnia 2014 r. do dnia 7 lutego 2017 r. W uzasadnieniu stanowiska powód wskazał, że ostatecznie pozwany przyjął swoją odpowiedzialność i w dniu 7 lutego 2017 r. dokonał wypłaty dochodzonej pozewem kwoty obejmującej należność główną, tj. 250.000 zł.

W odpowiedzi na pozew z dnia 29 marca 2017 r. pozwany (...) S.A. z siedzibą w W., wniósł m.in. o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu z uwzględnieniem kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych. W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew pozwany wskazał, że w dniu 6 lutego 2017 r. spełnił dochodzone przez powoda roszczenie główne w postaci obowiązku zapłaty w kwocie 250.200 zł. odnośnie zaś roszczenia odsetkowego pozwany wskazał, że nie pozostawał w opóźnieniu w zapłacie od dnia 3 kwietnia 2014 r. W tym dniu doszło do zgłoszenia szkody drogą telefoniczną, a wskazane skutki urazu dotyczyły konieczności zakupu leków, środków opatrunkowych i pomocniczych oraz leczenia szpitalnego, w tamtym okresie powód zaś nie wskazywał, aby skutkiem urazu była trwała niezdolność do gry w piłkę nożną. Pozwany na zgłaszane wówczas roszczenia, w oparciu o przedstawioną przez powoda dokumentację medyczną, na bieżąco dokonywał na jego rzecz stosownych wypłat. Dopiero w dniu 14 maja 2015 r. broker powoda w korespondencji mailowej zasygnalizował, że stan powoda może być trwały i skutkować niemożnością gry w piłkę nożną w przyszłości. Roszczenie powoda o zapłatę z tytułu trwałej niezdolności do gry w piłkę nożną zostało ostatecznie pozwanemu przedstawione w dniu 8 lipca 2015 r., jednakże dopiero w reklamacji z dnia 30 września 2016 r. powód przedstawił pełną dokumentację medyczną, pozwalającą uznać powyższe roszczenie za uzasadnione.

Na rozprawie w dniu 7 czerwca 2017 r. powód ograniczył żądanie odsetkowe w ten sposób, że ostatecznie domagał się zasądzenia odsetek od dnia 7 sierpnia 2015 roku do dnia zapłaty – tj. do dnia 6 lutego 2017 r. Na tej samej rozprawie pozwany podniósł, iż ewentualne odsetki należałyby się od dnia 1 października 2016 r., co ma związek z reklamacją z września 2016 r.

W toku procesu strony podtrzymały swoje stanowiska w sprawie.

Sąd ustalił co następuje.

W dniu 16 i 17 września 2013 roku powód zawarł z pozwanym dwie umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków OPTIMA, potwierdzone wystawionymi polisami o numerach: (...). Zawarcie umów było związane z tym, że powód zawodowo grał w piłkę nożną. W chwili zawierania umów był zawodnikiem klubu piłkarskiego (...). (niesporne)

Przedmiotem ubezpieczenia były: następstwa nieszczęśliwych wypadków, polegające na funkcjonalnym uszkodzeniu ciała, następstwa stanów chorobowych, dotyczące aparatu ruchu i następstwa pozostałych stanów chorobowych, powodujące co najmniej 3 – miesięczną niezdolność do uprawiania sportu. Nadto ochrona ubezpieczeniowa została rozszerzona do ryzyka trwałej niezdolności do wyczynowego uprawiania piłki nożnej. W tym ostatnim przypadku suma ubezpieczenia wynosiła 250 000 zł z obu polis (niesporne, polisa k.13-15, wniosek k.16-17)

Zgodnie z § 12 o.w.u. ubezpieczyciel zobowiązany był spełnić świadczenie z umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okazało

się niemożliwe, świadczenie winno być spełnione w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

W dniu 7 lutego 2014 r. podczas treningu doszło do zderzenia powoda z bramkarzem, w wyniku czego powód doznał poważnego urazu kolana. Powód zgłosił pozwanemu szkodę, domagając się wypłaty świadczeń z uwagi na koszty związane zakupem leków, środków opatrunkowych i pomocniczych oraz leczenia szpitalnego. Pozwany prowadził postępowanie likwidacyjne i sukcesywnie – w miarę zgłaszanych roszczeń dokonywał wypłat na rzecz pozwanego z tytułu ponoszonych kosztów leczenia i z tytułu uszczerbku na zdrowiu. (niesporne, akta szkodowe)

W dniu 8 lipca 2015 roku powód zwrócił się do pozwanego z roszczeniem o zapłatę świadczenia z tytułu trwałej niezdolności do gry w piłkę nożną. Ubezpieczyciel zwrócił się do powoda o nadesłanie pełnej dokumentacji lekarskiej, a następnie skierował powoda na komisję lekarską. (akta szkodowe)

W dniu 23 lipca 2015 roku opinie o stanie zdrowia powoda wydał lekarz P. S., który po badaniu stwierdził, że powód do dnia badania nie może zawodowo grać w piłkę nożną, przy czym trudno ocenić czy jest to niemożność dożywotnia. Lekarz stwierdził, że wskazana jest opinia lekarza prowadzącego i operującego kolano. (opinia lekarska k. 108)

Następnie w dniu 6 sierpnia 2017 roku konsultant medyczny lekarz P. P. zaopiniował, że na podstawie dostępnych dokumentów nie może jednoznacznie stwierdzić pełnej i trwałej niezdolności do uprawiania sportu. Stwierdził, że staw kolanowy po leczeniu wykazuje wg badania pełny zakres ruchu i poprawną stabilność, ale z drugiej strony dokonano na nim wielokrotnej interwencji operacyjnej i maksymalne obciążenia mogą powodować niewydolność czynnościową. W konkluzji lekarz stwierdził, że niezdolność do uprawiania piłki nożnej jest obiektywnie niesprawdzalna w przypadku poszkodowanego. (opinia datowana błędnie na 7.05.2014 r. – w aktach szkodowych i na k. 115)

Powoda skierowano na dalsze badania. W dniu 2 września 2015 roku powoda zbadał lekarz ortopeda K. J.. Następnie wykonano badanie obrazowe.

W dniu 8 września 2015 roku opinię o stanie zdrowia powoda wydał lekarz chirurg – ortopeda M. S., na podstawie badania ortopedycznego powoda i na podstawie wykonanego badania obrazowego. Lekarz stwierdził uszczerbek na zdrowiu, a dalej zaopiniował na podstawie analizy dokumentacji i badania klinicznego, iż oba kolana są w badaniu ortopedycznym porównywalne, a więc nie można stwierdzić, aby obecny uraz całkowicie i trwale wyłączał poszkodowanego z gry w piłkę nożną. (opinia z dnia 8.09.2015 r. – w aktach szkodowych)

Ubezpieczyciel ponownie zasięgnął opinii lekarza P. P., który w dniu 10 września 2015 roku podtrzymał poprzednią opinię.

Po uzyskaniu tych opinii ubezpieczyciel wezwał powoda do uzupełnienia dokumentacji medycznej m.in. o zaświadczenie lekarza prowadzącego. Powód nie odpowiedział. (niesporne)

Reklamacją z dnia 23 września 2016 r., doręczoną pozwanemu w dniu 30 września 2016 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty świadczeń z tytułu całkowitej niezdolności do gry w piłkę nożną, na podstawie ww. polis. Do reklamacji powód dołączył zaświadczenie lekarza prowadzącego - specjalisty z zakresu (...), leczącego powoda w ramach kliniki (...) sp. z o.o., stwierdzające, że M. K. jest pacjentem tutejszego szpitala od wielu lat, z powodu następstw uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego lewego stanu kolanowego. Był wielokrotnie operowany - w roku 2014 dwukrotnie w związku z urazem doznany 7 lutego 2014 roku. Dalej wskazano, że pacjent chodzi sprawnie, ale skarży się na objawy niestabilności stawu. Klinicznie stwierdzono cechy niewydolności więzadła krzyżowego przedniego z dodatnim testem L. i szufladowym ale be ewidentnego zerwania przeszczepu w obrazie MR. W opinii lekarza obecna niestabilność stawu, choć umiarkowana, pozwalająca na normalne funkcjonowanie w życiu codziennym zdecydowanie nie pozwala na zawodową grę w piłkę nożną. Pacjent pozostaje pod regularną kontrolą ambulatoryjną szpitala. Do zaświadczenia dołączono zapis z wizyty lekarskiej u tego lekarza w dniu 27 kwietnia 2015 roku, gdzie w zaleceniach lekarz K. K. stwierdził, że ze względu na obecne objawy niezdolny do zawodowego uprawiania gry w piłkę nożną. (zaświadczenie k.11, reklamacja z załącznikami – akta szkodowe k.87) Następnie do

akt szkodowych złożono zapis konsultacji lekarskiej z dnia 21 września 2016 roku – lekarz ortopeda A. P. z kliniki (...) stwierdził: stan po leczeniu operacyjnym – rewizyjna rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego. Nawrotowa niestabilność przednia stawu kolanowego lewego – niewydolność przeszczepu więzadła krzyżowego przedniego. W zaleceniach lekarz stwierdził, że obecny stan zdrowia jest przeciwskazaniem do czynnego uprawiania piłki nożnej na poziomie profesjonalnym.

W dniu 28 października 2016 roku pozwany w odpowiedzi na reklamację powoda poinformował, że musi podjąć dodatkowe czynności wyjaśniające i nie jest w stanie odpowiedzieć na reklamację w trzydziestodniowym terminie.

W dniu 6 lutego 2017 roku pozwany wydał decyzję o przyznaniu świadczeń z ww. polis w wysokości 200 500 zł i 49 700 zł. W dniu 7 lutego 2017 roku sumy te wpłynęły na konto pełnomocnika powoda.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wszystkich zgromadzonych w sprawie dowodów, w postaci załączonych przez strony dokumentów, w szczególności akt szkodowych załączonych do odpowiedzi na pozew oraz zeznań powoda. Nie było spornym, że opinie lekarskie P. P. zawierają błędną datę, a faktycznie zostały sporządzone w wysłane mailem w sierpniu 2015 roku, po zgłoszeniu przez powoda szkody z tytułu całkowitej niezdolności do gry w piłkę nożną.

Żadna ze stron nie kwestionowała prawdziwości dokumentów, ani wiarygodności zeznań powoda.

Sąd zważył, co następuje:

Powód dochodził od pozwanego roszczeń z umów ubezpieczenia, na podstawie art. 822 § 1 k.p.c. W ocenie Sądu po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego, na skutek zgłoszenia dokonanego w lipcu 2015 roku nie zachodziły przesłanki do wypłaty świadczenia, a pozwany wyczerpał możliwości wyjaśnienia sprawy, tj. jednoznacznego stwierdzenia (czego wymagała umowa), że powód w sposób trwały jest niezdolny do gry w piłkę nożną. W tej sytuacji słusznie pozwany zażądał dalszych informacji o stanie zdrowia powoda, pochodzących od lekarza prowadzącego. Powód przez dłuższy czas nie odpowiedział na to zobowiązanie.

Natomiast w dniu 30 września 2016 roku do pozwanego wpłynęła reklamacja powoda, z załączoną dodatkową dokumentacją medyczną.

Zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o rzeczniku finansowym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1348 ze zm.) odpowiedzi na reklamację pozwany powinien udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni.

Nie ulega wątpliwości Sądu i ostatecznie pozwany nie kwestionował, że w niniejszej sprawie nie zaszły żadne przeszkody do uwzględnienia reklamacji powoda we wskazanym wyżej terminie. Do reklamacji została dołączona brakująca dokumentacja medyczna, na podstawie której pozwany podjął decyzję o wypłacie świadczeń z tytułu trwałej niezdolności do gry w piłkę nożną. W szczególności dołączone zostało zaświadczenie lekarza prowadzącego powoda z kliniki (...), w której powód był dwukrotnie operowany, w związku z doznanym urazem.

Powód nie wykazał natomiast, by wcześniej złożył pozwanemu zaświadczenie lekarza prowadzącego w tej sprawie. Wobec wątpliwości wyrażanych przez lekarzy orzeczników co do trwałości następstw urazu, pozwany słusznie domagał się opinii lekarza prowadzącego, która wcześniej nie została załączona.

Dlatego Sąd uznał, że pozwany powinien spełnić świadczenia do 31 października 2017 roku i zasądził odsetki ustawowe od należności głównej od dnia 1 października 2016 roku do dnia zapłaty, tj. 7 lutego 2017 roku – na podstawie art. 481 § 1 k.c.

Powód skutecznie wycofał pozew co do kwoty 250.000 zł, zatem odnośnie tego żądania postępowanie należało umorzyć, na podstawie art. 355§ 1 w zw. z art. 203 § 1 k.p.c.

W pozostałym zakresie powództwo należało oddalić, o czym Sąd orzekł w punkcie 3 wyroku.

Rozstrzygając o kosztach procesu Sąd miał na względzie co następuje.

Zgodnie z art. 3 k.p.c. strony i uczestnicy postępowania obowiązani są dokonywać czynności procesowych m.in. zgodnie z dobrymi obyczajami.

Powód wnosił o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego kwoty 250.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczony od tej kwoty od dnia 3 kwietnia 2014 r.

Pozwany spełnił świadczenie główne w dniu 7 lutego 2017 roku (na konto pełnomocnika), zatem po wniesieniu pozwu, poprzedzonym wezwaniem do zapłaty, ale przed nadaniem sprawie biegu. Jak już wskazano wyżej zarządzeniem z dnia 9 lutego 2017 roku pozew został zwrócony na podstawie art. 130 (2) § 1 k.p.c. z uwagi na nieopłacenie pozwu wniesionego przez zawodowego pełnomocnika. Pełnomocnik otrzymał odpis zarządzenia w dniu 14 lutego 2017 roku. Opłatę od należności głównej, co do której wiedział, że została już uregulowana pełnomocnik wniósł w dniu 21 lutego 2017 roku. Zatem w sytuacji kiedy spór dotyczył już jedynie odsetek (ostatecznie za okres od 7 sierpnia 2015 roku do 7 lutego 2017 roku) powód doprowadził do niepotrzebnego nadania sprawie dalszego biegu.

Dopiero pismem z dnia 21 marca 2017 roku pełnomocnik powoda wycofał pozew co do należności głównej, co nastąpiło już po wysłaniu odpisu pozwu pozwanemu, która to okoliczność uniemożliwiła zwrot całej opłaty od pozwu. Zgodnie bowiem z art. 79 ust. 1 pkt 1b ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd z urzędu zwraca stronie całą opłatę sądową od pisma cofniętego, jeżeli cofnięcie miało miejsce przed wysłaniem odpisu pisma drugiej stronie. W niniejszej sprawie jednakże z uwagi na wysłanie odpisu pozwu pozwanemu przed cofnięciem roszczenia nie mogło dojść do zwrotu całej uiszczonej przez powoda opłaty. Zgodnie jednak z art. 79 ust. 1 pkt 3a Sąd z urzędu zwraca stronie połowę uiszczonej opłaty od pisma cofniętego przed rozpoczęciem posiedzenia, na które sprawa została skierowana. Powód wycofał pozew przed pierwszą rozprawą, uiszczył opłatę od pozwu w kwocie 12.500 zł, a tym samym Sąd zwrócił powodowi połowę tej opłaty, tj. kwotę 6.250 zł.

W tej sytuacji Sąd wzajemnie zniósł poniesione przez strony koszty procesu. Z jednej strony bowiem powód wygrał sprawę niemal w całości, z drugiej jednak strony powód mógł łatwo zapobiec konieczności uiszczenia opłaty od pozwu i zawisłości sporu co do należności głównej. Ostatecznie bowiem spór między stronami dotyczył jedynie odsetek.

W tych okolicznościach Sąd uznał, że koszty procesu należy wzajemnie znieść na podstawie art. 100 k.p.c.

SSO Ewa Pijańska