

## UZASADNIENIE

Powód K. Z. w dniu 4 lipca 2011 r. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od strony pozwanej (...) Zakładu (...) na (...) S.A. Oddział w D. kwoty 8.000 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 9 lutego 2010 r. do dnia zapłaty, jak również o nadanie wyrokowi rygoru natychmiastowej wykonalności, zwolnienie powoda od kosztów procesu oraz o obciążenie strony pozwanej kosztami procesu według norm przypisanych.

Uzasadniając swoje roszczenia wskazał, iż od sierpnia 2005 r. leczy się z powodu nowotworu prostaty z przerzutami do kości. W związku z prowadzonym leczeniem w dniu 12 lutego 2008 r. udał się do Centrum Onkologii w G.. Na dworcu PKP we W. na peronie IV w trakcie oczekiwania na pociąg do G. około godziny 22.00 został popchnięty plecakiem i zaczepiając nogą o przeszkodę, upadł na lewą stronę tułowia, uderzając przy tym lewą ręką i głową o podłoże. Wskutek tego powód odczuwał ból kantu dłoni, ostry ból przegubu dłoni, doznał złamania dwupoziomowego kości łokciowej przedramienia powodującego ból kości i mięśni przyłokciowych oraz rozbitcia łokcia i nadwyrężenia stawu barkowego. Uderzając czubkiem głowy o podłoże powód doznał urazu zewnętrznego głowy (krwiak nadtwardówkowy) i stracił przytomność. Obrażenia te wskazują jednoznacznie na przebieg wypadku z przyczyny zewnętrznej – popchnięcie i upadek na peronie. Powód zgłosił szkodę stronie pozwanej odpowiedzialnej z tytułu udzielonej mu ochrony ubezpieczeniowej. Strona pozwana odmówiła powodowi wypłaty odszkodowania, ponieważ uznano, że przyczyną wypadku była choroba nowotworowa, a więc przyczyna wewnętrzna, a nie przyczyna zewnętrzna – popchnięcie i upadek. Powód podniósł, że stanowisko strony pozwanej oparto na błędnej informacji Pogotowia (...) we W., w której napisano, że wysiadając z pociągu powód zasłabł, wpadł w dół, uderzył głową o tory i stracił przytomność, a powtarzające się omdlenia wynikają z choroby nowotworowej, co jest nieprawdą, ponieważ nie wsiadał do żadnego pociągu, więc nie mógł z niego wysiadać, nie wpadł w żaden dół, jak również nie uderzył głową o tory, na peronie bowiem nie ma torów oraz nie zasłabł i nigdy nie miał omdleń.

W odpowiedzi na pozew (...) Zakład (...) na (...) S.A. Oddział we W. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. Motywując swoje stanowisko w sprawie, pełnomocnik strony pozwanej przyznał, że powód był ubezpieczony w ramach umowy kontynuowanego grupowego ubezpieczenia pracowniczego na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia ustalono za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu kwotę w wysokości 86 zł. Jednak urazy, jakich powód doznał w wyniku zaistniałego wypadku, powstały bez jakiegokolwiek przyczyny zewnętrznej, w związku z tym ubezpieczenie ich nie obejmuje. Zgodnie bowiem z ogólnymi warunkami ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu, natomiast choroby oraz stany chorobowe, nawet takie, które występują nagle, nie stanowią nieszczęśliwych wypadków. Omdlenie, którego doznał powód, nie mieści się w kategoriach nieszczęśliwego wypadku, gdyż ze względu na chorobę nowotworową, był on po zastosowaniu leków przeciwbólowych, w tym leków narkotycznych, a te powodują samoistne omdlenia. Zgodnie z opinią Zespołu (...) stwierdzono, że do zasłabnięcia powoda doszło w przebiegu stanu chorobowego i jego leczenia. Stan chorobowy, który ujawnił się u powoda w dniu 12 lutego 2008 r. nie był więc spowodowany jakąkolwiek przyczyną zewnętrzną, a zatem to zdarzenie nie wyczerpuje znamion nieszczęśliwego wypadku, wobec czego strona pozwana nie ponosi odpowiedzialności za to zdarzenie.

Pełnomocnik strony pozwanej podniósł również zarzut przedawnienia roszczeń powoda, zgodnie bowiem z przepisami art. 819 Kodeksu cywilnego roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem trzech lat. Stąd też w niniejszej sprawie roszczenie uległo przedawnieniu w dniu 13 lutego 2011 r., ponieważ zdarzenie miało miejsce w dniu 12 lutego 2008 r., natomiast pozew został złożony w dniu 4 lipca 2011 r.

**Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

Przed wypadkiem z dnia 12 lutego 2008 r. powód leczył się z powodu choroby nowotworowej. W związku z prowadzonym leczeniem w dniu 12 lutego 2008 r. wieczorem, powód udał się autobusem (...) z D. do W., aby następnie stamtąd pojechać pociągiem do G., ponieważ nazajutrz rano miał umówioną wizytę w Centrum Onkologii w G.. Do W. przyjechał około godz. 20.20. Na dworcu PKP we W. udał się na peron IV i tam oczekiwał na pociąg do G., który miał planowany odjazd o godz. 1.28. Około godziny 22.00 jeden z pociągów wjechał na niewłaściwy tor, a pasażerowie oczekujący na ten pociąg biegiem rzucili się w kierunku toru, na który nadjechał ten pociąg. Wskutek tego powód został popchnięty olbrzymim plecakiem i upadł najpierw na rękę, a później na plecy. Uderzył głową o podłoże i stracił przytomność.

Dowód:

- przesłuchanie powoda k. 226-226v.

Bezpośrednio po zdarzeniu powód został zaopatrzony przez Pogotowie (...) we W. i był leczony szpitalnie do dnia 25 lutego 2008 r. W rozpoznaniu opisowym stwierdzono u niego krwiak śródmózgowy, złamanie lewej kości łokciowej oraz uraz głowy. W rozpoznaniu (...) stwierdzono natomiast krwotok nadtwardówkowy, złamanie przedramienia oraz powierzchowny uraz powłok głowy. Przeprowadzone badanie TK głowy wykazało ognisko hiperdensyjne w warstwach nadkomorowych w okolicy ciemieniowej prawej mogące odpowiadać krwawieniu (krwiakowi śródmózgowemu). W kolejnym badaniu TK głowy ujawniono, że krwiak śródmózgowy uległ resorbcji. W związku ze złamaniem dwupoziomowym wieloodłamowym kości łokciowej lewej założono powodowi opatrunek gipsowy. W dniu 25 lutego 2008 r. powoda wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami wykonania zdjęć kontrolnych po 7 i 14 dniu po założeniu opatrunku gipsowego oraz kontroli w poradni ortopedycznej. Powód nosił ortezę utrzymującą lewą rękę w bezruchu.

Dowód:

- kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego z dnia 25 lutego 2008 r. k. 8,

- kserokopia karty zlecenia wyjazdu Pogotowia (...) we W. k. 10,

- kserokopie zdjęć RTG k. 11-12,

- przesłuchanie powoda k. 226-226v.

Powód w dalszym ciągu kontynuował leczenie lewej ręki, doszło bowiem do powstania stawu rzekomego kości łokciowej lewej. Ze względu na chorobę nowotworową i obawę o przerzuty podjęto leczenie operacyjne po stwierdzeniu, że nie ma przerzutów do lewego ramienia. W czerwcu 2009 r. w (...) Centrum Medycznym w P. na Oddziale (...) Urazowo-Ortopedycznej wykonano powodowi zabieg operacyjny polegający na odświeżeniu stawu rzekomego i zespoleniu płytką kompresyjną. Zabieg ten przebiegł bez powikłań. Następnie operowaną kończynę unieruchomiono w longecie gipsowej dłoniowo-ramiennej i wypisano powoda w stanie ogólnym i miejscowym dobrym. Zalecono noszenie longety gipsowej przez okres 6 tygodni, usunięcie szwów oraz kontrolę w poradni ortopedycznej za 6 tygodni.

Dowód:

- karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 5 czerwca 2009 r. k. 9,

- przesłuchanie powoda k. 226-226v.

W okresie przedmiotowego zdarzenia powód nie był poddany leczeniu onkologicznemu. Z powodu dolegliwości bólowych będących następstwem radioterapii zastosowano wobec niego leczenie przeciwbólowe. Przyjmowanie leków przeciwbólowych pochodzenia opiatowego może w sporadycznych przypadkach i przy bardzo wysokich dawkach niezgodnych z zaleceniami lekarskimi powodować stany utraty przytomności lub omdlenia. Jednak przepisane

powodowi dawki leków przeciwbólowych były bardzo niskie. Nie ma więc podstaw do przyjęcia, że w dniu 12 lutego 2008 r. doszło u powoda do nagłej, krótkotrwałej utraty i zaburzeń świadomości, która spowodowałaby z tego powodu jego upadek oraz doznanie urazu czaszkowego. Utrata przytomności, która nastąpiła, była wynikiem urazu mózgu spowodowanego wypadkiem.

Dowód:

- opinia biegłej z zakresu onkologii M. O. z dnia 28 października 2011 r. k. 60-63,
- opinia biegłego z zakresu psychiatrii R. S. z dnia 27 grudnia 2011 r. k. 83-88.

Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda w związku z wypadkiem z dnia 12 lutego 2008 r. wynosi łącznie 18%. Powód bowiem wskutek tego zdarzenia odniósł obrażenia kończyny górnej lewej polegające na dwumiejscowym złamaniu lewej kości łokciowej, w wyniku czego powstał staw rzekomy wymagający leczenia operacyjnego. Leczenie to polegało na odświeżeniu stawu rzekomego i zespoleniu płytką kompresyjną. W lewym stawie łokciowym pozostał deficyt wyprostów wielkości 15-20\*. Obrażenia te spowodowały trwały uszczerbek na zdrowiu powoda w wysokości 15%. W związku z wypadkiem z dnia 12 lutego 2008 r. u powoda występuje ponadto stan po urazie głowy z krwiakiem śródmózgowym, pourazowe bóle głowy i zawroty głowy oraz zaburzenia czynnościowe pourazowe. Po urazie wystąpiły u niego bóle i zawroty głowy, zaburzenia koncentracji, pamięci i uwagi. U powoda w wyniku urazu głowy doszło do powstania krwiaka śródmózgowego, co niewątpliwie było źródłem dolegliwości i pogorszenia samopoczucia. Chociaż zejście zmian śródczaszkowych jest korzystne, to nie ma przyczyn, dla których nie należałoby uznawać istnienia, przynajmniej częściowego, związku zgłaszanych dolegliwości z przebyłym urazem. Ubytki neurologiczne dotyczące skutków urazów kostnych i stawowych są niewielkie, z całą pewnością nie dominujące, i zostały już uwzględnione przez biegłego właściwej specjalności. W związku z tym, z tytułu następstw urazu głowy, ustalono, że powód doznał uszczerbku na zdrowiu w wysokości 3% zgodnie z tabelą uszczerbkową strony pozwanej (pkt 10a). Oceniając wysokość uszczerbku lekarz neurolog pod uwagę stany chorobowe i ich skutki istniejące przed wypadkiem oraz ich wpływ na samopoczucie powoda.

Dowód:

- opinia biegłego zakresu chirurgii ogólnej T. Z. z dnia 21 kwietnia 2012 r. k. 112,
- opinia uzupełniająca biegłego zakresu chirurgii ogólnej T. Z. z dnia 17 kwietnia 2013 r., k. 221,
- opinia biegłego z zakresu neurologii T. W. z dnia 24 lipca 2012 r. k. 128-129,
- opinia uzupełniająca biegłego z zakresu neurologii T. W. z dnia 3 listopada 2012 r. k. 162,
- opinia biegłego z zakresu (...) z dnia 24 października 2013 r. k. 251-252.

Strona pozwana (...) Zakład (...) na (...) S.A. zawarła z powodem umowę kontynuowanego grupowego ubezpieczenia pracowniczego na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia trwałym uszczerbkiem na zdrowiu objętym ubezpieczeniem było trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Zakres ubezpieczenia obejmował wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności strony pozwanej. Początek kontynuacji został oznaczony na dzień 1 lipca 1999 r. Suma ubezpieczenia wynosiła wówczas 4.000 zł, a następnie podwyższono ją do kwoty 4.300 zł. Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiła załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia. Za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu świadczenie wynosiło 2% sumy ubezpieczenia (4.300 zł), to jest 86 zł.

Dowód:

- ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem i kserokopia załącznika k. 34-48,
- pismo strony pozwanej z dnia 27 grudnia 2012 r. wraz z kserokopią korespondencji mailowej z dnia 2 września 2011 r. k. 183-184,
- kserokopia polisy nr (...) k. 203-204,
- kserokopia pisma (...) na (...) SA z dnia 24 września 2002 r. k. 204.

Powód w dniu 9 lutego 2010 r. zgłosił szkodę stronie pozwanej odpowiedzialnej z tytułu udzielonej mu ochrony ubezpieczeniowej. Strona pozwana uznała, iż nie ponosi odpowiedzialności w związku ze zdarzeniem z dnia 12 lutego 2008 r., z uwagi na fakt, iż nie wyczerpuje ono znamion nieszczęśliwego wypadku, ponieważ nie było ono spowodowane jakkolwiek przyczyną zewnętrzną. Do zdarzenia tego doszło w wyniku omdlenia powoda, który ze względu na chorobę nowotworową był po zastosowaniu leków przeciwbólowych, w tym leków narkotycznych, a te powodują samoistne omdlenia. Choroby oraz stany chorobowe, nawet takie, które występują nagle, nie stanowią natomiast nieszczęśliwych wypadków. Zgodnie bowiem z ogólnymi warunkami ubezpieczenia ubezpieczeniem objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu, a za takie omdlenia uznać nie można. Wobec powyższego strona pozwana uznała, iż nie ponosi odpowiedzialności w związku ze zdarzeniem z dnia 12 lutego 2008 r. i odmówiła wypłaty świadczenia. Pouczono powoda o możliwości wytoczenia powództwa o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia.

Dowód:

- kserokopia pisma strony pozwanej do powoda z dnia 6 kwietnia 2010 r. k. 7.

Powód nie zgadzając się ze stanowiskiem strony pozwanej wniósł o ponowne zbadanie sprawy wskazując, iż nie wysiadał z żadnego pociągu, bo dopiero zamierzał jechać pociągiem do G.. Został niechcący popchnięty plecakiem, zahaczył nogą o nogę ławki i upadł. Ponadto, wbrew stanowisku strony pozwanej, nie miewa omdleń. Dodał również, że w dalszym ciągu odczuwa dolegliwości związane z bólem połamanej ręki i bólem blizny na głowie. Nie może całkowicie wyprostować lewej ręki, ponieważ odczuwa ból łokcia i ból lewego barku, co czyni tą rękę niesprawną. Istniały obawy co do operowania stawu rzekomego łokcia, wykonano więc zespolenie w miejscu, gdzie utworzył się staw rzekomy, drugie złamanie pozostawiono do biologicznego zrostu. Ponadto z powodu choroby nowotworowej gojenie jest wolniejsze. Ponownie analizując sprawę strona pozwana odmówiła wypłaty świadczenia podtrzymując dotychczasową argumentację, tj. wypadek z dnia 12 lutego 2008 r. nastąpił z przyczyny wewnętrznej, jaką jest zasłabnięcie wynikające z choroby nowotworowej i zażywanych leków.

Dowód:

- kserokopia pisma powoda z dnia 25 maja 2010 r. k. 49,
- kserokopia pisma strony pozwanej z dnia 16 grudnia 2010 r. k. 51-52,
- kserokopia pisma strony pozwanej z dnia 30 grudnia 2010 r. k. 53.

### **Sąd zwążył, co następuje:**

Powództwo podlega uwzględnieniu, jednakże nie w takim zakresie, w jakim zostało zgłoszone.

Sąd jednak w pierwszej kolejności nie uwzględnił zarzutu strony pozwanej przedawnienia roszczenia. Stosownie do przepisu art. 819 § 1 k.c. roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech. Przerwanie biegu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia następuje nie tylko na skutek czynności dokonanej przed sądem lub innym organem powołanym do rozpoznania spraw lub egzekwowania roszczeń danego rodzaju albo przed sądem

polubownym, przedsięwziętej bezpośrednio w celu dochodzenia lub ustalenia albo zaspokojenia lub zabezpieczenia roszczenia lub też na skutek uznania roszczenia przez podmiot, przeciwko któremu ono przysługuje, czy też przez wszczęcie mediacji. Z przepisu art. 819 § 4 k.c. wynika bowiem, że bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

Mając powyższe na uwadze należało uznać, że w dniu 9 lutego 2010 r. przerwany został trzyletni bieg terminu przedawnienia, bowiem w tym dniu powód zgłosił ubezpieczycielowi zdarzenie z dnia 12 lutego 2008 r. Z kolei zawiadomienie o odmowie świadczenia strona pozwana skierowała do powoda w dniu 6 kwietnia 2010 r., a zatem pozew wniesiony przez powoda w dniu 4 lipca 2011 r., należy uznać za złożony przed upływem terminu przedawnienia.

Odnosząc się do kwestii zasądzenia świadczenia na rzecz powoda z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia podkreślić należy, iż zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Żądanie zasądzenia świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem opiera się na przepisie art. 829 § 1 k.c. stanowiącym, iż ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć: przy ubezpieczeniu na życie – śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku, natomiast przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków – uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku. Przedmiotem ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków jest sam nieszczęśliwy wypadek, który powoduje skutki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia, a do których może należeć śmierć albo uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego. Kodeks cywilny nie definiuje przy tym pojęcia nieszczęśliwego wypadku czy też wypadku ubezpieczeniowego, precyzują go ogólne warunki ubezpieczenia czy też umowa ubezpieczenia. Sposób ich zdefiniowania rozstrzyga o zaistnieniu lub nie odpowiedzialności ubezpieczyciela. W praktyce ubezpieczeniowej jako nieszczęśliwy wypadek uznaje się najczęściej zdarzenie spełniające następujące warunki: wywołane zostało przez siły zewnętrzne, działa w sposób nagły, działa wbrew woli poszkodowanego, powoduje śmierć, rozstrój zdrowia lub uszkodzenie ciała poszkodowanego. Dopiero zdarzenie losowe, które spełnia łącznie powyższe warunki, może być uznane za wypadek ubezpieczeniowy (tak m.in. Z. Gawlik, Komentarz do art. 829 Kodeksu Cywilnego, Lex).

Dodać należy również, że w ubezpieczeniach osobowych świadczenie ubezpieczyciela polega nie na wypłacie odszkodowania, lecz na świadczeniu w wysokości określonej sumy ubezpieczenia. Zależy ona właściwie wyłącznie od woli stron. Suma ta stanowi podstawę do obliczenia składki ubezpieczeniowej. Dlatego ubezpieczający musi uwzględnić swoje możliwości finansowe przy ustalaniu wysokości sumy ubezpieczeniowej (patrz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 czerwca 2013 r. IV CSK 669/12, Lex nr 1383296).

W rozpatrywanej sprawie Sąd ustalił, że strony zawarły umowę kontynuowanego grupowego ubezpieczenia pracowniczego na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia trwałym uszczerbkiem na zdrowiu objętym ubezpieczeniem było trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Zakres ubezpieczenia obejmował wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności strony pozwanej. Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiła załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia. Nie budzi więc wątpliwości, że wysokość świadczenia powinna być ustalona w oparciu o tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu będącej załącznikiem do ogólnych warunków umowy oraz ustalenia dotyczące kwoty należnej za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu świadczenie wynosiło 2% sumy ubezpieczenia, czyli kwoty 4.300 zł, a więc stanowiło kwotę 86 zł. Okoliczności te nie były kwestionowane przez żadną ze stron, pomimo nieprzedstawienia oryginału polisy ubezpieczeniowej łączącej strony.

Wbrew stanowisku strony pozwanej w niniejszym postępowaniu Sąd uznał za udowodnione, iż do zdarzenia z dnia 12 lutego 2008 r. doszło wskutek nieszczęśliwego wypadku, który należy rozumieć jako nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu. Sąd nie znalazł podstaw do zdyskwalifikowania zeznań powoda, który twierdził, że w dniu 12 lutego 2008 r. wieczorem udał się autobusem (...) z D. do W., aby następnie stamtąd pojechać pociągiem do G., ponieważ nazajutrz rano miał umówioną wizytę w Centrum Onkologii w G.. Do W. przyjechał około godz. 20.20. Na dworcu PKP we W. udał się na peron IV i tam oczekiwał na pociąg do G., który miał planowany odjazd o godz. 1.28. Około godziny 22.00 powód został popchnięty olbrzymim plecakiem i upadł na najpierw na rękę, a później na plecy. Uderzył przy tym głową o podłoże i stracił przytomność. Niewątpliwie więc było to zdarzenie nagle i wywołane zostało przyczyną zewnętrzną – popchnięciem. Sąd uznał, że stan faktyczny przedstawiony przez powoda polega na prawdzie, jego zeznania w tym zakresie stanowią logiczną i spójną całość, a brak naocznych świadków tego zdarzenia nie może prowadzić do przeciwnych wniosków.

Do przedmiotowego zdarzenia – wbrew stanowisku strony pozwanej – nie doszło wskutek przyczyny wewnętrznej jaką było omdlenie spowodowane chorobą nowotworową i zażywaniem przez powoda leków. Za słusnością tego stanowiska przemawia również opinia biegłego z zakresu psychiatrii, w której stwierdzono, że nie ma podstaw do przyjęcia, iż w dniu 12 lutego 2008 r. doszło do nagłej, krótkotrwałej utraty i zaburzeń świadomości u powoda. Zdaniem biegłego utrata przytomności przez powoda była wynikiem urazu mózgu spowodowanego wypadkiem. Wprawdzie leki przeciwbólowe pochodzenia opiatowego mogą sporadycznie powodować stany utraty przytomności lub omdlenia, jeśli są zażywane w bardzo wysokich dawkach, niezgodnych z zaleceniami lekarskimi. W okresie poprzedzającym wypadek powód jednak zażywał niewielkie ilości leków przeciwbólowych, co wynikało z przedstawionej przez niego dokumentacji medycznej.

Zdaniem Sądu, brak jest więc podstaw do kwestionowania zasadności żądania powoda.

Fakt doznania przez powoda w wyniku istotnego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, który został określony łącznie na 18% uzasadnia wysokość zasądzonej kwoty. W ocenie Sądu wysokość uszczerbku na zdrowiu wskazana szczegółowo przez wszystkich biegłych powołanych w niniejszej sprawie, odpowiada rzeczywistości i brak jest jakichkolwiek podstaw do zdyskwalifikowania opinii w tym zakresie. Biegli w sposób rzetelny określili, iż wskazany przez nich procentowy uszczerbek na zdrowiu powoda spowodowany został w głównej mierze przez następstwa urazu lewej ręki – 15 %, jak również przez następstwa urazu głowy – 3 %. Ustalone przez biegłych wartości mieszczą się w zakresach zawartych tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiącej załącznik do ogólnych warunków umowy.

Rozważając wszystkie okoliczności sprawy Sąd zasądził od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 1.548 zł, uznając, iż powód doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu rzędu 18 % oraz przyjmując kwotę 86 zł za 1 % trwałego uszczerbku. Sąd oddalił powództwo w pozostałej części, nie znajdując podstaw do uwzględnienia żądania powoda ponad kwotę 1.548 zł. Argumenty powoda, iż powinien otrzymać kwotę prawie dwukrotnie przewyższającą sumę ubezpieczenia tj. 8 000 zł, ponieważ nie otrzymał świadczenia w terminie należy uznać za chybiony. To powód czekał prawie dwa lata ze zgłoszeniem wypadku, bowiem uczynił to dopiero w dniu 9 lutego 2010 r., podczas gdy zdarzenie miało miejsce w dniu 12 lutego 2008 r. Powództwo również wytoczył w dniu 4 lipca 2011 r., a więc pół roku od wydania ostatniej decyzji w jego sprawie przez stronę pozwaną. Oczywiście mógł mieć na to wpływ jego stan zdrowia, nie można jednak z tego powodu obciążać ubezpieczyciela wyższą kwotą świadczenia niż zakładano w umowie.

W pozwie powód wystąpił także z żądaniem zasądzenia na jego rzecz odsetek ustawowych liczonych od dochodzonej kwoty od dnia 9 lutego 2010 r., to jest od daty zgłoszenia zdarzenia stronie pozwanej.

Podstawę prawną do sformułowania takiego żądania stanowią przepisy art. 481 k.c. Z przepisu § 1 tegoż artykułu wynika, bowiem, iż jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Odsetki za opóźnienie należą się, przeto, zarówno bez względu na szkodę poniesioną przez wierzyciela, jak i zawinięcie okoliczności opóźnienia przez dłużnika (por. wyrok Sądu Najwyższego

z dnia 13 października 1994 r., I CRN 121/94, Lex nr 4118). Należy przy tym wskazać, iż w świetle przepisów ustawy dłużnik opóźnia się z wykonaniem zobowiązania, gdy nie spełnia świadczenia w terminie oznaczonym w sposób dostateczny lub wynikający z właściwości zobowiązania. Aby dokładnie wyjaśnić wskazaną kwestię konieczne jest odwołanie się do pojęcia wymagalności. Roszczenie o spełnienie świadczenia jest wymagalne wówczas, gdy wierzyciel jest uprawniony do żądania spełnienia świadczenia. Dopóki roszczenie jest niewymagalne, nie zachodzi także opóźnienie, gdyż dłużnik nie jest zobowiązany do świadczenia. O dacie wymagalności decyduje natomiast treść stosunku obligacyjnego łączącego strony. W przypadku zobowiązań terminowych, jeśli dłużnik nie realizuje w terminie swych obowiązków wynikających z treści zobowiązania, opóźnia się ze spełnieniem świadczenia. W takim przypadku data wymagalności roszczenia stanowi jednocześnie datę, od której dłużnik opóźnia się ze świadczeniem. Z mocy przepisu art. 481 k.c. uzasadnia to roszczenie o odsetki. W przypadku z kolei zobowiązań bezterminowych opóźnienie nastąpi dopiero w przypadku niedostosowania się do wezwania wierzyciela żądającego spełnienia świadczenia, chyba że obowiązek jego spełnienia wynika z właściwości zobowiązania (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 21 listopada 1995 r., I ACr 592/95, Lex nr 26480). Na koniec należy wskazać, iż na mocy przepisu art. 481 § 2 zd. 1 k.c. w sytuacji, gdy stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe.

Zgodnie z art. 817 § 1 i 2 k.c. ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela 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. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w § 1.

W świetle opisanych regulacji prawnych należało przyjąć, że świadczenie z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku z dnia 12 lutego 2008 r. jest świadczeniem terminowym. Sąd uznał, że w tym przypadku termin do zaspokojenia roszczeń powoda z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia upłynął w dniu 6 kwietnia 2010 r. Jak wynika z dokumentów dołączonych do niniejszej sprawy w tym dniu strona pozwana wydała pierwszą decyzję odmawiającą powodowi wypłaty świadczenia w związku z następstwami nieszczęśliwego wypadku z dnia 12 lutego 2008 r.

Z tych względów, na podstawie wskazanych przepisów, Sąd orzekł jak w punkcie I wyroku.

Odnośnie rozliczenia kosztów procesu poniesionych przez strony należy na wstępie wskazać, że zgodnie z przepisem art. 98 § 1 k.p.c., strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Wedle zaś przepisu art. 100 zd. 1 k.p.c., w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Taka też sytuacja zaistniała w niniejszej sprawie, gdyż powód wygrał sprawę w 19,35 %, natomiast strona pozwana w 80,65 %.

W rozpoznawanej sprawie powód postanowieniem Sądu z dnia 27 lipca 2011 r. został zwolniony od kosztów sądowych w całości, a więc również od zaliczek na poczet wynagrodzenia biegłych. Powód nie uiścił także opłaty sądowej od pozwu w kwocie 400 zł. W tym zakresie zatem to Skarb Państwa – Sąd Rejonowy w Dzierżoniowie poniósł tymczasowo wskazane opłaty i wydatki, w tym wydatki związane z pokryciem wynagrodzenia biegłych w kwocie 1.659,96 zł. Przy tym wyraźnego podkreślenia wymaga, iż zwolnienie od kosztów sądowych nie zwalnia strony od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi (art. 108 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych). Do kosztów procesu poniesionych przez stronę pozwaną zaliczyć należy wynagrodzenie radcy prawnego w kwocie 1.200 zł oraz opłatę skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

Stosownie do przepisów art. 83 ust. 2 i art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych, Sąd nakazał stronie pozwanej zapłacić na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Dzierżoniowie kwotę 398,60 zł tytułem zwrotu części kosztów procesu. Zgodnie bowiem ze wskazanym przepisem kosztami sądowymi, których strona nie miała obowiązku uiścić lub których nie miał obowiązku uiścić kurator albo prokurator, oraz tymi wydatkami, sąd w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji obciąży przeciwnika, jeżeli istnieją do tego podstawy, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu.

Pomimo przegrania sprawy w znacznej części przez powoda Sąd odstąpił od obciążania go kosztami procesu. W oparciu bowiem o przepis art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Zastosowanie opisanej normy prawnej powinno być oceniane w całości kształcie okoliczności, które by uzasadniały odstępstwo od podstawowych zasad decydujących o rozstrzygnięciu w przedmiocie kosztów procesu. Do kręgu tych okoliczności należy zaliczyć zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu, jak i fakty leżące na zewnątrz procesu, zwłaszcza dotyczące stanu majątkowego stron i sytuacji życiowej strony. Okoliczności te powinny być oceniane przede wszystkim z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 1974 r., II CZ 223/73, niepublikowane; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 1966 r., II PZ 62/66, niepublikowane; T. Ereciński, Komentarz do Kodeksu postępowania cywilnego. Część pierwsza. Postępowanie rozpoznawcze, tom 1, Warszawa 2003, s. 268). W rozpoznawanej sprawie nie uszło uwadze Sądu, że powód znajduje się w trudnej sytuacji życiowej i majątkowej. Powód od lat zmaga się przede wszystkim z chorobą nowotworową, a także innymi chorobami i dolegliwościami, które niewątpliwie rzutują na jego sytuację majątkową. Leczenie powoda wiąże się bowiem ze znacznymi wydatkami, na które składają się koszty leków, zabiegów, terapii, badań, jak również koszty wizyt u specjalistów czy dojazdów. W ocenie Sądu, wskazane okoliczności prowadzą do wniosku, że w niniejszej sprawie zachodzi szczególny wypadek uzasadniający odstąpienie od obciążenia powoda kosztami procesu.

Mając powyższe na uwadze, w oparciu o przytoczone przepisy, Sąd orzekł jak w punkcie III i IV sentencji wyroku.

Zarządzenie:

1. odnotować;
2. odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć powodowi oraz pełnomocnikowi strony pozwanej;
3. kal. 14 dni.

( urlop s. ref. od 24 do 28.02.2014 r.)

12 marca 2014 r.