

Sygn. akt II Ca 290/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 października 2013r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu II Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie następującym:

Przewodniczący- Sędzia SO Beata Stachowiak (spr.)

Sędzia SO Monika Kuźniar

Sędzia SO Katarzyna Wręczycka

Protokolant: Elżbieta Biała

po rozpoznaniu w dniu 2 października 2013r. we Wrocławiu

na rozprawie

sprawy z powództwa T. K.

przeciwko (...) S.A. z siedzibą w Ł.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Rejonowego w Oleśnicy

z dnia 3 grudnia 2012r.

sygn. akt I C 442/11

I. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie III w ten sposób, że zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda 900 zł kosztów procesu oraz w punkcie IV w ten sposób, że kosztami sądowymi w kwocie 713 zł obciąża stronę pozwaną;

II. oddala apelację w pozostałym zakresie;

III. nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt II Ca 290/13

UZASADNIENIE

Zaskarżonym orzeczeniem z dnia 3 grudnia 2012 r. Sąd Rejonowy zasądził od strony pozwanej (...) S.A. z siedzibą w Ł. na rzecz powoda kwotę 8000 zł, dalej idące powództwo oddalił, zasądził od powoda na rzecz strony pozwanej kwotę 1550 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, nakazał powodowi uiścić z zasądzzonego roszczenia na rzecz Skarbu Państwa kwotę 713 zł tytułem kosztów sądowych i nakazał stronie pozwanej uiścić na rzecz Skarbu Państwa- Sąd Rejonowy w Oleśnicy kwotę 136,16 zł tytułem kosztów sądowych.

Podstawę rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego stanowiły następujące ustalenia faktyczne:

Powód zawarł ze stroną pozwaną umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. W umowie przywidziano, że uprawnionemu w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym przysługuje świadczenie w wysokości 1 % sumy ubezpieczenia za każdy 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Suma ubezpieczenia określona została na 100 000 zł. W dniu 4 marca 2011r. powód uległ wypadkowi. Po przeprowadzonym postępowaniu likwidacyjnym strona pozwana przyznała powodowi decyzją z dnia 24 maja 2011r. świadczenie w kwocie 2.500 zł. Następnie z dnia 21 września 2011r. przyznała powodowi świadczenie w łącznej kwocie 12 000 zł i wypłaciła kwotę 9 500 zł. Strona pozwana w uzasadnieniu decyzji wskazała, że przyznana dodatkowo kwota jest świadczeniem z tytułu 9,5 % uszczerbku na zdrowiu (9,5 % sumy ubezpieczenia). Według lekarza orzecznika, który przeprowadził badanie 08.09.2011r. przedmiotowy wypadek spowodował powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu w łącznej wysokości 12 %. Świadczenie z tytułu 2,5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu (...) S.A. wypłaciło na podstawie decyzji z dnia 24.05.2011r. U powoda w związku z wypadkiem z dnia 04.03.2011r. rozpoznano: stan po urazie głowy z zespołem nerwicowym psychosomatycznym, stan po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa – z niewielkim zespołem bólowym szyjnym typu cervicalgii, stan po urazie odcinka piersiowo-lędźwiowego kręgosłupa ze złamaniem kompresyjnym trzonu L1 – z ograniczeniem ruchomości i zespołem bólowym piersiowo-lędźwiowym typu thoraco-lumbalgii, stan po urazie uda lewego – z utrzymującymi się parastezjami. W obecnym stanie zdrowia powoda uszczerbek w związku z wypadkiem z dnia 04.03.2011r. wynosi 20 %: w tym zespół nerwicowo-psychosomatyczny pourazowy – 2% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, stan po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa

– 0 % uszczerbku na zdrowiu, zespół bólowy pourazowy piersiowy typu thoracalgii – 3 % długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, zespół bólowy piersiowo-lędźwiowy typu thoraco-lumbalgii o dość znacznym nasileniu – 15 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, stan po urazie uda lewego – 0 % uszczerbku na zdrowiu. Wypadek, któremu uległ powód w dniu 03.04.2011r. skutkuje do chwili obecnej silnymi dolegliwościami bólowymi kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego. Dolegliwości te nasilają się przy zmianach pogodowych, podczas dźwigania nawet niewielkich ciężarów, przy długotrwałej pozycji stojącej lub siedzącej i zmuszają powoda do praktycznie stałego przyjmowania leków przeciwbólowych. Utrudnia to w zasadniczy sposób pracę zawodową, jak i czynności życia codziennego. W przyszłości powód będzie wymagał dalszego leczenia, przede wszystkim usprawniającego. Na podstawie powyższych ustaleń faktycznych Sąd Rejonowy uznał, iż powództwo zasługiwało na uwzględnienie jedynie w części. W pierwszej kolejności wskazać należało, że treść łączącej strony umowy, jak również ustalenia poczynione w toku postępowania likwidacyjnego nie mogły podlegać żadnej weryfikacji. Żadna ze stron nie przedłożyła, bowiem łączącej strony umowy, natomiast strona pozwana, mimo deklaracji złożonej w odpowiedzi na pozew i dodatkowego wezwania, nie nadesłała akt szkody nr (...). Między stronami bezspornym pozostawało jednak, że zgodnie z zawartą umową poszkodowanemu przysługuje świadczenie w wysokości 1 % sumy ubezpieczenia za każdy 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Natomiast suma ubezpieczenia określona została na 100 000 zł. Poza sporem pozostawało również, że strona pozwana przyjęła, iż powód doznał 12% uszczerbku na zdrowiu i że wysokość wypłaconego dotychczas odszkodowania wyniosła łącznie 12 000 zł. Spór między stronami dotyczył wyłącznie wysokości uszczerbku na zdrowiu powoda doznanego w związku z wypadkiem z dnia 4 marca 2011r. Powód złożył szereg dokumentacji medycznej obrazującej przebieg jego dotychczasowego leczenia, jak również wystąpił o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych neurologa i ortopedy. Dowód ten pozostawał niezbędny dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy albowiem Sąd nie dysponuje wiadomościami specjalnymi, które pozwalają na weryfikację wielkości uszczerbku na zdrowiu doznanego przez powoda i prawidłowości ustaleń strony pozwanej w tym zakresie.

W sporządzonej opinii zespołowej biegli określili, że w wypadku z dnia 04.03.2011r. powód doznał: urazu głowy urazu odcinka szyjnego kręgosłupa, urazu odcinka piersiowo-lędźwiowego kręgosłupa ze złamaniem kompresyjnym trzonu L1 oraz urazu uda lewego. W obecnym stanie zdrowia powoda uszczerbek w związku z wypadkiem z dnia 04.03.2011r. wynosi 20 %: w tym zespół nerwicowo-psychosomatyczny pourazowy – 2% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, stan po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa – 0 % uszczerbku na zdrowiu, zespół bólowy pourazowy piersiowy typu thoracalgii – 3 % długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, zespół bólowy piersiowo-lędźwiowy typu thoraco-lumbalgii o dość znacznym nasileniu – 15 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, stan po urazie uda lewego – 0 % uszczerbku na zdrowiu. Wypadek, któremu uległ powód w dniu 03.04.2011r. skutkuje do chwili obecnej silnymi dolegliwościami bólowymi kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego. Biegli stwierdzili ponadto, że dolegliwości te nasilają się przy

zmianach pogodowych, podczas dźwigania nawet niewielkich ciężarów, przy długotrwałej pozycji stojącej lub siedzącej i zmuszają powoda do praktycznie stałego przyjmowania leków przeciwbólowych, co w zasadniczy sposób utrudnia pracę zawodową oraz czynności życia codziennego. Dodali także, że leczenie powoda nie jest jeszcze ukończone, będzie on w przyszłości wymagał dalszego leczenia, przede wszystkim usprawniającego. Sąd przyjął sporządzoną opinię, jako podstawę własnych ustaleń, mając na względzie, że żadna ze stron nie zakwestionowała ustaleń biegłych, zarówno co do charakteru stwierdzonych urazów, ich związku przyczynowego z wypadkiem z dnia 4 marca 2011r., jak i wielkości stwierzonego uszczerbku na zdrowiu. Strona pozwana w ogóle nie wniosła żadnych zarzutów wobec opinii biegłych, natomiast powód w piśmie procesowym z dnia 10 września 2012r. wprost przyznał, że zgadza się z oceną lekarzy biegłych sądowych neurochirurga i ortopedy, że w obecnym stanie zdrowia jego uszczerbek na zdrowiu w związku z wypadkiem z dnia 02.03.2011r. wynosi 20 %. Równocześnie powód wskazał, że domaga się od strony pozwanej dodatkowo kwoty 30 000 zł na poczet rehabilitacji, którą będzie musiał opłacać praktycznie do końca życia. Z uwagi na fakt, że biegli ustalili wielkość uszczerbku na za zdrowiu powoda na 20%, przy przyjęciu, że powodowi należne było 1000 zł za każdy procent stwierzonego uszczerbku (1% z sumy ubezpieczenia –100.000) Sąd zasądził na rzecz powoda kwotę 8000 zł, uwzględniając fakt uprzedniej wypłaty na

rzecz powoda kwoty 12.000 zł. Równocześnie Sąd oddalił dalej idące powództwo, jako pozbawione podstaw. Ostatecznie powód żądał od strony pozwanej kwoty 20000 zł z tytułu doznanego uszczerbku na zdrowiu oraz 30000 zł na poczet przyszłego leczenia. Żądanie zasądzenia kwoty 20000 zł, zgodnie ze stwierdzonym przez biegłych uszczerbkiem, nie uwzględniało faktu częściowej likwidacji szkody przez stronę pozwaną w toku postępowania likwidacyjnego, a zatem nie mogło być uwzględnione ponad kwotę 8000 zł. Natomiast w pozostałym zakresie powód nie wykazał, aby z łączącej strony umowy wynikało, że strona pozwana ma obowiązek pokrywania szkód przyszłych, czy chociażby ich zaliczkowania. Żądanie zasądzenia kwoty dodatkowej 30000 zł nie mogło zatem zostać uwzględnione. Podstawę orzeczenia o kosztach stanowił przepis art. 100 k.p.c. przy przyjęciu, iż powód ze swoim roszczeniem utrzymał się jedynie w 16 %. Podstawę orzeczenia o kosztach stanowiły także uregulowania art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 k.p.c. Do rozliczenia pozostała kwota 849,16 zł – kwota wynagrodzenia biegłych, co której żadna ze stron nie uiszczała zaliczki. Sąd obciążył stronę pozwaną kosztami w wysokości od należnej od zasądzonej części roszczenia, kosztami należnymi od nieuwzględnionej części powództwa obciążył natomiast powoda. Z tego względu nakazał powodowi uiszczenie na rzecz Skarbu Państwa kwoty 713,00 zł (84 % z 849,16 zł) oraz stronie pozwanej kwotę 136,16 zł (16 % z 849,16 zł).

Na powyższe rozstrzygnięcie apelację złożył powód, zaskarżając orzeczenie w części oddalającej roszczenia oraz w części dotyczącej obciążenia go kosztami procesu i kosztami sądowymi. Zaskarżonemu orzeczeniu apelujący zarzucił brak wszechstronnej oceny sytuacji zdrowotnej powoda, a tym samym niezasadne oddalenie żądania przyznania odszkodowania na pokrycie kosztów rehabilitacji oraz niesłuszne obciążenie go kosztami procesu i kosztami sądowymi, co w istotny pomniejszyło należne mu odszkodowanie.

Sąd Okręgowy dodatkowo ustalił, że:

Zawarcie między stronami umowy ubezpieczenia NW wypadków kierowców i pasażerów pojazdów mechanicznych zostało potwierdzone poprzez wystawienie polisy ubezpieczeniowej nr (...) - (...).

Integralną część umowy stanowiły Ogólne Warunki Ubezpieczenia NW wypadków kierowców i pasażerów pojazdów mechanicznych zatwierdzone uchwałą Zarządu (...) S.A. nr (...). Zgodnie z § 4 pkt 1 o.w.u. w razie zaistnienia wypadku, którego skutkiem jest trwały uszczerbek na zdrowiu, pozwany zakład ubezpieczeń zobowiązał się do wypłacenia poszkodowanemu świadczenia w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Zawarta między stronami umowa nie obejmowała na wypadek zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego żadnych dalej idących świadczeń ze strony pozwanego zakładu ubezpieczeń.

dowód: - polisa ubezpieczeniowa

- ogólne warunki ubezpieczenia NW wypadków kierowców i pasażerów

pojazdów mechanicznych zatwierdzone Uchwałą Zarządu (...)

Towarzystwa (...) S.A. nr (...)

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja złożona przez powoda jest zasadna jedynie w zakresie zaskarżenia rozstrzygnięcia, co do kosztów postępowania, w pozostałej zaś części podlegała oddaleniu.

W pierwszej kolejności należało dokonać właściwej kwalifikacji jurystycznej podniesionych w apelacji zarzutów oraz określić faktyczny zakres zaskarżenia na podstawie całościowej analizy treści apelacji. Pomimo, że powód w petitum apelacji wskazał, iż zaskarża wyrok Sądu Rejonowego w Oleśnicy z dnia 3 grudnia 2012 r. w całości, to w istocie zaskarżeniem objął on jedynie niekorzystne dla siebie rozstrzygnięcia zawarte w punktach II, III i IV, wnosząc o zasądzenie dalszej kwoty 30 000 zł i zmianę orzeczenia o kosztach postępowania pierwszoinstancyjnego.

Zatem poza zakresem zaskarżenia pozostaje zasądzone w punkcie I wyroku świadczenie w kwocie 8 000 zł oraz obciążenie w punkcie V strony pozwanej kosztami w kwocie 136,13 zł tymczasowo poniesionymi przez Skarb Państwa, co oznacza, iż wyrok w tym zakresie stosownie do art. 363 § 3 k.p.c. stał się prawomocny. Tak ustalony zakres zaskarżenia decyduje o wartości przedmiotu zaskarżenia, który wynosi 30 000 zł, nie zaś jak przyjął to Sąd Rejonowy na kwotę 42 000 zł.

Natomiast w zakresie zarzutów apelacyjnych uznać należało, iż skarżący zarzucił Sądowi Rejonowemu naruszenie prawa materialnego tj. art. 805 k.c. poprzez ustalenie wysokości odszkodowania bez uwzględnienia kosztów potrzebnych na przeprowadzenie rehabilitacji powoda. Koniecznym, zatem było odwołanie się do treści umowy zawartej z pozwanym zakładem ubezpieczeń, w tym przede wszystkim zakresu, w jakim strona pozwana zobowiązała się do świadczenia na rzecz powoda w razie zajścia wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową.

Zgodnie z art. 382 k.p.c. Sąd II instancji ma nie tylko uprawnienie, ale wręcz obowiązek rozważenia na nowo całego zebranego w sprawie materiału dowodowego oraz dokonania własnej, samodzielnej i swobodnej jego oceny (postanowienie SN z dnia 17 kwietnia 1998 r., sygn. II KKN 704/97, OSNC 1998, nr 12, poz. 214).

Sąd II instancji tym samym nie ogranicza się tylko do kontroli orzeczenia wydanego przez Sąd I instancji, ale bada ponownie całą sprawę, rozważając wyniki przeprowadzonego postępowania i władny jest je ocenić samoistnie. Postępowanie apelacyjne polega, zatem na merytorycznym rozpoznaniu sprawy i wyrok Sądu II instancji musi opierać się na jego własnych i samoistnych ustaleniach faktycznych i prawnych. Jeżeli fakty ustalone w sprawie przez Sąd I instancji nie pozwalają na stanowcze wnioskowanie o tym, że istnieje materialnoprawna podstawa roszczenia dochodzonego przez powoda, to Sąd Odwoławczy ma nie tylko prawo, ale i obowiązek wyjaśnienia wątpliwości ujawniających się w obrębie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia. Wyjaśnienie faktów doniosłych dla stwierdzenia, że w sprawie może mieć zastosowanie konkretna norma prawa materialnego może nastąpić przez czynności dowodowe podjęte z inicjatywy stron, ale także przez sąd z urzędu. Sąd podejmuje takie czynności wówczas, gdy z zebranego już w sprawie materiału można wnioskować o istnieniu środka dowodowego, do którego sięgnięcie może prowadzić

do niezbędnego uzupełnienia postępowania dowodowego (wyrok SN z dnia 12 kwietnia 2013 r., sygn. IV CSK 565/12, LEX Nr 1324321).

Wskazać należy, iż ustalając treść łączącej strony umowy ubezpieczenia Sąd Rejonowy w zasadzie nie dysponował żadnym materiałem dowodowym. W tym zakresie Sąd I instancji kierował się jedynie twierdzeniami strony pozwanej, która zresztą mimo stosownego wezwania, nie przedstawiła akt szkodowych, w tym ogólnych warunków O.W.U. następstw nieszczęśliwych wypadków kierowców i pasażerów pojazdów mechanicznych. Orzekając o roszczeniu powoda Sąd nie dysponował nawet polisą potwierdzając zawarcie przez strony umowy. Oczywiście powód był zobowiązany udowodnić podstawy swojego żądania, nie mniej, ponieważ występował w sprawie bez fachowego pełnomocnika Sąd I instancji w ramach art. 208 k.c. i 5 k.p.c. mógł wezwać powoda do przedłożenia stosownych

dokumentów .

Z uwagi na powyższe, Sąd Odwoławczy w niniejszej sprawie na podstawie art.382 k.p.c. w zw. z art.232 §2 k.p.c. dopuścił z urzędu dowód z polisy ubezpieczeniowej nr (...) - (...) oraz z ogólnych warunków ubezpieczenia NW wypadków kierowców i pasażerów pojazdów mechanicznych zatwierdzonych Uchwałą Zarządu (...) S.A. nr (...) (art. 309 k.p.c.) . W wyniku uzupełnienia postępowania dowodowego ustalono ,iż zgodnie z § 4 pkt 1 o.w.u. w razie zaistnienia wypadku, którego skutkiem jest trwały uszczerbek na zdrowiu, pozwany zakład ubezpieczeń zobowiązał się do wypłacenia poszkodowanemu świadczenia w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Zawarta między stronami umowa nie obejmowała, na wypadek zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, żadnych dalej idących świadczeń ze strony pozwanego zakładu ubezpieczeń . Ostatecznie jednak powyższe uchybienia w zakresie postępowania dowodowego nie wpłynęły w istotny sposób na poprawność rozstrzygnięcia Sądu I instancji .Powód niezasadnie domagał się zasądzenia kwoty 30 000 zł mającej stanowić pokrycie kosztów rehabilitacji ,skoro umowa stron nie obejmowała tego rodzaju świadczenia . Stosownie ,bowiem do treści art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełniać określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się

zapłacić składkę. Należy przy tym podkreślić, że istotnym elementem łączącego ubezpieczyciela i ubezpieczającego stosunku obligacyjnego są postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia określające zakres ubezpieczenia i sposób ustalenia wysokości świadczenia. To treść umowy – a tym samym stanowiące jej integralną część postanowienia ogólnych warunków umowy – determinuje zakres świadczenia ubezpieczyciela i jednocześnie możliwość dochodzenia przez osobę poszkodowaną określonych roszczeń. W ubezpieczeniu NW prawo do uzyskania świadczenia z umowy ubezpieczenia uzależnione jest od ulegnięcia przez ubezpieczonego nieszczęśliwemu wypadkowi powodującemu skutki określone w warunkach umowy, ubezpieczenie zaś to ma na celu finansowe wsparcie ubezpieczonego w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie określonym w zawartej umowie. W rozpatrywanej sprawie, świadczenie ubezpieczyciela ustalone na podstawie treści § 4 pkt 1 ogólnych warunków ubezpieczenia (dalej o.w.u.) polegało na wypłaceniu poszkodowanemu kwoty pieniędzy w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tym samym sposób ustalenia kwoty świadczenia wypłacanego przez ubezpieczyciela zgodnie z postanowieniami umowy odnosi się do dwóch zmiennych: z jednej strony do stopnia uszczerbku na zdrowiu, z drugiej zaś do wysokości sumy ubezpieczenia. Ubezpieczony, zatem w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego otrzymuje od zakładu ubezpieczenia świadczenie proporcjonalne do stopnia uszczerbku na zdrowiu i sumy ubezpieczenia, na którą opiewa umowa. Jednocześnie zakład ubezpieczeń nie zobowiązał się do zapłaty renty pokrywającej zwiększone potrzeby ubezpieczonego lub innego świadczenia pokrywającego na przyszłość wydatki związane z rehabilitacją konieczną do przywrócenia pełnej sprawności, co przesądza o tym że powód nie może skutecznie żądać spełnienia tegoż świadczenia na podstawie umowy ubezpieczenia NW zawartej z pozwanym zakładem. Wynika to z podstawowej reguły wykonywania zobowiązań określonej w art. 354 § 1 k.c. zgodnie ,z którą dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią, przy czym ułożenie stosunku prawnego należy do uznania stron, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego (art. 353¹ k.c.) .Biorąc pod uwagę poczynione rozważania, należy wskazać dalej idące roszczenia, tj. ponad kwotę 20 000 zł należną z tytułu doznanego przez powoda 20 % uszczerbku na zdrowiu , a dotyczące do kosztów potrzebnych na

poddanie się rehabilitacji nie znajdują uzasadnienia w treści zawartej umowy ubezpieczenia. Apelacja w tym zakresie musiała ulec oddaleniu (art.385 k.p.c.) . Za zasadne uznać natomiast należało zarzuty apelacyjne dotyczące obciążenia powoda kosztami procesu i kosztami sądowymi (punkt III i IV sentencji wyroku Sądu I instancji) .Sąd I instancji zastosował w niniejszej sprawie stosunkowe rozdzielenie kosztów na podstawie art. 100 k.p.c. uznając, iż powód wygrał sprawę jedynie w 16%, a więc winien ponieść koszty postępowania w 84%. Sąd meriti podejmując takie rozstrzygnięcie nie wziął jednakże pod uwagę kilku istotnych kwestii, które w ocenie Sądu Odwoławczego winny były zostać uwzględnione. W pierwszym rzędzie wskazać należy ,iż powód ,mimo iż określił wartość przedmiotu sporu na 50 000 zł ,to w istocie domagał się zasądzenia jedynie dodatkowych 38 000 zł do już przyznanych w postępowaniu

likwidacyjnym 12 000 zł. Sąd I instancji nie wziął pod uwagę, że powód dochodził swych roszczeń na drodze sądowej przede wszystkim ze względu na błędne ocenienie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w trakcie postępowania likwidacyjnego. Sąd meriti w oparciu o materiał dowodowy – przede wszystkim zaś opinię biegłych - ocenił, że powód na skutek zaistniałego wypadku doznał 20% trwałego uszczerbku na zdrowiu, a pozwany zakład ubezpieczeń w trakcie likwidacji szkody przyjął, że uszczerbek ten kształtował się na poziomie jedynie 12%. Tym samym przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych z zakresu neurologii i ortopedii wykazało w sposób jednoznaczny niewłaściwe ocenienie przez stronę pozwaną uszczerbku, którego doznał powód, co pociągnęło za sobą skutek w postaci zaniżenia wypłaconego mu w postępowaniu likwidacyjnym świadczenia. W ocenie Sądu Odwoławczego pozwany zakład ubezpieczeń powinien tym samym ponieść pełne koszty związane z przeprowadzeniem dowodu z opinii biegłych. Jednocześnie należy wziąć pod uwagę, że opinia biegłych określająca stopień uszczerbku na zdrowiu powoda wykazała, że jego roszczenie zasądzenia dalszej kwoty odszkodowania ponad 12 000 zł było w 40% zasadne. Skoro, bowiem świadczenie winno być obliczone na podstawie 20% uszczerbku na zdrowiu, a nie 12% jak przyjął to pozwany zakład ubezpieczeń w trakcie postępowania likwidacyjnego to zasadność powództwa w zakresie kwoty 8 000 zł należy ocenić na 40%. Nadto Sąd Odwoławczy zwraca uwagę na niesumienne zachowanie pozwanego zakładu ubezpieczeń w trakcie postępowania sądowego (art.103 k.p.c.). Przeprowadzając postępowanie likwidacyjne strona

pozwana nie oceniła należycie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda, co doprowadziło go do konieczności wystąpienia na drogę sądową celem dochodzenia swych roszczeń, a następnie w trakcie postępowania sądowego – pomimo wezwań sądu – nie dostarczyła ani akt szkody ani innej dokumentacji ubezpieczeniowej powoda. Również Sąd Odwoławczy dopuszczając dowód z ogólnych warunków ubezpieczenia musiał posiłkować się powszechnie dostępnymi w tym zakresie informacji zamieszczonymi na stronie internetowej pozwanego zakładu ubezpieczeń. Tymczasem przedłożenie już przy odpowiedzi na pozew O.W.U. pozwoliłoby ,także powodowi ,jednoznacznie ustalić treść łączącej strony umowy .Biorąc pod uwagę powyższe, Sąd na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżone orzeczenie w punkcie III poprzez zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda kwoty 900 zł (500 zł tytułem zwrotu zaliczki na poczet opinii biegłych oraz 400 zł, jako 5% z 8 000 zł ,które Sąd I instancji zasądził od powoda tytułem należnego mu świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia) i w punkcie IV poprzez obciążenie strony pozwanej kwotą 713 zł tytułem wydatków poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa tytułem kosztów przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd orzekł w punkcie III sentencji wyroku na podstawie art. 102 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. Sąd odstąpił od obciążenia powoda kosztami, bowiem wystąpił on z roszczeniem o świadczenie pieniężne z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, a wielkość tego świadczenia mogła być ustalona w sposób ostateczny dopiero w toku postępowania sądowego, przy czym powód mógł w istocie być przekonany o zasadności zgłoszonego roszczenia. Jednocześnie Sąd Odwoławczy wziął pod uwagę trudną sytuację osobistą powoda oraz fakt ,iż w części jego apelacja była zasadna . Sąd Odwoławczy biorąc pod uwagę ogół wskazanych okoliczności stanął na stanowisku, iż zastosowanie w niniejszym postępowaniu apelacyjnym art. 102 k.p.c. jest zasadne albowiem w pełni realizuje ono zasadę słuszności .