

Sygn. akt III C 1411/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 lutego 2022 roku

Sąd Rejonowy Szczecin – Centrum w Szczecinie III Wydział Cywilny, w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia Alicja Przybylska

Protokolant: sekretarz sądowy Katarzyna Zielińska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 3 lutego 2022 roku w S.

sprawy z powództwa J. W.

przeciwko (...) spółce akcyjnej w W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda J. W. kwotę 2.240 zł (dwa tysiące dwieście czterdzieści złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 18 grudnia 2017 roku do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.117 zł (jeden tysiąc sto siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu, wraz z odsetkami w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego, liczonymi za czas od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty;

III. nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego Szczecin – Centrum w Szczecinie kwotę 303,78 zł (trzysta trzy złote siedemdziesiąt osiem groszy) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sygn. akt III C 1411/20

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 8 maja 2020 r. powód J. W., reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) spółki akcyjnej w W. (dalej (...) na (...) S.A. w W.) kwoty 2.240 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 18 grudnia 2017 r. do dnia zapłaty oraz kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu żądania pozwu powód wskazał, że w dniu 22 stycznia 2017 r. uległ wypadkowi, w wyniku którego doznał 7% uszczerbku na zdrowiu. W dniu zdarzenia był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia – kontynuacji uprzedniego ubezpieczenia grupowego pracowniczego typu P (...). Suma ubezpieczenia wynosiła 8.000 zł. Po zgłoszeniu szkody pozwany odmówił wypłaty świadczenia wskazując na braku trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda. Następnie, po otrzymaniu opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowo – ortopedycznej (wydanej w sprawie o sygn. akt I C 1121/17) ponownie zwrócił się o wypłatę świadczenia. Pozwana zakwalifikowała wówczas uraz powoda jako 2% trwały uszczerbek na zdrowiu, w dalszym ciągu odmówiła jednak wypłaty świadczenia.

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, zakresem ubezpieczenia objęte jest wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności (...) S.A. Wartość świadczenia przyznawanego za każdy procent uszczerbku na zdrowiu określona w polisie wynosi 4% sumy ubezpieczenia. Jako podstawę prawną swojego żądania powód wskazał art. 805 §1 i 2 pkt 2

k.c. oraz zawartą z pozwanym umowę ubezpieczenia. Odwołując się do szczegółowych postanowień (...) wskazał, że za 7% przysługuje mu kwota 2.240 zł (4% sumy ubezpieczenia za każdy % uszczerbku na zdrowiu). Jako datę początkową naliczania odsetek powód wskazał dzień wydania decyzji o odmowie uznania wniesionej przez niego reklamacji.

W odpowiedzi na pozew z dnia 30 listopada 2020 r. pozwana (...) na (...) SA w W., reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika, wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwana przyznała zawarciu i warunkom umowy ubezpieczenia. Zarzuciła jednak, że początkowo w postępowaniu likwidacyjnym ustaliła 0% uszczerbku na zdrowiu, następnie zaś, zweryfikował swoje stanowisko, uznając uszczerbek na poziomie 2%. Jednak wobec nieścisłości opinii podtrzymała decyzję o odmowie wypłaty świadczenia. Pozwana jest skłonna uznać i dokonać wypłaty z tytułu 2% uszczerbku na zdrowiu. Bezspornym pozostaje, że za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonemu przysługuje 320 zł. Spór stron sprowadza się do ustalenia procentowego uszczerbku na zdrowiu. W ocenie pozwanej uraz jakiego doznał powód nie spowodował trwałych konsekwencji medycznych po jego stronie. Tym samym pozwana odmówiła wypłaty świadczenia.

W dalszym toku procesu stanowiska stron nie uległy zmianie.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Od dnia 1 listopada 2016 r. J. W. był objęty Indywidualnym Ubezpieczeniem typu P (...) w (...) na (...) S.A. w W., potwierdzonym polisą nr (...).

Zgodnie z tą umową suma ubezpieczenia wynosi 8.000 zł. Umowa obejmowała między innymi świadczenie za trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. Za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu świadczenie wynosiło 4% sumy ubezpieczenia. Do umowy ubezpieczenia zastosowanie miały Ogólne Warunki Ubezpieczenia Podstawowego – IK typ P (...) indywidualne (...) o kodzie warunków (...) i kodzie zmiany (...).

Umowa została zawarta na czas nieokreślony.

Zgodnie z §3 pkt 1 i §4 pkt 4 OWU, przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego, a zakresem ubezpieczenia objęty jest m.in. trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Zgodnie z §4 ust. 2 zd. 1 OWU wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, o której mowa w ust. 1 pkt 4, określana jest w dokumencie ubezpieczenia.

Zgodnie z §2 pkt 8 OWU nieszczęśliwy wypadek to niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będącą wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) S.A.

Zgodnie zaś z §2 pkt 15 OWU trwały uszczerbek na zdrowiu to trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzenie jego funkcji.

Zgodnie z §33 OWU.

1. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
2. Jeżeli po 4 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku leczenie i okres rehabilitacji nie zostały zakończone, (...) SA występuje do lekarza orzecznika w celu wydania opinii lub orzeczenia oraz ewentualnie zleca badania medyczne i wypłaca bezsporną część świadczenia.

3. W przypadku, gdy lekarz orzecznik nie jest w stanie określić ostatecznego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, (...) SA występuje powtórnie do lekarza orzecznika, z tym że nie później niż w 24 miesiącu od daty nieszczęśliwego wypadku, w celu określenia ostatecznego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu.

4. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, który przed nieszczęśliwym wypadkiem był uszkodzony wskutek samoistnej choroby lub przebytego urazu, a ma to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się na podstawie analizy jako różnicę stanu danego organu, narządu lub układu przed nieszczęśliwym wypadkiem a stanem istniejącym po nieszczęśliwym wypadku.

5. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia.

6. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.

7. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia

Zgodnie z tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu – pkt 89a za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym w postaci: skręcenia, stłuczenia, niewielkiego uszkodzenia aparatu więzadłowego z przemieszczeniem kręgów poniżej 3mm lub niestabilności kątowej poniżej 12 stopni – w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości kwalifikuje się jako uszczerbek na zdrowiu w granicach 1-5%. Natomiast zgodnie z pkt 95b urazowe zespoły korzeniowe (bólów, ruchowe, czuciowe lub mieszane) szyjne, bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów kwalifikuje się jako uszczerbek na zdrowiu w granicach 5-15%.

Dowód:

- polisa – k. 18,

- OWU – k. 14-17,

- tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu – k. 64-73.

W dniu 22 stycznia 2017 r. J. W. został poszkodowany w wypadku komunikacyjnym.

W dniu 13 marca 2017 r. dokonał zgłoszenia szkody w (...) S.A. w W., domagając się przyznania i wypłaty świadczenia w oparciu o zawartą umowę.

Decyzją z dnia 24 kwietnia 2017 r. ubezpieczyciel odmówił wypłaty świadczenia, opierając swoją decyzję na opinii lekarza orzecznika, który nie stwierdził trwałego uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego.

Dowód:

- zgłoszenie szkody – k. 19-20,

- decyzja z dnia 24 kwietnia 2017 r. – akta szkody płyta CD k. 74,

- notatki urzędowe K. w P. – akta szkody płyta CD k. 74.

Pismem z dnia 20 listopada 2017 r. J. W. wezwał (...) S.A. w W. do wypłaty świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia, jednocześnie wnosząc reklamację od decyzji odmawiającej wypłaty zadośćuczynienia.

W odpowiedzi na otrzymane wezwanie (...) S.A. w W. odmówiła uznania swojej odpowiedzialności i przyznania świadczenia wskazując, że lekarz orzecznik nie stwierdził cech trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego po wypadku.

Pismem z dnia 30 kwietnia 2019 r. J. W. ponownie wezwał (...) S.A. w W. do wypłaty świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia, powołując się na opinię biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowo – ortopedycznej sporządzonej na potrzeby innego postępowania sądowego. Po ponownym zweryfikowaniu sprawy (...) S.A. w W. uznał 2% trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda, kwalifikując go wg kodu I.89a. W dalszym ciągu nie przyznał jednak zadośćuczynienia.

Dowód:

- przedsądowe wezwanie do zapłaty – k. 21-22,
- pismo z dnia 18 grudnia 2017 r. – k. 23-24,
- wezwanie do zapłaty – k. 25,
- ocena uszczerbku na zdrowiu – k. 26-27.

W wyniku zdarzenia z dnia 22 stycznia 2017 r. J. W. doznał skrzywienia kręgosłupa szyjnego z mechanizmu „smagnięcia biczem” z następowym wystąpieniem zespołu bólowego.

Następstwem wypadku jest zespół bólowy kręgosłupa szyjnego, którego pozostałością jest obecnie trwała bolesność uciskowa mięśni przykręgosłupowych po stronie lewej na wysokości C5-C6. Następstwo to stanowi 7% trwały uszczerbek na zdrowiu. Bolesność ta jest ogniskowa, co może przemawiać za przebyłym uszkodzeniem mięśnia czworobocznego szyi na tej wysokości w następstwie nagłego skrzywienia kręgosłupa.

Dowód:

- pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii urazowo ortopedycznej – k. 156-160 akt I C 1121/17,
- ustna opinia uzupełniająca biegłego z zakresu chirurgii urazowo ortopedycznej – k. 196-198 akt I C 1121/17,
- pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii urazowo ortopedycznej – k. 93-94.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo J. W. przeciwko pozwanemu (...) na (...) S.A. w W. okazało się uzasadnione w całości.

Podstawę prawną żądania powoda stanowił przepis art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w zw. z art. 829 k.c. oraz umowa ubezpieczenia Indywidualnego (...) typu P (...), potwierdzona polisą nr (...).

Zgodnie z art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie – przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Zgodnie z zaś z art. 829 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. Umowa ubezpieczenia jest umową odpłatną, dwustronnie zobowiązująca i losową. Ubezpieczający opłaca składkę w zamian za ochronę ubezpieczeniową. Świadczenie ubezpieczającego jest bezwarunkowe, natomiast świadczenie ubezpieczyciela – uzależnione od zajścia przewidzianego w umowie wypadku tj. zdarzenia losowego.

Wypadkiem ubezpieczeniowym, który w ocenie powoda uzasadniał wypłatę na jego rzecz świadczenia było zdarzenie z dnia 22 stycznia 2017 r. Powód twierdził, że na skutek urazu kręgosłupa szyjnego podczas ww. zdarzenia wystąpił u niego trwały uszczerbek na zdrowiu.

Fakt zawarcia umowy i jej treść nie były pomiędzy stronami sporne. Niesporne były również okoliczności wypadku i, co do zasady, uraz powoda. Pozwany odmówił jednak wypłaty świadczenia podnosząc, że doznany przez powoda uszczerbek na zdrowiu nie miał charakteru trwałego, a tylko wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu objęte było odpowiedzialnością ubezpieczyciela. Spór stron sprowadził się zatem do tego, czy doznany przez powoda uraz wywołał trwały uszczerbek na zdrowiu oraz jakim % uszczerbek ten się wyrażał oraz wg której z norm tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu należy go zakwalifikować.

Punktem wyjścia do ustalenia odpowiedzialności pozwanego było ustalenie, że w sprawie wystąpiło zdarzenie, uruchamiające odpowiedzialność ubezpieczyciela, a mianowicie, że powód J. W. doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu. Po ustaleniu wystąpienia tej przesłanki odpowiedzialności pozwanego możliwe było ustalenie przesłanek dalszych, tj. czy uszczerbek na zdrowiu był skutkiem nieszczęśliwego wypadku, czy nie zachodziły okoliczności wyłączające odpowiedzialność pozwanego, czy pomiędzy zdarzeniem będącym źródłem szkody, a trwałym uszczerbkiem zachodzi adekwatny związek przyczynowy i na końcu ustalenie wysokości przysługującego poszkodowanemu świadczenia.

Zgodnie z §2 pkt 15 OWU trwały uszczerbek na zdrowiu to trwałe, 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 §2 pkt 8 OWU nieszczęśliwy wypadek to niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której zdrowie lub życie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będącą wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) S.A. Ciężar dowodu wykazania powstałej szkody – trwałego uszczerbku na zdrowiu spoczywał na powodzie. Zgodnie bowiem z treścią art. 6 k. c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Przepis art. 232 k.p.c. nakłada na strony obowiązek wskazywania dowodów dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. (...) dowodowa, stosownie do cytowanych wyżej przepisów spoczywa na stronach, zgodnie z obowiązującą w procesie cywilnym zasadą kontrydiktoryjności. Jednocześnie ustalenie tej okoliczności wymagało wiadomości specjalnych i na wniosek powoda przeprowadzony został dowód w z opinii biegłego sądowego z zakresu ortopedii.

W pierwszej kolejności dowód z opinii biegłego sądowego został przeprowadzony w trybie 278 [1] k.p.c. Wskazać bowiem należy, że J. W. w innym postępowaniu toczącym się przed tutejszym Sądem, w sprawie o sygn. akt I C 1121/17 dochodził od ubezpieczyciela sprawcy wypadku z dnia 22 stycznia 2017 r. zadośćuczynienia i odszkodowania. W postępowaniu tym został przeprowadzony dowód w z opinii biegłego sądowego, który to dowód okazał się przydatny w niniejszym postępowaniu. Następnie Sąd dopuścił dowód z opinii tego samego biegłego sądowego w niniejszym postępowaniu. Wynikało to z zarzutu podniesionego przez pozwanego do opinii ze sprawy I C 1121/17 co do trwałości zespołu bólowego występującego u powoda po wypadku. Opinia sporządzona w niniejszym postępowaniu nie była kwestionowana przez żadną ze stron i zawiera jednoznaczny, wyrażony wprost wniosek, że utrzymywanie się bolesności uciskowej mięśni po lewej stronie kręgosłupa szyjnego na wysokości kręgów C5 i C6 ma charakter trwały.

Przedmiotowe opinie są dla Sądu w całości wiarygodne i przydatne dla rozstrzygnięcia sporu, albowiem precyzyjnie odpowiadają na postawione przez Sąd pytanie, opinia w sprawie I C 1121/17 została wydana z uwzględnieniem dokumentacji medycznej powoda, w niniejszym postępowaniu również z badaniem powoda. Są one precyzyjne i jasne, zaś wnioski w nich zawarte zostały logicznie uzasadnione i korespondują z pozostałym materiałem dowodowym znajdującym się w aktach sprawy, nadto są przekonujące. Opinie te pozwalały ustalić kluczową dla sprawy okoliczność, mianowicie trwałość uszczerbku na zdrowiu powoda. Zwrócić należy uwagę, że początkowo w postępowaniu likwidacyjnym pozwany kwestionował wystąpienie u powoda trwałego uszczerbku na zdrowiu w jakimkolwiek %. Następnie, po przedstawieniu mu opinii ze sprawy I C 1121/17, a przed zainicjowaniem niniejszego postępowania, zweryfikował swoje stanowisko uznając 2% trwałego uszczerbek na zdrowiu powoda, w dalszym jednak ciągu odmawiając wypłaty świadczenia. Przyczyna tej odmowy nie została wyjaśniona. Pozwany jedynie w odpowiedzi na

pozew wskazał na „nieścisłości tej opinii”, nie precyzując jednak, co ma na myśli. Zatem już w trakcie postępowania likwidacyjnego ustalono, iż u powoda wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, wskazując na jego wysokość – 2%. Opinia przeprowadzona w toku niniejszego postępowania nie była przez strony, w szczególności przez pozwanego, zakwestionowana. Uznać zatem należało, że pozwany nie kwestionuje już wystąpienia u powoda trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Reasumując, analiza materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie skutkowała uznaniem, że u powoda, w związku z urazem kręgosłupa szyjnego, wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, co aktualizowało odpowiedzialność pozwanego.

Niewątpliwie uszczerbek ten był skutkiem nieszczęśliwego wypadku – kolizji drogowej z dnia 22 stycznia 2017 r., a pomiędzy zdarzeniem tym, a urazem zachodzi związek przyczynowy, co również wynika z opinii biegłego sądowego sporządzonej w postępowaniu I C 1121/17. Pozwany nie kwestionował wystąpienia wypadku i nie powinno budzić wątpliwości, że takie zdarzenie odpowiada definicji nieszczęśliwego wypadku z §2 pkt 8 OWU. W sprawie nie ujawniły się również jakiegokolwiek okoliczności wyłączające odpowiedzialność pozwanego, sam pozwany również na takie przesłanki egzoneracyjne się nie powoływał.

W ocenie Sądu uraz powoda należy zakwalifikować zgodnie z pkt 95b tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, jako trwałe dolegliwości bólowe szyi, nie zaś z 89a, jako skręcenie kręgosłupa w odcinku szyjnym, gdyż to właśnie skutek urazu w postaci tych dolegliwości bólowych jest trwałym uszczerbkiem na zdrowiu powoda, nie zaś samo skręcenie. Jak również wynika z opinii biegłego sądowego uraz ten wyraża się 7% uszczerbkiem.

W oparciu o powyższe ustalenia oraz warunki umowy możliwe było ustalenie wysokości przysługującego poszkodowanemu świadczenia. Za każdy 1% powodowi należy się 4% sumy ubezpieczenia, która wynosi 8.000 zł. Skoro uszczerbek wynosi 7%, to należna powodowi kwota wynosi 2.240 zł – $7 \times 4\% \times 8.000 \text{ zł}$ i taką kwotę należało zasądzić w punkcie 1, uznając żądanie powoda za zasadne w całości.

Stan faktyczny sprawy Sąd ustalił w oparciu o dowody z dokumentów oraz opinie biegłego sądowego. Dokumenty złożone przez strony postępowania nie wzbudziły wątpliwości Sądu co do swojej prawdziwości, nadto ich wiarygodność nie została przez strony zakwestionowana, co czyniło je w pełni przydatnymi dla ustaleń stanu faktycznego. Ocenę mocy dowodowej opinii biegłego Sąd wyraził już powyżej.

O odsetkach należnych powodowi od uznanych za zasadne należności Sąd rozstrzygnął w oparciu o przepis art. 481 § 1 i 2 k.c., zgodnie z którymi 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. Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona należą się odsetki ustawowe (za opóźnienie). Dłużnik popada w opóźnienie jeśli nie spełnia świadczenia pieniężnego w terminie, w którym stało się ono wymagalne także wtedy, gdy kwestionuje istnienie lub wysokość świadczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 października 2003 r., sygn. II CK 146/02, Legalis 70439). Ubezpieczyciel, stosownie do treści przepisu art. 817 § 1 k.c., obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku, a jeśli tego nie czyni, popada w opóźnienie uzasadniające naliczenie odsetek ustawowych od należnej wierzycielowi sumy. Stosownie natomiast do treści § 2 tego przepisu 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.

Sąd podziela stanowisko powoda, że pozwany popadł w opóźnienie od dnia 18 grudnia 2017 r., tj. od dnia, w którym wydał decyzję o odmowie uznania reklamacji wniesionej przez powoda, gdyż dysponował już wówczas dokumentacją niezbędną do poczynienia ustaleń w zakresie charakteru i skutków zdarzenia z dnia 22 stycznia 2017 roku. Zaznaczyć

należy, że w niniejszej sprawie wysokość należnego powodowi świadczenia wynikała wprost z umowy i nie zachodziła typowa w procesach o zadośćuczynienie konieczność ustalenia „sumy odpowiedniej”.

O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął w pkt II. wyroku zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu zawartą w przepisie art. 98 §1 k.p.c., który stanowi, że strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i przepisem art. 108 §1 k.p.c., zgodnie z którym sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji. Do niezbędnych kosztów procesu strony reprezentowanej przez adwokata zalicza się wynagrodzenie, jednak nie wyższe niż stawki opłat określone w odrębnych przepisach i wydatki jednego radcy prawnego, koszty sądowe oraz koszty nakazanego przez sąd osobistego stawiennictwa strony (art. 98 §3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c.).

W tym zakresie powód wydatkował łącznie 1.117 zł, w tym 900 zł z tytułu wynagrodzenia radcy prawnego (§2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 poz. 1804 z późn. zm.), 17 złotych z tytułu opłaty skarbowej od pełnomocnictwa (art. 1 ust. 1 pkt 2 oraz część IV załącznika ustawy z dnia 16 listopada 2006r. o opłacie skarbowej, Dz. U. 2006 Nr 225 poz. 1635 z późn. zm.) oraz 200 zł opłaty od pozwu (art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2005 r., Nr 167, poz. 1398 ze zm.) Powód wygrał proces w 100%, dlatego należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda 100% poniesionych przez niego kosztów.

W punkcie III. sąd na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. 2005 Nr 167, poz. 1398 z późn. zm.) orzekł o nieuiszczonych kosztach sądowych, na które składało się wynagrodzenie biegłego w wysokości 303,78 zł, które tymczasowo wyłożył Skarb Państwa.

W powołaniu powyższej argumentacji orzeczono jak w sentencji wyroku.