

Sygn. akt: X C 778/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 sierpnia 2019 r.

Sąd Rejonowy w Toruniu X Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Stanisław Sadowski
Protokolant:	starszy sekretarz sądowy Jolanta Ligmanowska

po rozpoznaniu w dniu 1 sierpnia 2019 r. w Toruniu

sprawy z powództwa **R. G.**

przeciwko (...) **Zakładowi (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W.**

z umów ubezpieczenia, z wyłączeniem wypadków komunikacyjnych (s. 014)

orzeka:

I. zasądza od pozwanej (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz powoda R. G. kwotę 360 zł (słownie: trzysta sześćdziesiąt złotych) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 8 marca 2017 roku do dnia zapłaty;

II. oddala powództwo co do kwoty 1 440 zł (słownie: tysiąc czterysta czterdzieści złotych)

III. umarza postępowanie co do kwoty 5 760 zł (słownie: pięć tysięcy siedemset sześćdziesiąt złotych) wraz z odsetkami za opóźnienie od dnia 8 marca 2017 roku do dnia zapłaty;

IV. obciąża powoda kosztami postępowania dowodowego w wysokości 337,96 zł (słownie: trzysta trzydzieści siedem złotych i dziewięćdziesiąt sześć groszy) ;

V. zasądza od powoda na rzecz pozwanej kwotę 1 817 zł (słownie: tysiąc osiemset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt X C 778/17

UZASADNIENIE

Powód R. G. wniósł 8 marca 2017 r. pozew przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. o zapłatę kwoty 7.560 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów procesu. W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że (...) S.A. z siedzibą w T. zawarła w dniu 3 stycznia 2012 r. z (...) Zakładem (...) na (...) S.A. polisę ubezpieczenia grupowego pracowniczego. Polisą tą objęty został również ubezpieczony R. G. w związku z wykonywaną przez niego pracą.

Na skutek nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w dniu 24 lutego 2014 r. na terenie Rosji, R. G. doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, wobec czego zwrócił się do pozwanego o wypłatę świadczeń. Pozwany początkowo ustalił, że R. G. doznał 5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie ustalił kolejne 12 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, w związku z czym pozwany wypłacił powodowi świadczenie w wysokości 6120 zł. Powód nie zgodził się z oceną rozmiarów trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonaną przez pozwanego, gdyż w jego ocenie szkoda na osobie postępowała również po wydaniu ostatecznego orzeczenia przez ubezpieczyciela. Powód wskazał, że w okresie od 26 marca 2014 r. do 15 grudnia 2014 r. odbył 10 konsultacji psychologicznych i wymagał dalszego leczenia. W wyniku zdarzenia doznał uszczerbku na zdrowiu w postaci zaburzeń lękowych i stresowych, stłuczenia płuc bez niewydolności oddechowej, urazu jamy brzusznej z pęknięciami krezki jelita, uszkodzeniu powłoki jamy brzusznej, urazu kręgosłupa w części krzyżowo-lędźwiowej z krwiakiem prawostronnym kości krzyżowej czego następstwem są bólowe zespoły korzeniowe w tym odcinku kręgosłupa, uszkodzeniu kości sklepienia i podstawy czaszki.

W ocenie strony powodowej przyznane odszkodowanie z tytułu uszczerbku na zdrowiu zostało przyznane i wypłacone w niepełnej wysokości oraz jest nieadekwatne do doznanego przez ubezpieczonego uszczerbku. W ocenie powoda ocena doznanego przez niego trwałego uszczerbku na zdrowiu winna zostać zwiększona z 17 % do 38 %, a więc o 21 %. 1 % uszczerbku równa się 360 zł, wobec czego powód dochodzi pozwem dodatkowo kwoty 7560 zł.

W odpowiedzi na pozew, pełnomocnik pozwanego wniósł o oddalenie powództwa w całości. Wskazał, że okolicznością bezsporną jest fakt, że dniu 24 lutego 2014 r. powód był objęty grupowym ubezpieczeniem pracowniczym typ P PLUS zgodnie z polisą numer (...). Pozwany wskazał również, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P (...) oraz dodatkowo umowa ubezpieczenia podstawowego została rozszerzona o dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, do którego zastosowanie mają ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, których treść była powodowi znana. Suma ubezpieczenia na dzień nieszczęśliwego wypadku wynosiła 9000 zł, natomiast za 1 % stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przysługuje świadczenie w wysokości 4 % sumy ubezpieczenia. Pozwany kwestionuje roszczenie powoda, gdyż lekarz działający na zlecenie pozwanego, na podstawie dokumentacji medycznej stwierdził, że powód doznał tępego urazu jamy brzusznej z pęknięciem błony surowiczej jelita cienkiego, krezki jelita C. i esicy, krwiaka otrzewnej, stłuczenia obu płuc z pourazowym zapaleniem płuc i opłucnej, ustalając wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda w wysokości 5 %, co skutkowało wypłatą świadczenia w kwocie 1800 zł na podstawie decyzji z dnia 31 lipca 2014 r. Natomiast w wyniku ponownego rozpatrzenia sprawy na podstawie dodatkowej dokumentacji medycznej, pozwany ustalił dalsze 12 % trwałego uszczerbku wynikającego z przedmiotowego zdarzenia i dokonał dopłaty w kwocie 4320 zł. Pozwany podniósł, że twierdzenie powoda odnośnie nieprawidłowej oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie znajduje potwierdzenia w dokumentacji medycznej powoda, a stopień ten, zgodnie z zawartą umową, może być ustalony najpóźniej na 24 miesiąc licząc od daty zdarzenia, gdyż późniejsza zmiana zarówno w przypadku pogorszenia, jak i polepszenia nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.

W piśmie procesowym z dnia 3 kwietnia 2019 r. pełnomocnik powoda wskazał, że umowa polisy, którą przedstawiła strona pozwana w odpowiedzi na pozew, a z której wynika kwota ubezpieczenia 9000zł, datowana jest na dzień 1 lutego 2010 r. i wynika z niej, że została zawarta na okres 1 roku. Wobec czego strona powodowa podniosła, iż kwestionuje ten dowód, a pozwany nie udowodnił, że umowa w takim samym brzmieniu, na takich samych warunkach obowiązywała w dacie zdarzenia. Ponadto pełnomocnik powoda oświadczył, że powód nie dysponował egzemplarzem umowy i nie były mu znane jej szczegółowe warunki, a na deklaracji przystąpienia powoda do polisy z dnia 27 września 2011 r. brakuje informacji o ograniczeniu ubezpieczenia do kwoty 9000 zł.

W kolejnym piśmie z dnia 8 kwietnia 2019 r. pełnomocnik powoda, cofnął wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z dziedziny psychologii i psychiatrii, wniósł o pominięcie dowodu z przesłuchania strony powodowej oraz wniósł o nieobciążanie powoda kosztami procesu, w tym zastępstwa procesowego. W uzasadnieniu argumentował swoje stanowisko okolicznością, że powód występując z pozwem nie posiadał wiedzy o warunkach ubezpieczenia i jego sumie. W przeciwnym razie nie wystąpiłby z powództwem na kwotę wyższą aniżeli ta wynikająca z sumy ubezpieczenia.

Jako uzasadnienie wniosku o nieobciążanie kosztami wskazano, że ustalenie faktycznego uszczerbku na zdrowiu powoda wymagało wiedzy specjalistycznej i powód występując z roszczeniem nie był w stanie precyzyjnie określić kwoty odszkodowania i faktycznego uszczerbku na zdrowiu.

Na rozprawie w dniu 1 sierpnia 2019 r. pełnomocnik powoda cofnął pozew wraz z zrzeczeniem się roszczenia ponad kwotę 1800 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz podtrzymał wniosek o nieobciążanie powoda kosztami procesu.

Sąd ustalił, co następuje:

(...) S.A. z siedzibą w T. zawarła z (...) Zakładem (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. polisę ubezpieczenia grupowego pracowniczego TYP P PLUS nr (...) obowiązującą od dnia 1 lutego 2010 r. na okres jednego roku z możliwością przedłużenia na kolejne analogiczne co do długości okresy o ile żadna ze stron nie wyrazi woli nieprzedłużania umowy. Umowa ta obowiązywała również 24 lutego 2014 r. Niniejsza umowa określała sumę ubezpieczenia na kwotę 9000 zł, a świadczenie za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem określono na 4 % sumy ubezpieczenia.

Dowód:

- grupowe ubezpieczenie pracownicy typ p plus Polisa nr (...), k. 93
- ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego TYP P PLUS, k. 90-91,
- ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, k. 92.

3 stycznia 2012 r. do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P plus z polisy o nr (...) przystąpił R. G. w związku ze świadczoną przez niego pracą.

Okoliczność bezsporna a ponadto dowód:

- deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia k. 18-19.

W dniu 24 lutego 2014 r. R. G. uległ na terytorium Rosji nieszczęśliwemu wypadkowi w trakcie wykonywanej przez niego pracy. W wyniku tego zdarzenia R. G. doznał szeregu obrażeń, w tym urazu jamy brzusznej z pęknięciem błony surowiczej jelita cienkiego, krezki jelita cienkiego i esicy stanowiące 5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, stłuczenia płuc – 4% trwałego uszczerbku na zdrowiu, a także urazu kręgosłupa w części krzyżowo-lędźwiowej – korzeniowy zespół bólowy lędźwiowo-krzyżowy oceniany na 5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Ponadto R. G. po wypadku leczył się psychologicznie z uwagi na nerwicę pourazową ocenioną na 4% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Dowód:

- epikryza wypisowa nr (...),k. 48;
- karta informacyjna z wojewódzkiego szpitala zespólnego im. L. R. w T. z dnia 19 marca 2014 r., k.49-50;
- historia zdrowia i choroby – (...) Wojewódzkiego Szpitala zespólnego im. L. R. w T. nr karty 731/14,k. 51-52;
- zaświadczenie o korzystaniu z zabiegów rehabilitacyjnych, k. 67;
- historia zdrowia i choroby – (...) Chirurgiczna Wojewódzkiego Szpitala (...) w T. nr karty 1168/14, k. 62-65;
- historia choroby – poradnia zdrowia psychicznego z Poradni Psychologicznej W. ódzkiego Ośrodka (...) w T., k. 53-56
- historia choroby z (...) Centrum (...). Sp. z o.o., k. 71-73;

- dokumentacja medyczna R. G. z Wojewódzkiego Szpitala (...) im. L. R. w T., k. 122-172;
- dokumentacja medyczna R. G. Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w T., k. 177-181;
- dokumentacja medyczna R. O. (...), k. 116-117;
- pisemna opinia biegłego sądowego ortopedy, k. 213-214,
- ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego ortopedy, k. 237-238.

Decyzją z dnia 31 lipca 2014 r. (...) Zakład (...) na (...) S.A. przyznał R. G. świadczenie w kwocie 1800 zł wobec stwierdzenia przez lekarza orzecznika 5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu – w tym 3 % za tępy uraz jamy brzusznej z pęknięciem błony surowiczej jelita cienkiego, krezki jelita cienkiego i esicy i krwiakiem otrzewnej – blizny pooperacyjnej kwalifikując to wg tabel ubezpieczyciela kodem 66A, natomiast 2 % został przyznany za uraz w postaci stłuczenia obu płuc z pourazowym zapaleniem płuc i opłucnej z kodu 61A.

Dowód:

- orzeczenie lekarza z dnia 30 lipca 2014 r. k 94;
- decyzja z dnia 31 lipca 2014 r. o przyznaniu świadczenia w kwocie 1800 zł za stwierdzony 5 % trwały uszczerbek na zdrowiu, k. 95,
- tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, k. 28-47.

Następnie po analizie dodatkowej dokumentacji medycznej, decyzją z dnia 9 grudnia 2014 r. (...) Zakład (...) na (...) S.A. przyznał R. G. dodatkowo świadczenie w kwocie 4320 zł tytułem dalszego stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wymiarze 12 %. Lekarz orzecznik stwierdził, że dodatkowe 2 % uszczerbku został przyznany w związku z blizną pooperacyjną, ze wzmoczeniem napięcia mięśni powłok jamy brzusznej z kodu 66A, dodatkowy 2 % uszczerbek przyznano z kodu 61A za uszkodzenie płuc i opłucnej oraz zrosty opłucnowe. 4 % przyznano z kodu 95A za ograniczenie ruchomości odcinka lędźwiowego oraz wzmoczenia napięcia mięśni przykręgosłupowych, a także 4 % uszczerbek z uwagi na stwierdzoną nerwicę potwierdzoną dokumentacją z poradni psychologicznej z kodu 10A. Łącznie stwierdzono u R. G. 17 % trwałego uszczerbku na zdrowiu doznanego w wyniku zdarzenia z 24 lutego 2014 r.

Dowód:

- decyzja z dnia 9 grudnia o przyznaniu dodatkowego świadczenia w kwocie 4320 zł za stwierdzony dodatkowy trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 12 %, k. 97;
- orzeczenie lekarza orzecznika z dnia 4 listopada 2014 r., k. 96;
- tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, k. 28-47.

R. G. kwestionował ocenę stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu i wysokość przyznanego świadczenia, wobec czego jego pełnomocnik pismem z dnia 22 czerwca 2016 r. złożył wniosek do (...) Zakładu (...) na (...) S.A. o ponowne rozpatrzenie sprawy. W odpowiedzi na wniosek pismem z dnia 29 lipca 2016 r. ubezpieczyciel wskazał, że po ponownej analizie dokumentów podtrzymuje swoje dotychczasowe stanowisko i nie widzi podstaw do jego zmiany.

Dowód:

- pismo pełnomocnika R. G. z dnia 22 czerwca 2016 r., k. 26-27;
- pismo ubezpieczyciela z dnia 29 lipca 2016 r., k. 24-25.

Sąd zważył, co następuje:

Na wstępie rozważań, należy zaznaczyć, że w procesie cywilnym powód dysponuje przedmiotem procesu i określa jego granice. W pozwie powód domagał się zasądzenia od pozwanego kwoty 7560 zł, natomiast na rozprawie w dniu 1 sierpnia 2019 r. pełnomocnik powoda cofnął pozew wraz ze zrzeczeniem się roszczenia ponad kwotę 1800 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Wobec powyższego Sąd w punkcie III wyroku na podstawie art. 355 kpc umorzył postępowanie co do kwoty 5760 zł wraz z odsetkami.

Do rozstrzygnięcia pozostało żądanie odnośnie zasądzenia kwoty 1800 zł.

Stan faktyczny sprawy Sąd ustalił przede wszystkim w oparciu o powołane powyżej dowody z dokumentów przedłożonych do akt sprawy, którym dano w pełni wiarę. Ponadto istotny dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy był dowód z opinii biegłego sądowego ortopedy, gdyż w sprawach dotyczących świadczeń w związku z doznanymszczerbkiem na zdrowiu niezbędne jest uzyskanie wiadomości specjalnych z zakresu medycyny. W ocenie Sądu opinia biegłego ortopedy w niniejszej sprawie jest opinią w pełni rzetelną. Należy zaznaczyć, że opinia ta pozwoliła zweryfikować twierdzenia stron dotyczące doznanego uszczerbku na zdrowiu przez powoda jedynie w zakresie schorzeń ortopedycznych. Strona powodowa wszak cofnęła wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych lekarzy innych specjalizacji, wobec czego, w zakresie w jakim powód kwestionował ocenę uszczerbku na zdrowiu związaną z innymi schorzeniami, Sąd mógł bazować jedynie na dokumentacji medycznej dołączonej do akt sprawy.

Bezspornym w niniejszej sprawie jest okoliczność, że powód uległ w dniu 24 lutego 2014 r. na terenie Rosji nieszczęśliwemu wypadkowi w wyniku, którego doznał szeregu obrażeń, opisanych w dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia skutków tego zdarzenia. Strona pozwana przyznała również, że zdarzenie to nastąpiło w okresie w jakim powód był objęty ubezpieczeniem. W związku z tym, że strona powodowa w piśmie z dnia 3 kwietnia 2019 r. podniosła, że umowa polisy z dnia 1 lutego 2010 r. o nr (...), w której suma ubezpieczenia określona była na kwotę 9000 zł, zawarta została na okres 1 roku, zatem w ocenie strony powodowej strona pozwana nie udowodniła, że umowa w takim samym brzmieniu i na takich samych warunkach obowiązywała w dacie zdarzenia, należy odnieść się do tego zarzutu i przesądzić treść umowy na podstawie, której dochodzone jest roszczenie. Przede wszystkim zaznaczyć należy, że umowa polisy nr (...) została zawarta między przedsiębiorcami i zawarto w niej klauzulę, że umowa ta zostaje przedłużana na kolejne analogiczne okresy, jeśli żadna ze stron nie oświadczy woli nieprzedłużania tej umowy. Z zebranego materiału dowodowego, nie wynika okoliczność, że umowa ta nie została przedłużona lub zmieniono jej treść. Należy zatem uznać, że treść zobowiązania na dzień 24 lutego 2014 r. wyznacza treść tej umowy i jej załączników. Natomiast argument pełnomocnika powoda, że strona pozwana nie udowodniła, że umowa o tej treści obowiązywała w chwili zdarzenia jest całkowicie nietrafiony. Ciężar dowodu tej okoliczności – treści stosunku zobowiązaniowego leży po stronie wywodzącej roszczenia z tego stosunku, a więc po stronie powodowej. Zatem, jeżeli strona powodowa chciała skutecznie zakwestionować treść umowy ubezpieczenia, winna udowodnić, że w dacie zdarzenia obowiązywała umowa o innej treści, czego nie uczyniła.

Przechodząc do dalszej części rozważań, wskazać należy, że istota sporu sprowadza się do oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda spowodowanego zdarzeniem z 24 lutego 2014 r., gdyż ocena ta rzutuje na wysokość należnego świadczenia. Ubezpieczyciel ocenił uszczerbek na zdrowiu powoda na 17 %. 5% uszczerbku wywiedziono z obrażeń brzucha, napięcia mięśni powłok jamy brzusznej i blizny, wskazując, że przyznano to w oparciu o tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, mającą zastosowanie do przedmiotowej umowy ubezpieczenia, z pozycji 66A pod którą przewidziano, że maksymalnie można ustalić 5 % uszczerbku, a więc przyznano świadczenie maksymalne za tego typu obrażenia. 4% uszczerbku oceniono w związku z uszkodzeniem płuc, stosownie do pozycji 61A tabeli, która przewiduje że maksymalnie ustalić można 5 % uszczerbku – ocena ta jest w górnych granicach przewidzianych umową. 4 % uszczerbku przyznano za nerwicę potwierdzoną dokumentacją z poradni psychologicznej na podstawie pozycji 10A, która przewiduje że maksymalnie ustalić można 5 % uszczerbku – ustalono go zatem w górnych granicach przewidzianych umową. Także 4 % przyznano za ograniczenie ruchomości odcinka lędźwiowego i wzmoczenie napięcia mięśni przykręgosłupowych z pozycji 95A, która przewiduje maksymalny pułap 5 % za urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane). W tym miejscu należy wskazać, że biegły sądowy

w swojej opinii również stwierdził u powoda pourazowy, korzeniowy zespół bólowy lędźwiowo-krzyżowy i ocenił to schorzenie na 5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Z dokumentacji medycznej oraz opisu z orzeczenia lekarza orzecznika działającego na zlecenie pozwanego wynika, że powód doznał obrażeń kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. W orzeczeniu wpisano błędnie kod 95A z tabeli norm, który dotyczy urazowych zespołów korzeniowych szyjnych bólowych, gdyż z dokumentacji medycznej nie wynika, żeby doszło do urazu kręgosłupa w odcinku szyjnym. Należy to uznać za błąd przy wpisywaniu kodu i uznać, że schorzenie to dotyczy pozycji z tabeli pod kodem 95E. Zatem schorzenie ocenione przez lekarza orzecznika pozwanego - urazowy zespół korzeniowy odcinka lędźwiowego, jak również schorzenie wskazane przez biegłego ortopedę jako korzeniowy zespół bólowy lędźwiowo-krzyżowy jest tym samym schorzeniem doznany przez powoda w wyniku zdarzenia i winno zostać ocenione zgodnie z pozycją 95E tabeli norm. Nie jest to schorzenie, które w ogóle nie zostało uwzględnione przez pozwanego przy wydawaniu orzeczenia lekarskiego i decyzji o przyznaniu świadczenia. Tabela norm przewiduje maksymalnie przyznanie 5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu za to schorzenie. Lekarz orzecznik pozwanego przyznał 4 %, natomiast biegły sądowy orzekł 5 % uszczerbek. Sąd w tym zakresie w pełni dał wiarę opinii biegłego sądowego ortopedy i uznał, że trwały uszczerbek na zdrowiu powoda związany z korzeniowym zespołem bólowym lędźwiowo-krzyżowym będącym skutkiem zdarzenia z 24 lutego 2014 r. wynosi 5 %. W ocenie Sądu, w oparciu o zebrany materiał dowodowy brak jest podstaw do ustalenia innych jeszcze obrażeń u powoda spowodowanych wypadkiem z dnia 24 lutego 2014 r., jak również zmiany oceny tych, które przez pozwanego zostały uwzględnione i ocenione w górnych granicach zakreślonych stosunkiem zobowiązaniowym lub wręcz maksymalnych granicach. Poza oczywiście stopniem trwałego uszczerbku związanym z korzeniowym zespołem bólowym lędźwiowo-krzyżowym, który ustalić należało na 5 %.

Podsumowując, w ocenie Sądu, strona powodowa w ramach niniejszego procesu wykazała, że ocena stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda związanego z wypadkiem z dnia 24 lutego 2014 r. winna wynosić o 1 % więcej niż ustalił to pozwany. Wobec powyższego Sąd zasądził w punkcie I wyroku na podstawie art. 805 § 1 i 2b kc od pozwanego na rzecz powoda kwotę 360 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 8 marca 2017 r. do dnia zapłaty, jako że zgodnie z umową za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu przysługuje świadczenie w wysokości 4 % sumy ubezpieczenia tj. 4% z 9000 zł, co daje kwotę 360 zł. Natomiast w punkcie II wyroku Sąd oddalił powództwo w pozostałym zakresie tj. co do kwoty 1440 zł.

W związku z tym, że pozwany nie dał powodu do wytoczenia powództwa w cofniętej części oraz powództwo powoda zostało uwzględnione jedynie w nieznacznym zakresie, Sąd orzekł o kosztach procesu zgodnie z art. 100 kpc w zw. z art. 98 §1 i 3 kpc uznając, że powód w istocie przegrał proces i zobowiązany jest do poniesienia jego kosztów. Koszt postępowania dowodowego wyniósł 337,96 zł – na kwotę tę złożyło się wynagrodzenie biegłego za sporządzenie opinii w kwocie 319,41 oraz kwota 18,55 zł jako koszt sporządzenia kopii dokumentacji medycznej powoda przez Wojewódzki Szpital (...) w T.. Kwotę tę w całości pokryto z zaliczki wpłaconej przez powoda w kwocie 500 zł, wobec czego zarządzeniem pozostała część niewykorzystanej zaliczki zostanie zwrócona powodowi. Natomiast w zakresie kosztów procesu należnych drugiej stronie Sąd w punkcie V wyroku zasądził od powoda na rzecz pozwanej kwotę 1817 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, na którą złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika pozwanej w kwocie 1800 zł oraz 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Strona powodowa złożyła wniosek o nieobciążanie powoda kosztami procesu, w tym zastępstwa procesowego, jednakże w ocenie Sądu wniosek ten nie zasługiwał na uwzględnienie. Zgodnie z art. 102 kpc w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Strona powodowa argumentowała swój wniosek tym, że powód wystąpił pierwotnie o zapłatę kwoty 7560 zł (mimo otrzymanego wcześniej od ubezpieczyciela świadczenia w kwocie 6120 zł) z uwagi na to, że nie znał treści umowy zawartej między jego pracodawcą a pozwanym i nie wiedział o tym, że suma ubezpieczenia wynosi 9000 zł. Natomiast gdyby dysponował taką wiedzą, to nie wystąpiłby z roszczeniem przewyższającym sumę ubezpieczenia. Pełnomocnik powoda wskazywał również, że określenie faktycznego uszczerbku na zdrowiu wymagało wiedzy specjalistycznej biegłych lekarzy i powód nie był w stanie precyzyjnie określić kwoty odszkodowania. W ocenie niniejszego Sądu taka argumentacja nie mogła skutkować nieobciążaniem powoda kosztami procesu. Po pierwsze wskazać należy, że występując do Sądu z roszczeniem należy liczyć się z koniecznością poniesienia kosztów procesu w przypadku

niekorzystnego rozstrzygnięcia. Wobec tego należy zaplanować proces i zebrać odpowiednie dowody na poparcie swoich roszczeń. Zaznaczyć należy, iż powód jeszcze przed wytoczeniem powództwa, na etapie przedsądowym, korzystał z pomocy profesjonalnego pełnomocnika i nic nie stało na przeszkodzie aby zwrócić się do ubezpieczyciela o przesłanie kopii umowy lub podaniu sumy ubezpieczenia. Ponadto suma ubezpieczenia w kwocie 9000 zł wynikała wprost z decyzji o przyznaniu świadczeń powodowi, które były mu przesłane. Zatem ewentualna niewiedza powoda o sumie ubezpieczenia wynikała jedynie z braku należytej dbałości i niedokładnej analizy dokumentów. Procesy związane z odszkodowaniem za szkodę na osobie wiążą się z koniecznością zasięgnięcia wiedzy specjalistycznej biegłych lekarzy. Ta okoliczność również nie może uzasadniać neobciążenia, w drodze wyjątku, powoda kosztami. Powód otrzymał świadczenie za stwierdzone obrażenia w maksymalnym lub górnym przedziale wynikającym z wiążących tabel oceny (które strona powodowa знаła i dołączyła do pozwu). Obrażenia te zostały stwierdzone przez lekarzy orzeczników. Nieposiadanie przez powoda wiedzy medycznej nie uzasadnia dowolnego kierowania roszczeń i kwestionowania ustalonych przez lekarzy, na podstawie dokumentacji medycznych, obrażeń i stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu z nich wynikających – w tym przypadku w zakresie ponad dwukrotnie wyższym niż te stwierdzone przez lekarzy orzeczników. W związku z czym Sąd orzekł o ponoszeniu kosztów przez powoda zgodnie z zasadą ogólną wyrażoną w kpc, uznając że nie zachodzą szczególne okoliczności uzasadniające zastosowanie przepisów przewidujących wyjątek od tej zasady.