

Sygn. akt III Ca 1761/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 kwietnia 2015 r.

Sąd Okręgowy w Gliwicach III Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SO Teresa Kołeczko - Waclawik

Sędzia SO Anna Hajda (spr.)

Sędzia SR (del.) Marcin Rak

Protokolant Marzena Makoś

po rozpoznaniu w dniu 2 kwietnia 2015 r. w Gliwicach na rozprawie

sprawy z powództwa P. F.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanej

od wyroku Sądu Rejonowego w Gliwicach

z dnia 27 września 2012 r., sygn. akt I C 1497/08

I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

1) w punkcie 1 oddala powództwo,

2) w punkcie 3 zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 3.611,26 (trzy tysiące sześćset jedenaście 26/100) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;

II. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 1.056,00 (tysiąc pięćdziesiąt sześć) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu w postępowaniu odwoławczym.

SSR (del.) Marcin Rak SSO Teresa Kołeczko - Waclawik SSO Anna Hajda

Sygn. akt III Ca 1761/12

UZASADNIENIE

Powód P. F. domagał się zasądzenia od pozwanego (...) SA w W. na swoją rzecz łącznej kwoty 11.080,89 złotych wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 2 stycznia 2008 roku. Na dochodzoną pozvem należność składała się kwota 9.492,77 złotych z tytułu zwrotu kosztów leczenia oraz kwota 1.588,12 złotych z tytułu świadczenia z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Powód dochodził także zwrotu kosztów postępowania. W uzasadnieniu swojego stanowiska powód wskazywał na łączącą strony umowę ubezpieczenia Wojazer, powołując się na okoliczność, że podczas pobytu na terytorium Tajlandii doznał wypadku, który spowodował konieczność leczenia, w tym hospitalizacji. Pozwany odmówił wypłaty świadczeń dochodzonych pozvem.

Strona pozwana domagała się oddalenia powództwa i obciążenia powoda kosztami postępowania. Uzasadniając swoje stanowisko pozwany zakwestionował roszczenie powoda zarówno co do zasady jak i wysokości. Pozwany wskazywał, że powód nie wykazał, że zdarzenie miało miejsce w okresie objętym odpowiedzialnością ubezpieczeniową, a nadto nie wykazał wysokości uszczerbku na zdrowiu.

Wyrokiem z dnia 27 września 2012 roku Sąd Rejonowy w Gliwicach zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 9.106,89 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 2 stycznia 2008 roku, oddalił powództwo w pozostałej części, a nadto zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.542,60 złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania. Orzekł także Sąd Rejonowy w przedmiocie zwrotu niewykorzystanych zaliczek sądowych.

Podstawa tej treści rozstrzygnięcia były następujące ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Rejonowy. W dniu 23 maja 2007 roku ojciec powoda J. F. zawarł w imieniu powoda umowę ubezpieczenia Wojażer z okresem ubezpieczenia od dnia 24 maja 2007 roku do dnia 8 czerwca 2007 roku. Ubezpieczenie obejmowało koszty leczenia i ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków. Integralną część umowy stanowiły ogólne warunki ubezpieczenia Wojażer. W dniu 24 maja 2007 roku powód przyleciał z Polski do Tajlandii. 20 maja 2007 roku powód przebywał w Niemczech, skąd przyleciał do Polski. Jadąc pociągiem na trasie z B. do H.-H. powód stracił równowagę i upadł na okno, a następnie na podłogę. Następnego dnia powód udał się do szpitala w B., gdzie wykonano mu zdjęcie RTG, które nie wykazało zmian w układzie kostnym, powodowi unieruchomiono rękę. W dniu 30 maja 2007 roku wykonano u powoda ponownie zdjęcie RTG oraz dalsze badania, wskutek których ustalono, że doszło do zerwania mięśnia trójgłowego w okolicach łokcia. Przeprowadzono u powoda zabieg operacyjny, co skutkowało tym, że powód pozostał w szpitalu przez dwa dni i jedną noc. Ręka powoda została usztywniona szyną. Po 10-12 dniach zdjęto powodowi szwy i rękę ponownie umieszczono w szynie. Po sześciu tygodniach zdjęto szynę, a ręka nadal musiała pozostać w bandażu. Za wszystkie usługi medyczne powód zapłacił gotówką. W dokumentacji medycznej powoda lekarz błędnie wpisał datę zdarzenia 20 maja 2007 roku, co wynikało, z faktu, iż w tym zakresie powód nie został prawidłowo zrozumiany przez lekarza. Następnie data została poprawiona przez szpital w B.. Powód zdecydował się na leczenie w Tajlandii, gdyż dolegliwości bólowe związane z urazem nie pozwoliły mu na powrót do Polski. Łącznie koszty leczenia powoda w Tajlandii wyniosły 110.252,96 (...).

Powód zgłosił szkodę najpóźniej w dniu 5 lipca 2007 roku, pismem z dnia 23 października 2007 roku i 31 grudnia 2007 roku odmówiono powodowi wypłaty odszkodowania, wskazując, że z dokumentacji medycznej wynika, iż zdarzenie miało miejsce w dniu 20 maja 2007 roku.

W tak ustalonym stanie faktycznym zważył Sąd Rejonowy, że powództwo w przeważającej części należało uznać za uzasadnione. Przywołał Sąd dyspozycję art. 805 kc, wskazując, że z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, że do wypadku ubezpieczeniowego doszło w pierwszym dniu ochrony ubezpieczeniowej. W ocenie Sądu Rejonowego nielogicznym by było przyjęcie – za stroną pozwaną – że powód z ciężkim obrażeniem, którego doznał w dniu 20 maja 2007 roku, przyjechał samochodem do Polski, skąd samolotem udał się do Tajlandii, szczególnie, że Tajlandia nie jest w powszechnym odczuciu krajem o wysoko wyspecjalizowanej opiece medycznej. Wobec takiego ustalenia rozważył Sąd I instancji kwestię skutków niezawiadomienia o zaistnieniu zdarzenia centrum Alarmowego (...) i podjęcia leczenia bez konsultacji z pozwanym, gdyż taki obowiązek przewidywały postanowienia owu, stanowiące integralną część umowy. Dokonując analizy ustalonego stanu faktycznego w tym zakresie doszedł Sąd Rejonowy do przekonania, że zachowanie powoda, który o zaistnieniu szkody zawiadomił pozwanego dopiero w lipcu 2007 roku wynikało z rażącego niedbalstwa. Nie oznacza to jednak, że powodowi nie przysługuje roszczenie o zapłatę odszkodowania obejmującego koszty leczenia w Tajlandii, gdyż w ocenie Sądu, pozwany, w razie niezawiadomienia go o szkodzie przed podjęciem leczenia zobowiązał się pokryć tylko te koszty leczenia, które musiałby pokryć również w przypadku organizowania usług przez Centrum Alarmowe (...), a obowiązek wykazania okoliczności zmierzających do zmniejszenia wysokości odszkodowania w stosunku do szkody rzeczywiście poniesionej spoczywa na pozwanym. Skoro więc powód wykazał, że poniósł koszty leczenia w kwocie 110.252,96 (...), a pozwany nie wykazał, iż gdyby sam organizował leczenie koszty byłyby niższe, należało uznać, że niezawiadomienie pozwanego o konieczności podjęcia leczenia przez powoda nie miało wpływu na odpowiedzialność pozwanego względem powoda. Nadto – odnosząc się do

zarzutu pozwanego wynikającego z postanowień § 8 i 15 owu – wskazał Sąd Rejonowy, że badania i zabiegi medyczne oraz pobyt powoda w szpitalu były celowe dla wyleczenia doznanego urazu. Wobec takiej konstatacji doszedł Sąd Rejonowy do przekonania, że należne powodowi odszkodowanie, tytułem kosztów leczenia urazu z dnia 24 maja 2007 roku obejmuje wszystkie koszty jego leczenia udokumentowane złożonymi do akt pokwitowaniami i fakturami w łącznej kwocie – po przeliczeniu na polską walutę – 9.106,89 złotych. W pozostałym zakresie powództwo zostało oddalone, wobec jego niewykazania jego zasadności w postępowaniu. O kosztach procesu orzeczono stosownie do dyspozycji art. 100 kpc.

Z wyżej wskazanym orzeczeniem nie zgodziła się strona pozwana wywodząc apelację i domagając się zmiany wyroku poprzez oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania.

Skarżący zarzucił naruszenie art. 233 kpc oraz art. 805 kc i postanowień owu Wojażer, bowiem zasądzone w wyroku świadczenie nie odpowiada treści zawartej umowy ubezpieczenia. Pozwany podnosił, iż Sąd Rejonowy błędnie ustalił datę wypadku, któremu legł powód, a także zakwestionował prawidłowość wyroku także w zakresie zasądzonej kwoty odszkodowania.

W odpowiedzi na apelację powód domagał się jej oddalenia oraz zasądzenia od skarżącego na swoją rzecz kosztów postępowania odwoławczego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych bądź złożonego spisu.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego odniosła skutek. W pierwszej kolejności wskazać należy, że Sąd II instancji na rozprawie w dniu 20 marca 2013 roku dopuścił dowód z dokumentacji placówki medycznej w B., w której powód był leczony, na okoliczność przebiegu leczenia powoda i zastosowanych procedur medycznych. Wobec zaistniałych trudności w przeprowadzeniu tego dowodu, w tym dotyczących skutecznego doręczenia zobowiązania do przesłania pełnej posiadanej dokumentacji lekarskiej powoda do Sądu, postanowieniem z dnia 2 kwietnia 2015 roku, dowód ten został pominięty, stosownie do dyspozycji art. 242 kpc. Zatem rozpoznając apelację pozwanego, dokonał Sąd Okręgowy analizy trafności zarzutów w niej zawartych w oparciu o materiał dowodowy zgromadzony przed Sądem I instancji. Doszedł Sąd II instancji do wniosku, że ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wyprowadził Sąd Rejonowy nietrafne wnioski. Zatem – w oparciu o dostępny materiał dowodowy – dokonał Sąd Odwoławczy odmiennych ustaleń faktycznych od tych dokonanych przez Sąd I instancji. Dla porządku wskazać należy, że Sąd II instancji może wyjątkowo poczynić ustalenia faktyczne odbiegające w swej treści od tych, które poczynił Sąd rozpoznający sprawę, a to wówczas gdy ustalenia poczynione przez Sąd I instancji zostały dokonane z naruszeniem zasad doświadczenia życiowego lub z naruszeniem zasad logiki formalnej. W rozpoznawanej sprawie – zdaniem Sądu Okręgowego – z taką sytuacją mamy do czynienia, a konkretnie ustalenia Sądu Rejonowego zostały dokonane z pominięciem wniosków płynących z zasad doświadczenia życiowego. Analizując całokształt zebranego w sprawie materiału dowodowego doszedł mianowicie Sąd Okręgowy do wniosku, że zdarzenie, które stanowiło podstawę faktyczną roszczenia powoda miało miejsce przed zawarciem przez ojca powoda umowy ubezpieczenia Wojażer. Do takiej konstatacji doprowadziły Sąd Okręgowy następujące okoliczności. Pierwotnie w dokumentacji lekarskiej placówki medycznej zajmującej się leczeniem powoda i to dwukrotnie, jako datę zdarzenia wpisano 20 maja 2007 roku. Wyjaśniając tę okoliczność powód powoływał się na brak możliwości porozumienia się z lekarzem w języku angielskim. Wyjaśnienia powoda w tym zakresie uznał Sąd Okręgowy za niewiarygodne. Wskazania bowiem wymaga, że powód przebywał na terytorium Tajlandii nie pierwszy raz, w okresach wcześniejszych także leczył się we wskazanym szpitalu z powodu innych schorzeń i, co istotne, był w stanie porozumieć się z lekarzem po urazie którego doznał co do metod leczenia, konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego i z pewnością jego konsekwencji, a także co do dalszego postępowania medycznego. Zatem jako zupełnie niewiarygodne jawią się w tym kontekście wyjaśnienia powoda, że w sprawie tak nieskomplikowanej, również w sensie językowym, nie był w stanie porozumieć się z lekarzem i ewentualnie na bieżąco skorygować pomyłkę w tym zakresie uwidocznioną w dokumentacji lekarskiej. Po wtóre wątpliwości Sądu Okręgowego zrodził fakt zawarcia umowy ubezpieczenia na okres dwutygodniowy, a to od dnia 24 maja 2007 roku do 8 czerwca 2007 roku, w sytuacji gdy powód – jak to wynika z jego zeznań – wyjechał

do Tajlandii z zamiarem pobytu w tym kraju przez okres kilku tygodni, około dwumiesięczny. Zatem całkowicie niezrozumiale wydaje się być zawarcie umowy ubezpieczenia na okres zaledwie dwóch tygodni. Wątpliwości w tym zakresie powód nie potrafił przekonywająco wyjaśnić, powołując się na przyczyny ekonomiczne. W tym kontekście nie można tracić z pola widzenia bezspornego faktu braku ubezpieczenia powoda z innych tytułów w rozpoznawanym okresie. Kolejną sprzecznością w stanowisku prezentowanych przez powoda, być może o mniejszej doniosłości niż wyżej wskazane, było to, że – jak wynika zarówno z treści pozwu, jak i zeznań powoda, wypadek miał miejsce w pociągu relacji B. – H. – H., co wskazuje na okoliczność, że powód wyjeżdżał z B.. Z zeznań powoda wynika natomiast, że po wypadku wysiadł z pociągu i następnego dnia udał się do szpitala w B., co wskazywałoby raczej na fakt poruszania się powoda w odwrotnym do wskazywanego kierunku. Reasumując powyższe, doszedł Sąd Okręgowy do przekonania, że postępowanie dowodowe przeprowadzone w sprawie nie pozwala na przyjęcie, iż powód udowodnił by zdarzenie z którego wywodzi skutki prawne miało miejsce w okresie objętym ochroną ubezpieczeniową. Nie podziela Sąd Okręgowy stanowiska Sądu I instancji, iż nielogicznym jest by powód już po urazie odbył podróż z Niemiec do Polski i z Polski do Tajlandii, która nie jest krajem o wysoko wyspecjalizowanej opiece medycznej. Jako, że powód już wcześniej leczył się we wskazanym szpitalu z powodu innego schorzenia należy przypuszczać, że co najmniej posiadał zaufanie do oferowanej przez szpital opieki medycznej. Zatem odmówił Sąd Okręgowy wiarygodności zeznaniom świadków D. F. i J. F. oraz samego powoda co do daty zdarzenia, w wyniku którego powód doznał urazu. Konsekwencją powyższego, stosownie do dyspozycji art. 6 kc, było oddalenie powództwa. Równocześnie odnoszenie się do pozostałych zarzutów apelacji stało się bezprzedmiotowe.

Dlatego orzeczono jak w punkcie pierwszym wyroku z mocy art. 386 § 1 kpc.

Wobec takiego rozstrzygnięcia zmianie musiało ulec także orzeczenie w przedmiocie kosztów postępowania przed Sądem I instancji, co do których orzeczono na zasadzie art. 98 kpc, obciążając nimi w całości powoda, jako stronę przegrywającą to postępowanie.

O kosztach postępowania odwoławczego orzeczono na zasadzie art. 98 kpc i art. 108 kpc w zw. z § 6 pkt 4 i § 12 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu. Na zasądzoną kwotę składa się wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego w kwocie 600,00 złotych oraz opłata od apelacji w kwocie 456,00 złotych.

SSR (del.) Marcin Rak SSO Teresa Kołeczko – Waławik SSO Anna Hajda