

Sygn. akt: I C 1255/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 grudnia 2018 r.

Sąd Okręgowy w Tarnowie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Piotr Wicherek
Protokolant:	protokolant sądowy Monika Barwacz

po rozpoznaniu w dniu 20 listopada 2018 r. w Tarnowie na rozprawie

sprawy z powództwa M. Ż.

przeciwko (...) Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W.

o zapłatę

I. zasądza do strony pozwanej (...) Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz powódki M. Ż. kwotę 207.960,00 (dwieście siedem tysięcy dziewięćset sześćdziesiąt) złotych wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od kwot:

- 187.200,00 (sto osiemdziesiąt siedem tysięcy dwieście) złotych od dnia 29 grudnia 2017 roku do dnia zapłaty,

- 20.760,00 (dwadzieścia tysięcy siedemset sześćdziesiąt) złotych od dnia 26 września 2018 roku do dnia zapłaty;

II. w pozostałym zakresie powództwo oddała;

III. zasądza od strony pozwanej (...) Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz powódki M. Ż. kwotę 5.417,00 (pięć tysięcy czterysta siedemnaście) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu,

IV. nakazuje pobrać od strony pozwanej (...) Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Tarnowie kwotę 1.701,63 (jeden tysiąc siedemset jeden 63/100) złotych tytułem brakującej części wydatków na opinie biegłego poniesionych tymczasowo w sprawie przez Skarb Państwa, oraz kwotę 10.398,00 (dziesięć tysięcy trzysta dziewięćdziesiąt osiem) złotych tytułem części opłaty od pozwu, od której uiszczenia powódka była zwolniona,

V. nakazuje pobrać od powódki M. Ż. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Tarnowie z zasądzonych na rzecz powódki w punkcie I wyroku roszczenia kwotę 254,27 (dwieście pięćdziesiąt cztery 27/100) złotych tytułem brakującej części wydatków na opinie biegłego poniesionych tymczasowo w sprawie przez Skarb Państwa, oraz kwotę 1.557,00 (jeden tysiąc pięćset pięćdziesiąt siedem) złotych tytułem brakującej części opłaty od pozwu.

Sygn. akt: I C 1255/17

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego w Tarnowie z dnia 4 grudnia 2018 roku

Pozwem z dnia 29 grudnia 2017 roku powódka M. Ż. domagała się zasądzenia od pozwanego (...) Towarzystwo (...) S.A., kwoty 187.200,00 zł wraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz zasądzenia od strony pozwanej kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powódka podała, że 21 września 2015 roku przebywając w swoim domu uległa nieszczęśliwemu wypadkowi. Podała, że przewróciła się i upadła spadając tyłem na plecy z około 9 stopni schodów. W wyniku upadku odczuwała silny ból kręgosłupa i lewego barku oraz nie mogła poruszać lewą ręką. Z uwagi na doznane obrażenia została odwieziona do szpitala w T., gdzie rozpoznano u niej złamanie kręgosłupa i założono na sześć miesięcy specjalistyczny gorset. Powódka po opuszczeniu szpitala kontynuowała leczenie ambulatoryjne w Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej (...) oraz w Poradni Neurologicznej (...) w T.. Ponadto przeszła rehabilitację. Proces leczenia powódki w placówkach służby zdrowia trwa od chwili obecnej, bowiem nie odzyskała ona pełnej sprawności fizycznej.

Powódka wskazała, że w dniu zdarzenia ona i jej małżonek posiadali ważne polisy ubezpieczeniowe ze stroną pozwaną. Podała, że dokonała zgłoszenia szkody u strony pozwanej, pismem z dnia 24 listopada 2016 roku i pozwany podjął decyzję o przyznaniu powódce świadczenia z tytułu polisy nr (...) wysokości 4 % sumy ubezpieczenia.

Jednakże strona pozwana odmówiła przyznania powódce świadczenia z tytułu polisy (...). Uzasadniając, iż zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia nie doszło do uszkodzenia ciała w więcej niż trzydziestu procentach. Powódka w dniu 23 lutego 2017 roku odwołała się od powyższej decyzji dołączając do odwołania prywatną ekspertyzę lekarską która wskazywała na 40% uszczerbek na zdrowiu. Pozwany kolejną decyzją z dnia 11 maja 2017 roku uznał częściowo odwołanie powódki przyznając jej kolejne świadczenie 4% sumy ubezpieczenia W efekcie powódce przyznano świadczenie w łącznej kwocie 20.400,00 zł.

W ocenie powódki w świetle utrzymujących się dolegliwości bólowych, niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz drastycznej zmiany sytuacji życiowej stanowisko pozwanego jest niezmiernie krzywdzące i sprzeczne z jej stanem zdrowia. Wydana opinia specjalisty medycyny sądowej, jednoznacznie wskazuje na wielokrotnie wyższy uszczerbek na zdrowiu, aniżeli uznany przez pozwanego. Prywatna opinia która została przedłożona pozwanemu opierała się na powszechnie obowiązujących normach w zakresie określania uszczerbku na zdrowiu, gdyż oparta została o załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku. Ze względu na uszczerbek określony w opinii 40 % powódka dochodzi należnej zapłaty wynikającej z zawartej polisy ubezpieczeniowej.

Pismem z dnia 24 września 2018 roku pełnomocnik powódki rozszerzył powództwo i wniósł o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kwoty 239.100,00 zł wraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, oraz o ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość za mogące powstać skutki wypadku powódki z dnia 21 września 2015 roku. . W pozostałym zakresie podtrzymał swoje stanowisko zawarte w pozwie.

Strona pozwana (...) Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. w odpowiedzi na pozew wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki na rzecz strony pozwanej zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko strona pozwana wskazała, że podnoszone w pozwie negatywne konsekwencje dla zdrowia oraz uszczerbek na zdrowiu są okolicznościami nieistotnymi w sprawie. Zakres umowy ubezpieczenia obejmował m.in. uszczerbek na zdrowiu rozumiany w kwestii trwałego częściowego inwalidztwa jako uszkodzenie ciała ubezpieczonego powstałego w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, polegającej na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządów lub kończyn, zgodnie z warunkami umowy dodatkowej. Z kolei stwierdzony uszczerbek na zdrowiu musi zostać stwierdzony w ciągu 180 dni od daty wypadku i wedle aktualnej wiedzy nie rokuje poprawy po zakończeniu leczenia oraz rehabilitacji. Strona pozwana wskazała, że zgodnie z warunkami umowy ocena stopnia inwalidztwa dokonywana jest na podstawie Tabeli inwalidztwa oraz Tabeli norm oceny procentowej trwałego

inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku. Pozwany w ramach postępowania przeprowadził ocenę stanu zdrowia powódki na skutek zdarzenia z dnia 21 września 2015 roku i na podstawie stanu zdrowia ustalił trwale częściowo inwalidztwo na poziomie 8%. Ustalenia zostały dokonane na podstawie tabel stanowiących załącznik do części umowy ubezpieczenia, zaś procent uszczerbku na zdrowiu powódki został ustalony prawidłowo. W ocenie strony pozwanej brak jest podstaw do wypłaty świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu w wysokości żądanej przez powódkę. Wskazał, że słusznie odmówiono jej wypłaty odszkodowania z polisy (...), ponieważ wpłata świadczenia z tej polisy musi być na poziomie 30 % inwalidztwa. Ponadto z dokumentacji przedstawionej przez powódkę ubezpieczyciel ustalił, że dolegliwości lewego barku nie mają charakteru pourazowego i nie mają związku z wypadkiem.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny.

Powódka M. Ż. oraz jej mąż J. Ż. zawarli ze stroną pozwaną (...) Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. trzy różne umowy ubezpieczeniowe.

Były to umowy następujące: pierwsza oznaczona numerem polisy (...), na wniosek numer (...) (karta 50), w ramach wypadkowego pakietu ubezpieczeniowego (...) która weszła w życie w dniu 27.08.2013 roku i była opłacona do dnia 27.08.2016 roku, ubezpieczonym z tej umowy była M. Ż., a płatnikiem J. Ż., suma ubezpieczenia wynosiła z tej polisy 195 tysięcy złotych.

Druga oznaczona numerem polisy (...), na wniosek numer (...) (karta 30), w ramach wypadkowego pakietu ubezpieczeniowego (...) która weszła w życie w dniu 28.04.2014 roku i była opłacona do dnia 28.10.2016 roku, ubezpieczonym z tej umowy była M. Ż., a płatnikiem także M. Ż., suma ubezpieczenia wynosiła z tej polisy 60 tysięcy złotych.

Trzecia oznaczona numerem polisy (...), na wniosek numer (...) (karta 67), w ramach pakietu ubezpieczeniowego (...), która weszła w życie w dniu 17.09.2013 roku i była opłacona do dnia 17.08.2016 roku, ubezpieczonym z tej umowy była M. Ż., a płatnikiem był J. Ż., suma ubezpieczenia wynosiła z tej polisy 264 tysiące złotych.

Jak wynika z ogólnych warunków ubezpieczenia w pakiecie ubezpieczeniowym (...) w wariantcie ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa (karta 44 i kolejne) za częściowe inwalidztwo w rozumieniu umowy uważa się nie mniejsze niż 30% uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w wyniku tego samego NW, polegające na fizycznej nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny, określone w tabeli inwalidztwa stanowiącej załącznik do umowy lub tabeli norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku. Obrażenia te muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego lub trwałego inwalidztwa i być stwierdzone w ciągu 180 dni od daty NW. (artykuł 2 ogólnych warunków) Świadczenie miało być wypłacane jako procent sumy ubezpieczenia z każdej z polis, proporcjonalny do ustalonego stopnia częściowego inwalidztwa. Tabela norm procentowych trwałego inwalidztwa w pozwanej firmie była załącznikiem do ogólnych warunków umowy ubezpieczenia i określała różnego rodzaju uszczerbki na zdrowiu.

Dowód: polisy ubezpieczeniowe wraz załącznikami k. 50-65, k.30-49, k.66-87, wydruki polis ubezpieczeniowych – oryginały znajdują się na płycie CD z dokumentacją ubezpieczeniową – karta 132 – wydruki wykonane przez Sąd dołączone są przed uzasadnieniem, tabela norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa – karty 128 i kolejne .

Powódka M. Ż. w dniu 21 września 2015 roku przebywając w swoim domu uległa wypadkowi polegającemu na tym, że przewróciła się i upadła z 10 stopni schodów upadając tyłem na plecy. Następstwem po zdarzeniu powódka odczuwała silny ból i nie mogła sama wstać. Pierwszej pomocy udzielił jej mąż który pomógł jej wstać, a także syn który wrócił w tym czasie z pracy i odwiózł powódkę do szpitala.

Dowód: zeznania powódki – k. 146-147, k. 234-235,

Po wypadku powódka konsultowana była w Szpitalu (...) w T. na Oddziale Ratunkowym. U powódki rozpoznano złamanie kręgow odcinka piersiowego kręgosłupa, złamania Th12 i L2. Lekarz dyżurny zlecił wykonanie badań TK

klatki piersiowej z kontrastem, badanie miednicy z kontrastem, badanie jamy brzusznej z kontrastem oraz USG. Powódce wówczas zalecono noszenie gorsetu, przypisano leki przeciwbólowe oraz zalecono kontrolę w Przychodni Neurochirurgicznej.

W momencie zdarzenia i po upadku powódka odczuwała silne bóle, utrudnione było jej poruszanie, następnie podczas leczenia nosiła gorset, chodziła na rehabilitację, odczuwała nadal dolegliwości bólowe o czym świadczy załączona dokumentacja. Wyniku wypadku powódka doznała złamania kręgow odcinka piersiowego kręgosłupa, złamania Th12 i L2. Powódka leczenie kontynuowała w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (...) w okresie od 11 maja 2016 roku do 20 lipca 2017 roku i Poradni Neurologicznej (...) w T. w okresie od 16 czerwca do 18 lipca 2016 roku, a także przeszła zabiegi rehabilitacyjne w Gabinetach (...) w B..

Dowód: zeznania powódki – k. 146-147 i k. 234-235, zaświadczenie lekarskie z Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w T. – k. 13, karty informacyjne ze szpitala SOR w T. k. –14-16, wyniki badań rezonansu magnetycznego –k. 17-18, karta konsultacji ze szpitala SOR w T. k. – 19, zaświadczenie lekarskie z Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w T. – k. 20-24, karta konsultacji – k. 25, historia zdrowia i choroby (...) k. 26- 27, zaświadczenie lekarskie (...) k. 28, skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne – k. 29, historia choroby ze Szpitala (...) w T. – k.135, karta informacyjna ze Szpitala (...) w T. – k. 136, karta konsultacji ze Szpitala (...) w T. – k. 137, historia choroby ze Szpitala (...) w T. – k.138, karta informacyjna ze Szpitala (...) w T. – k.139, zaświadczenia o odbytych zabiegach Fizjoterapeutycznych – k.140-141, opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii – k. 152-163, opinia uzupełniająca – k.208-215.

Obrażenia doznane przez powódkę wskutek wypadku spowodowały u niej trwałe uszczerbek na zdrowiu. Doznała ona mianowicie złamania kompresyjnego trzonów kręgow Th12 i L2 z następowym upośledzeniem funkcji ruchowej kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego bardzo dużego stopnia, a ponadto wykręcenia stawu lewego barkowego z częściowym uszkodzeniem ścięgna mięśnia nadgrzebieniowego oraz z następowym zespołem bólowym lewego stawu barkowego oraz z następowym upośledzeniem funkcji ruchowej lewego stawu barkowego bardzo dużego stopnia i powstaniem stawu barkowego „zamrożonego”. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku takie obrażenia stanowią 50% uszczerbek na zdrowiu. Natomiast zgodnie z tabelą trwałego inwalidztwa firmy pozwanej konkretnie zgodnie z punktami (...) uszczerbek na zdrowiu M. Ż. w rozumieniu zawartych umów ubezpieczeniowych wyniósł 44%.

Dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii lek. med. K. S. (1),– k.152-163, opinia uzupełniająca biegłego sądowego lek. med. K. S. (1),– k.183- 185.

Po wypadku powódka dokonała stronie pozwanej zgłoszenia szkody jakiej doznała i toczyło się postępowanie likwidacyjne na podstawie dokumentów złożonych przez powódkę oraz dokumentacji nadesłanej na jej wniosek. Pismem z dnia 24 listopada 2016 roku ubezpieczyciel przyznał powódce świadczenie w wysokości 4 % sumy ubezpieczenia z polisy o numerze (...), oraz z polisy o numerze (...) co stanowiło łącznie kwotę 10200 zł. Jednocześnie pozwane Towarzystwo odmówiło przyjęcia odpowiedzialności za zdarzenie z tytułu polisy numer (...).

Dowód: pismo pozwanego z dnia 24 listopada 2016 roku – k.88, zeznania powódki – k. 146-147, k. 234-235.

Pismem z dnia 23 lutego 2017 roku powódka reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika z wyboru w osobie adwokata K. S. (2) wniosła o odwołanie decyzji z dnia 24 listopada 2016 roku i ponowne rozpatrzenie sprawy. Do odwołania przedłożyła prywatnie wykonaną opinię lekarską sporządzoną przez specjalistę medycyny sądowej lekarza medycyny M. W., z której wynikało, że w wyniku wypadku w dniu 21 września 2015 roku M. Ż. doznała 40% uszczerbku na zdrowiu. Na podstawie dokumentów złożonych przez powódkę oraz nadesłanej dokumentacji medycznej i powtórnym zapoznaniu się ze sprawą ubezpieczyciel podwyższył przyznane świadczenie o 4% sum ubezpieczenia z obu uznanych wcześniej polis i przyznał powódce świadczenie w wysokości łącznie 8% sumy ubezpieczenia z polisy o numerze (...), oraz z polisy o numerze (...) i wypłacił dodatkowo kolejną kwotę 10.200zł, to jest łącznie z wcześniejszą wypłatą kwotę 20400 zł. Jednocześnie odmawiając uznania roszczenia wyższej kwocie,

argumentując, iż zgromadzony materiał dowodowy nie daje podstaw do przyjęcia większego uszczerbku na zdrowiu. Ubezpieczyciel odmówił również wypłaty z dodatkowej umowy Ubezpieczenie na wypadek (...) polisy o nr (...).

Dowód: pismo pełnomocnika powódki z dnia 23.02.2017 r. – k.89-90, protokół badania sądowo –lekarskiego wraz z opinią – k.91-93, pismo pozwanego z dnia 11 maja 2017 roku – k.94.

Powódka M. Ż. doznała wcześniej, to jest w miesiącu lipcu 2014 roku wypadku komunikacyjnego, w wyniku którego została lekko potrącona przez autobus, wskutek czego upadła, doznając ogólnych obrażeń głowy, kwalifikowanego jako wstrząśnienie mózgu. Ich następstwem w wypadku powódki były obuoczne zaburzenia wzroku, powódka była z tego powodu w szpitalu w 2014 roku. Powódka zgłosiła też powyższą szkodę stronie pozwanej, jednakże pozwana odmówiła uznania swojej odpowiedzialności wskazując, że powódka nie doznała wskutek urazu żadnego trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Dowód: karty leczenia szpitalnego – k. 243-245, dokumentacja postępowania likwidacyjnego tamtej szkody – k. 252 i następne, pismo strony pozwanej z dnia 6.11.2015 roku – karta 250.

Powyższy stan faktyczny sąd ustalił na podstawie dokumentów zalegających w aktach przedmiotowej sprawy, opinii biegłego sądowego biegłego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii lek. med. K. S. (1), a także częściowo na podstawie zeznań powódki. Dokumenty, które legły u podstaw ustaleń, Sąd uznał w całości za autentyczne i wiarygodne. Żadna ze stron nie kwestionowała przedmiotowych dowodów od strony ich formy czy treści, a nie ujawniły się też jakiegokolwiek okoliczności, które dawałyby podstawę do dokonania z urzędu negatywnej oceny tych dokumentów. Stąd też omawiane dowody zachowują w pełni właściwą dla siebie moc dowodową nadaną przepisami art. 244 i 245 k.p.c.

Sąd w pełni podzielił wnioski płynące z opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii – biegłego lek. med. K. S. (1). Opinia jego – zarówno zasadnicza jak i opinie uzupełniające wbrew twierdzeniom pozwanego zawartego w piśmie procesowym, zawierających zarzuty – są wyczerpujące i należyte uzasadnione, poprzez odwołanie do standardów wiedzy medycznej, z podaniem źródeł z jakich standardy te wynikają, z jednoznacznym wskazaniem wyników opinii. Wszystkie zastrzeżenia strony pozwanej względem tych opinii biegły oddalił, wskazując na powody podtrzymania swojego stanowiska, które poddają się logicznej kontroli. Specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie zatem głównie w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej. Argumenty podniesione przez stronę pozwaną, nie pozwoliły na uznanie opinii doktora S. za obarczone takimi wadami, które by nakazywała dopuścić dowód z innej opinii.

Rzecz jasna strona pozwana z wyvodu tych opinii nie była zadowolona, usiłowała deprecjonować je, a nawet wnosić o powołanie innego biegłego, jednak sam tylko fakt niezadowolenia z wydanej opinii nie stanowi wystarczającej podstawy dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego. Sądowi nie umknął fakt, że biegły wdawał się z pełnomocnikiem pozwanego w słowną polemikę, która być może w części wykraczała poza dobry obyczaj sądowy, tym niemniej nie miała to w ocenie Sądu wpływu na merytoryczną wartość opinii, zaś zacierzowanie w polemice było w istocie obustronne. Tym niemniej nie stanowiło to okoliczności, która by uzasadniała wyłączenie biegłego, tym bardziej zaś powodu do powołania innego biegłego. Jeżeli chodzi natomiast o dowody osobowe, to ograniczyły się one do przesłuchania samej powódki.

Zeznania powódki uznał także Sąd za wiarygodne, były one zbieżne zarówno z dokumentami znajdującymi się w aktach sprawy, zeznania te nie sprzeciwiały się też wnioskowi z opinii biegłego. Powódka opisała także zarówno proces swojej rehabilitacji, jak i obecny stan zdrowia. Sąd nie dał jedynie wiary zeznaniom powódki w części, w jakiej wskazuje, że strona nie wiedziała o następstwach wypadku z dnia 24 lipca 2014 roku. Twierdzenia powódki w tym zakresie jawią się jako niewiarygodne biorąc pod uwagę fakt przedstawienia obszernej dokumentacji zarówno medycznej jak i sądowej.

Uznał Sąd nadto, że znacznie spóźnione było przedłożenie przez stronę pozwaną dowodów w postaci dokumentacji z likwidacji szkody powódki spowodowanej jej wypadkiem z roku 2014. O ile dowód z dokumentacji przedstawionej Sądowi w formie pisemnej Sąd dopuścił, gdyż nie prowadziło to do przewłoki postępowania, to o tyle żądania

zwracania się do innych jednostek medycznych o przesłanie dalszej dokumentacji z tym związanej, czy żądanie dopuszczania dowodu z opinii biegłego na okoliczność tego, czy owe d=zdarzenia także mogły stać się podstawą trwałego uszczerbku na zdrowiu powódki Sąd oddalił, gdyż dopuszczenie tych dowodów musiałoby spowodować znaczną zwłokę. Nic nie stało na przeszkodzie by dowody te przedstawić wcześniej, pozwany dysponował bowiem kompletną dokumentacją. Przedłożenie ich dopiero pod sam koniec procesu było postąpieniem procesowo spóźnionym. Nawiasem mówiąc odmowa dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego, podobnie jak i dalsze rozważania prawne, opierają się na poważnym potraktowaniu stanowiska strony pozwanej w toku likwidacji szkody z 2014 roku, wtedy bowiem strona pozwana twierdziła, że powódka nie doznała wskutek wypadku z 2014 roku żadnego uszczerbku na zdrowiu, bardzo dziwi zatem zmiana podejścia strony pozwanej, która teraz dla potrzeb innego procesu, próbuje wykazywać, że jednak tak nie było. Skądinąd gdyby nawet inwalidztwo powódki było skutkiem jej wypadku z lipca 2014 roku, to i w tak strona pozwana by przecież za nie opowiadała, a tym samym jej odpowiedzialność kwotowa nie uległaby zmianie.

Sąd Okręgowy rozważył, co następuje:

Powódka w sprawie niniejszej roszczenie swoje wyprowadza z wiążącej strony umowy ubezpieczenia, zaktualizowanej w wypadki stron w formie trzech różnych polis ubezpieczeniowych. Było to rzecz jasna ubezpieczenie dobrowolne, a tym samym jest oczywiste, że w wypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego każdą z tych polis odpowiedzialność pozwanej nie ogranicza się tylko do jednej polisy, ale występuje co do każdej polisy z osobna.

Jest rzeczą oczywistą, że w okresie obowiązywania umowy doszło do zdarzenia w postaci upadku powódki ze schodów, wskutek których doznała ona trwałych obrażeń ciała szczegółowo opisanych w opiniach biegłego doktora K. S..

Pozwany ubezpieczyciel nie kwestionował w toku postępowania podstaw swojej odpowiedzialności, co zresztą wyrażało się w wypłacie na rzecz poszkodowanej w postępowaniu likwidacyjnym kwoty 20.400 zł tytułem odszkodowania w ramach zawartych polis umów ubezpieczenia. Mając zatem na uwadze fakt, że sama podstawa odpowiedzialności nie była pomiędzy stronami sporna, Sąd czynił szczegółowe ustalenia nie tyle co do tej zasady, ile bardziej co do wysokości uszczerbku na zdrowiu poniesionej przez powódkę i kwoty jaką wobec tego pozwany powinien wypłacić.

Zgodnie z art. 805 § 1 i 2 pkt 2 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie ubezpieczyciela 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. Z kolei według treści art. 829 k.c. ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć: 1) przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku, 2) przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków - uszkodzenie ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczenie osobowe ma zatem zapewnić ubezpieczonemu ochronę życia i zdrowia poprzez zagwarantowanie określonych świadczeń w postaci sum ubezpieczenia, ustalonych na wypadek śmierci, dożycia określonego wieku lub nastąpienia nieszczęśliwego wypadku.

Odpowiedzialność przewidziana w powołanych przepisach sprowadza się zatem do ponoszenia przez ubezpieczyciela wszelkich ujemnych skutków szkody i zapłacenia odszkodowania za szkodę w razie wystąpienia przewidzianych umową ubezpieczenia okoliczności (wypadku ubezpieczeniowego). Ciężar udowodnienia istnienia szkody, związku przyczynowego pomiędzy szkodą a zdarzeniem wywołującym szkodę i wysokości szkody spoczywa na poszkodowanym zgodnie z ogólną zasadą wyrażoną w przepisie art. 6 k.c. Wskazany przepis ustanawia zasadę rozkładu ciężaru dowodu w sporze i jest ściśle związany z przepisami kodeksu postępowania cywilnego, w szczególności z 232 k.p.c., w myśl którego strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Nadto stosownie do treści art. 3 k.p.c., obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach postępowania. Przepis ten zobowiązuje strony zarówno do wyjaśnienia okoliczności sprawy (ciężar przytoczenia) i przedstawienia dowodów na tę okoliczność (ciężar dowodu), jak i nakłada na nie obowiązek mówienia prawdy. Należy jednak mieć na

uwadze, że nie są to obowiązki prawne, w ścisłym tego słowa znaczeniu, ponieważ ich wykonania nie można wymusić przez zastosowanie sankcji, lecz są to ciężary procesowe, z których jeżeli strona się nie wywiąże, musi liczyć się z niekorzystnymi dla niej skutkami procesowym, np. nieuwzględnieniem jej wniosku, żądania, zarzutów.

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 zawsze ogólne warunki ubezpieczenia czy też umowa ubezpieczenia. Sposób ich zdefiniowania rozstrzyga zawsze o zaistnieniu lub braku odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ogólne warunki są wzorcami umowy w rozumieniu art. 384 k.c. i jako takie stanowią część składową umowy. Wykładni tych postanowień należy dokonywać z uwzględnieniem regulacji prawnej art. 65 § 2 k.c., która przy ustalaniu nakazuje uwzględniać zgodny zamiar stron i cel umowy. A zatem to ogólne warunki poszczególnych ubezpieczeń określają treść stosunku ubezpieczenia powstałego w wyniku zawarcia umowy ubezpieczenia. Stanowią odrębny od umowy element kształtujący prawa i obowiązki stron, ale mogą również przewidywać zastrzeżenia wyłączające lub ograniczające odpowiedzialność ubezpieczyciela.

Na wstępie, w obliczu argumentów podnoszonych przez pozwanego w przedmiocie wyłączenia jego odpowiedzialności, zauważyć należy, że zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, za nieszczęśliwy wypadek rozumie się niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, przypadkowe, nagle, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela. Celem zatem wykazania zasadności żądania w przedmiocie przyznania odszkodowania powódka winna wykazać w pierwszej kolejności, iż zdarzenie jakiemu uległ wywołane było przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależną od jego woli i stanu zdrowia. Zgodnie z art. 6 k.c., ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Procesowe rozwinięcie tej zasady zawarte jest w art. 232 k.p.c, który stanowi, że strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów z których wywodzą skutki prawne.

W ocenie Sądu powódka sprostowała obowiązkowi wykazania zasadności swojego roszczenia. Z opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii lek. med. K. S. (1) opartej na przedłożonej przez powódkę dokumentacji medycznej oraz jej fizykalnym badaniu wynika, że powódka doznała urazu kręgosłupa i lewego barku na skutek upadku ze schodów w domu w dniu 21 września 2015 roku. W toku postępowania nie wykazano, aby stan zdrowia powódki, miał związek przyczynowy z następstwem wypadku z dnia 24 lipca 2014 roku, lub z innymi istniejącymi niezależnie do niego przyczynami, co wiązałoby uraz z wcześniej powstałym stanem chorobowym.

W chwili wypadku powódka objęta była trzema polisami ubezpieczenia. Na wysokość zasądzonej zapłaty miał wpływ zarówno procentowy długotrwały uszczerbek na zdrowiu stwierdzony przez biegłego lekarza jak i wysokość sum ubezpieczenia dotyczących polisy nr (...) na kwotę 195.000 zł, polisy nr (...) na kwotę 60.000 zł oraz polisy nr (...) na kwotę 264.000 zł.

Biegły lekarz medycyny ocenił, że w wyniku wypadku powódka doznała uszczerbku na zdrowiu w wysokości łącznej 44% w oparciu o punkt (...) tabeli normy oceny procentowej firmy (...). Zdaniem Sądu to właśnie tabele strony pozwanej, a nie uszczerbek na zdrowiu ustalony zgodnie z tabelami ZUS powinien być podstawą wyliczenia kwoty słusznie należnej powódce od ubezpieczyciela. Stosunek prawny łączący strony jest wszak dobrowolnym stosunkiem umownym, i strony są związane swoją umową, w tym także jej ogólnymi warunkami, których częścią są tabele procentowe, skoro zatem w tej umowie ustaliły inaczej niż w rozporządzeniu ZUS procentowe wartości poszczególnych uszczerbków na zdrowiu, to są tym swoim ustaleniem związane. Tym samym domaganie się przez powódkę w rozszerzonym żądaniu pozwu, aby zasądzone jej kwotę odpowiadającą 50% uszczerbkowi na zdrowiu jest nieuzasadnione.

Natomiast jak najbardziej jest uzasadnione żądanie zasądzenia z polis ubezpieczeniowych świadczeń odpowiadających 44% uszczerbku na zdrowiu, oczywiście z potrąceniem świadczeń wypłaconych w toku postępowania likwidacyjnego.

Tym samym należy przyjąć, że skoro strona pozwana w postępowaniu likwidacyjnym wypłaciła powódce 8% sumy ubezpieczenia z polisy oznaczonej numerem (...) i z polisy oznaczonej numerem (...), to z tych dwóch polis winna dopłacić świadczenie w wysokości 36% sumy ubezpieczenia z każdej z tych polis. Natomiast gdy chodzi o polisę numer (...), to pozwana odmówiła uznania swojej odpowiedzialności, wskazując, że uszczerbek powódki na zdrowiu nie przekroczył 30%. Ustalenie Sądu jest oczywiście odmienne, a tym samym strona pozwana i z tej polisy winna wypłacić świadczenie w kwocie 44% sumy ubezpieczenia.

W efekcie końcowym z polisy numer (...), z sumą ubezpieczenia 195.000,00 złotych pozwana winna wypłacić powódce 36 % sumy ubezpieczenia czyli kwotę 70.200,00 złotych. Z polisy numer (...), z sumą ubezpieczenia 60.000,00 złotych pozwana winna wypłacić powódce 36 % sumy ubezpieczenia czyli kwotę 21.600,00 złotych. Wreszcie z polisy numer (...), z sumą ubezpieczenia 264.000,00 złotych pozwana winna wypłacić powódce 44 % sumy ubezpieczenia czyli kwotę 116.160,00 złotych. Razem daje to kwotę 207.960,00 złotych.

W punkcie II wyroku Sąd oddalił dalej idące powództwo, Jak wspomniano wcześniej odpowiedzialność odszkodowawcza strony pozwanej wynikała z umowy zawartej z powódką względnie jej mężem J. Ż., zatem obie jej strony, zgodnie z paremią pacta sunt servanda, zobowiązane były do respektowania jej warunków. Powódka oraz jej mąż zawierając umowę, akceptowała jej treść i godziła się na ustalenie uszczerbku na zdrowiu w oparciu o tabelę ubezpieczyciela. Zatem następstwa wypadku należało ocenić w związku z zawartą umową ubezpieczenia, a nie Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku jak wnioskował pełnomocnik powódki. Wyższe kwotowo żądanie powódki nie znajduje zatem uzasadnienia.

Niezasadny jest też zwarty w rozszerzonym żądanie pozwu wniosek u ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość za dalsze skutki wypadku z dnia 21 września 2015 roku. Łączący strony stosunek prawny jest stosunkiem umownym, a tym samym uwzględnienie tego powództwa ipso facto stanowi stwierdzenie, że strona pozwana odpowiada za skutki doznanego przez powódkę wypadku i przesądza jej odpowiedzialność także co do zasady, w tym także na przyszłość. Niezależnie od tego powódka nie wykazała w żaden sposób, aby w przyszłości mogły powstać jakieś dalsze skutki tego wypadku. Wreszcie strona pozwana zgodnie z umową odpowiada jedynie za takie skutki wypadku, które dają się stwierdzić w ciągu 180 dni od chwili wypadku. Tym samym powódka nie ma interesu prawnego w osobnym żądaniu ustalenia i żądanie to musi być oddalone.

Co do żądania odsetkowego, to zdaniem Sądu istotnie co do pierwotnie zgłoszonego żądania pozwu strona pozwana pozostawała w opóźnieniu ze świadczeniem, już w chwili wniesienia pozwu, albowiem wcześniej była wzywana o jego spełnienie i nie uczyniła tego, choć miała wystarczające podstawy by wiedzieć, że świadczenie takie było powódce należne. Odsetki ustawowe za opóźnienie co do kwoty 187.200,00 złotych należą się zatem powódce od chwili wniesienia pozwu. Natomiast co do kwoty wyższej, jej zasądzenie wynikało z rozszerzonego pismem z dnia 24.09.2018 roku żądania pozwu. Wcześniej roszczenie co do tej kwoty nie było zgłaszane. Tym samym w opóźnieniu strona pozwana pozostawała dopiero od dnia następnego po chwili doręczenia jej odpisu pozwu, czyli od 26 września 2018 roku i od tego dopiero daty mogły być zasądzone odsetki ustawowe za opóźnienie od kwoty 20.760,00 złotych.

Mając na uwadze rozstrzygnięcie procesu co do istoty sprawy Sąd w pkt III wyroku zasądził od strony pozwanej (...) Towarzystwo (...) z siedzibą w W. kwotę 5417 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego wraz z kwotą 17 zł poniesionej opłaty skarbowej od pełnomocnictwa z uwagi na brzmienie § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r. poz. 265), w związku z §19 tego rozporządzenia. Co do roszczenia pierwotnie zgłoszonego można bowiem powiedzieć, że powódka proces wygrała w całości, a tym samym należy się jej w całości zwrot kosztów jej zastępstwa procesowego, który liczony jest zgodnie z §19 rozporządzenie od tej pierwotnej wartości przedmiotu sporu.

Zawarte w punkcie IV i V wyroku orzeczenie o kosztach Sąd oparł na treści art. 113 ust. 1 ustawy z 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 k.p.c.

Zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu są uznali, że proces co do zasady wygrała powódka, lecz wygrana ta nastąpiła nie w całości, ale w części – w 87 %. Powódka była zwolniona w niniejszej sprawie od ponoszenia kosztów sądowych w całości. W związku z tym koszty sądowe zostały poniesione tymczasowo przez Skarb Państwa. Na koszty te składała się nieuiszczona opłata sądowa od pozwu oraz całościowe koszty opinii biegłego w wysokości 1955,90 złotych (vide postanowienia o wynagrodzeniu biegłego z kart 166, 192 i 223).

Zgodnie z art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych kosztami sądowymi, których strona nie miała obowiązku uiścić, sąd w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji obciąża przeciwnika, jeżeli istnieją do tego podstawy, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu. Mając na względzie powyższą regulację, Sąd nakazał ściąganie od strony pozwanej 87% opłaty od pozwu, w wysokości wprost proporcjonalnej do zasądzonego żądania pozwu tj. kwotę 10398,00 zł (207960 złotych, które zasądzono od strony pozwanej * 5%) tytułem części opłaty od pozwu, od której powódka była zwolniona oraz kwotę 1701,63 zł (1955,90 * 87) tytułem 87% brakującej części wydatków na opinie biegłego poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa.

Natomiast od powódki z zasądzonego na jej rzecz roszczenia stosownie do art. 113 ust. 2 o kosztach sądowych w sprawach cywilnych nakazano pobrać część opłaty od pozwu w tym zakresie, w jakim powództwo zostało oddalone to jest 1.577,00 złotych (powódka ostatecznie nie utrzymała się z żądaniem zasądzenia kwoty 31.140 złotych – gdyż żądanie pozwu rozszerzyła do kwoty 239.100,00 złotych, a zasądzono całościowo kwotę 207.960,00 złotych, należna od niej opłata to zatem 31.140,00 złotych * 5% = 1557 złotych), nakazano też ściągnąć od powódki 13 % kosztów opinii biegłego, to jest kwotę 254,27 złotych.

SSO Piotr Wicherek

Sygn. akt I C 1255/17

Sekretariat:

1. (...)

1. (...)

2. (...)

3. (...)

(...)

(...)