

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 12 kwietnia 2016 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi oddalił powództwo F. H. (1) przeciwko (...) S.A., nieobciążając powoda kosztami procesu.

W uzasadnieniu wyroku Sąd Rejonowy wskazał, że w pozwie złożonym w dniu 22 lipca 2014 roku F. H. (2) wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) na (...) S.A. kwoty 5.000 zł tytułem odszkodowania za skutki wypadków z dnia 19 stycznia i 6 grudnia 2012 roku, z ustawowymi odsetkami od dnia 4 maja 2012 roku do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów postępowania. Powód sprecyzował, iż domaga się: kwoty 400 zł z tytułu pierwszego zdarzenia oraz kwoty 4.600 zł z tytułu drugiego zdarzenia.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Pozwany uznał swoją odpowiedzialność za oba zdarzenia na podstawie zawartej z powodem umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanej. Z tytułu zgłoszonego przez powoda roszczenia o wypłatę świadczenia za trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem z dnia 19 stycznia 2012 roku pozwany wypłacił powodowi świadczenie za 5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu tj. 2400 zł, co wyczerpuje roszczenie powoda. W zakresie zdarzenia z dnia 6 grudnia 2012 roku pozwany zaprzeczył, by w jego wyniku u powoda wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu.

Sąd Rejonowy oparł rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych.

F. H. (2) zawarł z (...) Spółką Akcyjną w W. umowę ubezpieczenia indywidualnie kontynuowaną. Miały do niej zastosowanie ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P. Przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego i współubezpieczonych oraz następstwa nieszczęśliwych wypadków powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiło 4 % sumy ubezpieczenia za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Do ubezpieczenia miały też zastosowanie ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu strona pozwana wypłacała świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Suma ubezpieczenia w obu wypadkach została określona na kwotę 9600 zł. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku zastosowanie znajduje Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiąca załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia.

W dniu 19 stycznia 2012 roku F. H. (2) jako pasażer taksówki doznał urazu kręgosłupa szyjnego. Lekarz orzecznik pozwanego zakładu ubezpieczeń ustalił u powoda trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości łącznej 5 %. Łącznie powód otrzymał z tego tytułu z obu polis kwotę 2400 zł.

6 grudnia 2012 roku powód potknął się, w wyniku czego doszło do uszkodzenia kręgosłupa i prawego barku. Pozwany odmówił powodowi wypłaty jakiegokolwiek świadczenia na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika (...), który nie stwierdził aby powód doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku tego wypadku. Odwołanie powoda zostało rozpatrzone negatywnie.

W wyniku wypadku z dnia 19 stycznia 2012 roku z powodu naciągnięcia mięśni i więzadeł kręgosłupa szyjnego po urazie w mechanizmie „smagnięcia biczem” z następowym szyjnym zespołem bólowym korzeniowym utrzymującym się do listopada 2012 roku powód doznał długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 7%, w tym 2 % z uwagi na samoistną chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa przed wypadkiem. W wyniku wypadku z dnia 6 grudnia 2012 roku z powodu naciągnięcia więzadeł kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego po stłuczeniu kręgosłupa powód nie doznał długotrwałego ani trwałego uszczerbku na zdrowiu ponieważ lędźwiowe zespoły bólowe utrzymywały się do lutego 2013 roku. Występowanie dolegliwości kręgosłupopochodnych w późniejszym okresie wynika ze znacznego zaawansowania samoistnej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa.

Z punktu widzenia ortopedy oba zdarzenia nie spowodowały u powoda trwałego uszczerbku na zdrowiu. W zakresie uszczerbku długotrwałego brak opisów badania ruchomości kręgosłupa w odcinku szyjnym po urazie w dniu 19 stycznia 2012 roku i kręgosłupa w odcinku lędźwiowym po urazie w dniu 6 grudnia 2012 roku uniemożliwia ocenę.

Sąd Rejonowy ustalił stan faktyczny na podstawie dokumentów załączonych do akt sprawy oraz opinii biegłych sądowych z zakresu rehabilitacji i ortopedii. Opinie te są pełne i stanowią pełnowartościowy materiał dowodowy.

Powód kwestionował wszystkie wydane w sprawie opinie. Samo jednak niezadowolenie strony z treści opinii biegłego, gdy nie zgłasza ona żadnych konkretnych zarzutów w stosunku do opinii, nie powoduje konieczności powoływania kolejnego biegłego czy kolejnych biegłych.

Zgłaszane przez powoda wątpliwości biegła z zakresu rehabilitacji wyjaśniła szczegółowo w opiniach uzupełniających.

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 tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. W ocenie Sądu wydane w sprawie opinie są logiczne, kompletne i ich wiarygodność w żaden sposób nie została podważona.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy rozważył zasadność powództwa na podstawie art. 805 § 1 i 2 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela może polegać w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. W przedmiotowej sprawie podstawą wypłaty świadczeń z obu polis ubezpieczeniowych było stwierdzenie u poszkodowanego trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego skutkiem zdarzenia.

W wyniku zdarzenia z dnia 19 stycznia 2012 roku powód nie doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, a jedynie uszczerbku długotrwałego w wysokości 5 %. W wyniku zdarzenia z dnia 19 grudnia 2012 roku powód nie doznał uszczerbku na zdrowiu.

W związku z pierwszym wypadkiem zakład ubezpieczeń wypłacił powodowi kwotę 2400 zł z tytułu 5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Kwota ta została obliczona w sposób następujący: $5 \times 384 \text{ zł} = 1920 \text{ zł}$ oraz $5 \times 96 \text{ zł} = 480 \text{ zł}$.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że mimo wypłaty dokonanej przez stronę pozwaną, nie zostały spełnione przesłanki uzasadniające przyznanie powodowi jakiegokolwiek odszkodowania. Podstawą wypłaty świadczeń (przedmiotem ubezpieczenia) są następstwa nieszczęśliwych wypadków powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego. Wynika to wprost z treści § 3 OWU grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P oraz § 4 ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Powód nie doznał wskutek zdarzeń z 2012 roku trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Z tego względu Sąd Rejonowy oddalił powództwo.

O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. odstępując od obciążenia powoda tymi kosztami, z uwagi na trudną sytuację materialną powoda oraz uwzględniając, że wytoczenie powództwa wynikało z przekonania o subiektywnej zasadności jego roszczenia.

Apelację od przedmiotowego wyroku wywiódł powód zaskarżając w części oddalającej powództwo. Podniósł, że dokonana przez biegłych ocena jest nieadekwatna do stanu faktycznego, gdyż dolegliwości bólowe występują nadal. Apelujący wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna.

Sformułowany przez powoda zarzut dokonania przez biegłych sądowych nieprawidłowej diagnozy skutków obu wypadków, należy rozumieć jako zarzut naruszenia przez Sąd art.233 § 1 k.p.c. poprzez błędne ustalenie, że powód nie doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zdarzeń ze stycznia i z grudnia 2012 roku.

Dopuszczenie się obrazy art. 233 § 1 k.p.c. przez sąd może polegać albo na przekroczeniu granic swobody oceny wyznaczonej logiką, doświadczeniem, zasadami nauki albo też na niedokonaniu przez sąd wszechstronnego rozważenia sprawy. W świetle utrwalonych poglądów judykatury i piśmiennictwa prawniczego, nie jest wystarczającym uzasadnieniem zarzutu naruszenia normy art. 233 § 1 k.p.c. przedstawienie przez stronę skarżącą własnej oceny dowodów i wyrażenie dezaprobaty dla oceny prezentowanej przez Sąd pierwszej instancji. Skarżący ma obowiązek wykazania naruszenia przez sąd paradygmatu oceny wynikającego z art. 233 § 1 k.p.c. (a zatem wykazania, że sąd a quo wywiódł z materiału procesowego wnioski sprzeczne z zasadami logiki lub doświadczenia życiowego, względnie pominął w swojej ocenie istotne dla rozstrzygnięcia wnioski wynikające z konkretnych dowodów - grupy dowodów). Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął sąd doniosłości poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu.

Powód kwestionując rozstrzygnięcie Sądu nie sprostął temu ciężarowi, w szczególności nie sprecyzował na czym polega wadliwość opinii biegłych, na których Sąd oparł ustalenia faktyczne.

Wystarczy zatem wskazać, że zdaniem Sądu Okręgowego dokonując oceny dowodów, w tym opinii biegłych z zakresu ortopedii i z zakresu rehabilitacji, Sąd Rejonowy nie uchybił zasadom z art.233 § 1 k.p.c.

Opinia biegłego podlega ocenie na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów, jednak z uwagi na specyficzny charakter dowodu z opinii biegłego ocena ta jest o tyle ograniczona, że nie może wkraczać w zakres wymagający wiedzy specjalnej. Opinia biegłego podlega zatem ocenie według zasady swobodnej oceny dowodów wyrażonej w art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków.

Opinie biegłych sporządzone w przedmiotowej sprawie są wyczerpujące, logiczne i spójne. Biegli szczegółowo przeanalizowali załączoną do akt dokumentację medyczną, a przedstawiając własne wnioski odnosili się do jej treści. To na podstawie dokumentacji POZ biegła z zakresu rehabilitacji stwierdziła, że bóle prawego barku występowały u powoda już kilkanaście miesięcy przed urazem z grudnia 2012 roku. W Izbie Przyjęć (...) w dniu 7 grudnia 2012 roku powód zgłaszał jedynie bóle kręgosłupa, a w badaniu klinicznym i Rtg nie stwierdzono urazu prawego barku. Sposób sformułowania opinii pozwala przy tym na prześledzenie wyводу myślowego każdego z biegłych. Ponadto wszelkie wątpliwości zgłaszane przez powoda zostały wyjaśnione w opinii pisemnej uzupełniającej oraz ustnej biegłej z zakresu rehabilitacji.

W konsekwencji apelacja powoda stanowi jedynie polemikę z prawidłowymi ustaleniami Sądu.

Z tego względu Sąd Okręgowy oddalił apelację na podstawie art.385 k.p.c. jako niezasadną.