

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 8 czerwca 2022 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi w sprawie o sygn. akt I C 876/18 z powództwa M. M. przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W., o zapłatę:

zasądził od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz M. M. kwotę 9.500 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 7 marca 2017 r. do dnia zapłaty;

oddalił powództwo w pozostałym zakresie;

o kosztach orzekł na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c. i ustalając, że powódka wygrała proces w 32% szczegółowe ich rozliczenie pozostawił do rozstrzygnięcia referendarzowi sądowemu.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd I instancji oparł na następujących ustaleniach faktycznych.

(...) Spółkę Akcyjną z siedzibą w W. łączyła umowa terminowego (...) zawarta na okres 5 lat od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmował m.in. czasową niezdolność ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, z sumą ubezpieczenia określoną na kwotę 25.000 zł (250 zł za dzień czasowej niezdolności do pracy).

Stosownie do OWU „czasowa niezdolność do pracy” to trwająca nieprzerwanie nie krócej niż trzydzieści dni niemożność wykonywania pracy zarobkowej, potwierdzona wydanym zwolnieniem lekarskim (§ 2 ust. 26). Nadto wg § 15 ust. 1-4 OWU ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w polisie za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest za okres od trzydziestego do dwieście dziesiątego dnia czasowej niezdolności do pracy, pod warunkiem, iż nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz okres czasowej niezdolności do pracy rozpoczął się nie później niż przed upływem trzydziestu dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną powstałej niezdolności. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest najdłużej za sto osiemdziesiąt dni czasowej niezdolności do pracy pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności do pracy obejmuje wyłącznie następstwa nieszczęśliwych wypadków.

W dniu 2 czerwca 2016 r. M. M. (2) uległa wypadkowi komunikacyjnemu. Prowadziła samochód, który w chwili skręcania w lewo, został uderzony przez inny pojazd. Na miejscu zdarzenia była badana przez ratownika, ale odmówiła przewiezienia do szpitala. Po powrocie do domu zaczęła odczuwać bóle i po trzech godzinach zgłosiła się do ambulatorium chirurgicznego w Wojewódzkiej (...) w Ł.. Po wykonaniu badania i zdjęć RTG kręgosłupa, które nie wykazały zmian pourazowych, stwierdzono nadciągnięcie mięśni odcinka szyjnego i lędźwiowo krzyżowego kręgosłupa. Zalecono zaopatrzenie w miękki kołnierz ortopedyczny typu S. i leki o działaniu przeciwbólowym.

W dniu 7 czerwca 2016 r. M. M. (2) była konsultowana przez chirurga ortopedę. Zgłaszała utrzymujący się od dnia poprzedniego ból prawego barku. W badaniu stwierdzono niewielkie bólowe ograniczenie ruchów odcinka szyjnego kręgosłupa z dyskretną obroną mięśniową i nieznaczne bólowe ograniczenie ruchów prawego stawu barkowego. Zalecono dalsze utrzymanie unieruchomienia w kołnierzu i leki o działaniu przeciwbólowym, także do stosowania miejscowego.

M. M. (2) w dniu 14 czerwca 2016 r. była konsultowana przez neurologa. Zgłaszała dolegliwości bólowe odcinka szyjnego kręgosłupa, nawracanie bólów odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Po przeprowadzonym badaniu stwierdzono bóle grzbietu. Zalecono leki przeciwbólowe, w tym także zmniejszające napięcie mięśni. W tym samym dniu powódka

była konsultowana, także przez chirurga ortopedę, który stwierdził, iż ustąpiły dolegliwości bólowe kręgosłupa szyjnego. Zalecił częściowe odstawianie kołnierza, zakładanie tylko na 2 godziny w ciągu dnia.

W dniu 16 czerwca 2016 r. M. M. (2) ponownie zgłosiła się do chirurga ortopedy. Skarżyła się na bóle prawego barku. Stwierdzono bolesne ograniczenie ruchów prawego barku i bóle w okolicy stożka rotatorów. Po zastosowaniu leków nastąpiła niewielka poprawa. W dniu 1 lipca 2016 roku lekarz ortopeda stwierdził, iż ustąpiły bóle kręgosłupa szyjnego. Natomiast bóle w odcinku lędźwiowo-krzyżowym pojawiają się po dłuższym siedzeniu. Stwierdzono ból w okolicy guzka większego głowy prawej kości ramiennej, ograniczenie ruchu odwodzenia i rotacji wewnętrznej prawego barku. Zalecono badanie USG.

M. M. (2) w dniu 11 lipca 2016 r. zgłosiła się do Izby Przyjęć w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł.. Zgłaszała utrzymujące się dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego i prawego barku. Po przeprowadzeniu badania i wykonaniu zdjęć RTG prawego barku zalecono oszczędzanie kończyny oraz temblak.

W dniu 22 lipca 2016 r. M. M. (2) zgłosiła się do poradni rehabilitacyjnej. Stwierdzono znaczną tkliwość wyrostków kolczystych w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa, odległość (palce podłoga) pp>50 cm. Zalecono zabiegi z zakresu fizjoterapii.

W dniu 23 lipca 2016 r. M. M. (2) zgłosiła się do lekarza psychiatry, który rozpoznał zaburzenia adaptacyjne.

W dniu 27 lipca 2016 r. wykonane zostało badanie RM kręgosłupa lędźwiowego. Stwierdzono lewopukłkę skrzywienie, wypukliny krążków międzykręgowych na poziomie L2,L3,L4/L5, zaostrenia krawędzi trzonów i zwiększony kąt krzyżowy.

W dniu 18 sierpnia 2016 r. M. M. (2) zgłosiła się do neurochirurga. Rozpoznano, także wypukliny krążków międzykręgowych na poziomie L2,L3,L4/L5. Nie stwierdzono podstaw do operacji. Zalecono leczenie zachowawcze i rehabilitację.

W czasie kolejnych wizyt w poradni rehabilitacyjnej lekarz przepisał leki o działaniu przeciwbólowym. W dniach 2 września 2016 r. i 23 września 2016 r. stwierdzono, że po zabiegach nie nastąpiło zmniejszenie dolegliwości bólowych. Natomiast stwierdzono pełny zakres ruchomości stawów i prawidłowy zakres ruchomości kręgosłupa. Powódka odbyła w dniach 30 września 2016 r., 14 października 2016 r., 21 października 2016 r. i 28 października 2016 r. wizyty rehabilitacyjne.

W okresie sierpień – październik 2016 r. M. M. (2) w związku z wypadkiem z dnia 2 czerwca 2016 r. uczestniczyła w zajęciach prozdrowotnych.

Lekarz orzecznik ZUS w dniu 9 grudnia 2016 r. ustalił uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 3 miesięcy licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego do dnia 28 lutego 2017 r.. Następnie w dniu 27 lutego 2017 r. ustalił uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 4 miesięcy licząc od daty ustania uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego.

W dniach 29 sierpnia 2016 r. – 9 września 2016 r. i 12 grudnia 2016 r. – 23 grudnia 2016 r. powódka miała przeprowadzone zabiegi fizjoterapeutyczne.

Podczas wizyty w dniu 27 stycznia 2017 r. stwierdzono poprawę po przebytych zabiegach oraz umiarkowany ból prawej okolicy podłopatkowej.

W dniach 20 maja 2017 r. – 12 czerwca 2017 r. M. M. (2) przebywała w sanatorium w U.. Jako chorobę podstawową odnotowano zaburzenie adaptacyjne, a współistniejącą stan po operacji więzadeł kolanowych. Po zastosowanym leczeniu nie odnotowano poprawy stanu psychicznego. Zalecono kontynuację leczenia w PZP.

Lekarz orzecznik ZUS po badaniu M. M. w dniu 11 września 2017 roku, stwierdził długotrwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 5% (naruszenie sprawności organizmu „zaburzenia adaptacyjne pourazowe”), spowodowany wypadkiem przy pracy z dnia 2 czerwca 2016 r..

Powódka była niezdolna do pracy w okresie od dnia 2 czerwca 2016 r. do dnia 28 czerwca 2017 r.. Na zwolnieniu lekarskim przebywała od dnia 2 czerwca 2016 r. do dnia 30 listopada 2016 r.. Następnie Zakład Ubezpieczeń Społecznych ustalił prawo powódki do świadczenia rehabilitacyjnego w okresie od dnia 1 grudnia 2016 r. do dnia 28 lutego 2017 r. oraz od dnia 1 marca 2017 r. do dnia 28 czerwca 2017 r..

W dniu 22 lipca 2017 r. M. M. (2) była badana przez lekarza neurologa, który stwierdził, iż leczenie urazu powódki nie powinno trwać dłużej niż do 31 sierpnia 2016 r.. Z punktu widzenia neurologicznego powódka co najmniej od 1 września 2016 r. była zdolna do pracy. W. N. nie ocenił prawidłowość decyzji ZUS w zakresie przyznania M. M. zwolnienia lekarskiego i zasiłku rehabilitacyjnego w innym okresie.

(...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. jest przedsiębiorcą wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem (...), który prowadzi działalność ubezpieczeniową m.in. w zakresie ubezpieczeń na życie.

Pismem z dnia 6 marca 2017 r. pozwany przyznał powódce świadczenie w kwocie 15.500 zł tytułem czasowej niezdolności do pracy w okresie od dnia 2 czerwca 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r.. M. M. (2) złożyła reklamację domagając się wypłaty odszkodowania w wyższej wysokości poprzez uwzględnienie dłuższego okresu niezdolności do pracy. Ubezpieczyciel odmówił wypłaty dalszego świadczenia.

Z punktu widzenia neurologa M. M. (2) po wypadku z dnia 2 czerwca 2016 r. mogła wymagać zwolnienia lekarskiego w granicach ustalonych przez lekarza rehabilitacji medycznej. Obecnie nie wymaga dalszego leczenia neurologicznego. Aktualny stan zdrowia powódki jest dobry.

Z punktu widzenia psychologii M. M. (2) po wypadku miała objawy emocjonalne utrudniające jej funkcjonowanie z największym nasileniem w początkowym okresie po zdarzeniu a następnie objawy słabły po poddaniu leczeniu psychiatrycznemu. Czas ustąpienia objawów emocjonalnych trwał około 1 roku od zdarzenia. Obecnie powódka nie wymaga psychoterapii.

Z punktu widzenia psychiatry M. M. (2) w związku z wypadkiem doznała zaburzeń adaptacyjnych skutkujących długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości 2%. Leczyła się psychiatrycznie przez rok. Nie było nieprawidłowości w jej leczeniu psychiatrycznym. Jeszcze w czerwcu 2017 r. wymagała przyjmowania leków. Powódka była niezdolna do pracy do dnia 25 lipca 2017 r.. Aktualny stan zdrowia M. M. jest stabilny i nie wymaga leczenia psychiatrycznego oraz terapii psychologicznej.

Praca powódki wymagała prowadzenia samochodu, a odczuwała silny lek przed jazdą autem.

Z punktu widzenia ortopedii M. M. (2) w wyniku wypadku doznała skręcenia kręgosłupa szyjnego. Uszczerbek na zdrowiu na skutek obrażeń doznanych w czasie wypadku komunikacyjnego w dniu 2 czerwca 2016 r. w zakresie narządów ruchu wynosi obecnie 0%. Cierpienia fizyczne powódki w związku z przedmiotowym zdarzeniem należy określić jako umiarkowane z uwagi na doznawane bóle, konieczność pozostawania w niewygodnym, ograniczającym kołnierzu ortopedycznym przez jeden miesiąc, zabiegami i ćwiczeniami usprawniającymi oraz odczuwanymi ograniczeniami w sprawności. Wymagała, także pomocy osób trzecich przez okres jednego miesiąca po wypadku z uwagi na przebywanie w unieruchamiającym kołnierzu ortopedycznym. Zastosowane podczas leczenia powódki ćwiczenia i zabiegi usprawniające z zakresu fizjoterapii i fizykoterapii były uzasadnione. Dolegliwości bólowe odnotowane podczas wizyt u lekarza rehabilitacji medycznej dotyczyły odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Rokowania na przyszłość M. M. są dobre, gdyż odzyskała pełny zakres ruchomości stawów kończyn i kręgosłupa.

Do wypadku doszło kiedy powódka była w drodze do klienta. Jej praca związana była z wyjazdami, gdyż obejmowała rejon województwa (...) i (...) - (...). Po wypadku wróciła do innej pracy, bardziej stacjonarnej. Nadal musi jeździć autem, ale w obrębie miasta.

Przed zdarzeniem, w 2014 r. podjęła leczenie psychiatryczne z powodu stresującej sytuacji w pracy. Podejrzewała zespół jelita drażliwego. Była 2-3 razy na wizycie u lekarza. Zakończyła leczenie w tym samym roku.

Oceniając zgromadzony w sprawie materiał dowodowy Sąd Rejonowy wskazał, że dokonał ustalenia stanu faktycznego na podstawie dokumentów złożonych do akt sprawy w szczególności na podstawie historii choroby, karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, polisy, ogólnych warunków terminowego ubezpieczenia za życie Ochrona (...), zeznań świadka i powódki oraz opinii biegłych. Wydane opinie, jako fachowe, rzetelne i wykonane zgodnie z obowiązującymi zasadami, wiedzą i doświadczeniem biegłych zostały przyjęte przez Sąd, jako pełnowartościowy dowód w sprawie spełniający wszystkie warunki do uznania jej za podstawę wydania orzeczenia.

Sąd Rejonowy ocenił, że zeznania świadka i powódki są spójne i logiczne, a przedstawione w nich okoliczności, nie budzą żadnych wątpliwości. Świadek wskazał, iż dokonał oceny uzasadnionego okresu niezdolności do pracy z punktu widzenia wyłącznie jego specjalizacji. Zatem zeznania świadka nie mogą rzutować na ocenę okresu niezdolności do pracy z powodu zaburzeń natury psychicznej.

W opinii biegłej psychiatry E. P. stan zdrowia psychicznego powódki w wyniku wypadku uzasadniał przyjęcie jej niezdolności do pracy do dnia 25 lipca 2017 r. powódka w tym okresie nie korzystała ze zwolnień lekarskich wystawianych przez lekarzy psychiatrów, gdyż korzystania ze zwolnienia lekarskiego od lekarza innej specjalizacji. Należy jednak przypuszczać, że gdyby nie zwolnienia lekarskie wystawiane przez innego lekarza, powódka otrzymałaby zwolnienie od lekarza psychiatry.

Biegła nie dostrzegła nieprawidłowości w leczeniu psychiatrycznym powódki. W jej ocenie uzasadniony był przyjęty czas niezdolności do pracy powódki, gdyż jeszcze w czerwcu 2017 r. przyjmowała leki.

Biegła także jednoznacznie stwierdziła, iż okres niezdolności do pracy związany był wyłącznie ze skutkami tego wypadku. Tym samym pozostawał bez związku z krótkotrwałym leczeniem powódki w 2014 r..

Sąd Rejonowy wskazał, że nie uwzględnił opinii biegłej E. P. w zakresie orzeczonego stopnia uszczerbku na zdrowiu w oparciu o przepisy Rozporządzenia (...), gdyż nie znajdują zastosowania w niniejszym postępowaniu. Powódka dochodziła roszczeń w oparciu o polisę ubezpieczenia, nie z tytułu odpowiedzialności cywilnej sprawcy kolizji. Ponadto dochodziła roszczeń z tytułu okresu niezdolności do pracy.

Wobec tak ustalonego stanu faktycznego Sąd Rejonowy uznał, że powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części.

Na wstępie Sąd I instancji zauważył, że w niniejszej sprawie powódka dochodziła od pozwanego ubezpieczyciela odszkodowania za czas niezdolności do pracy w wyniku szkody, której doznała w wskutek wypadku komunikacyjnego w dniu 2 czerwca 2016 r.. Odpowiedzialność pozwanego towarzystwa miała swe oparcie w art. 805 i n. k.c. w zw. z § 15 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (OWU).

Jak stanowi art. 805 § 1 i § 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:

- 1) przy ubezpieczeniu majątkowym – określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku;
- 2) przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Zgodnie z art. 824 § 1 k.c., jeżeli nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia ustalona w umowie stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela.

W niniejszej sprawie poza sporem pozostawało, że powódka była pod ochroną ubezpieczeniową w dniu wypadku komunikacyjnego z dnia 2 czerwca 2016 r..

Przechodząc do oceny żądania zapłaty kwoty 29.500 zł z tytułu świadczenia za okres czasowej niezdolności powódki do pracy należy wskazać, że stosownie do polisy kwota świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy wynosiła 250 zł za dzień czasowej niezdolności do pracy, a suma ubezpieczenia w tym zakresie to 25.000 zł.

Sąd Rejonowy ocenił, że przeprowadzone postępowanie dowodowe jednoznacznie wykazało, że powódka była niezdolna do pracy w okresie od dnia 2 czerwca 2016 r. do dnia 28 czerwca 2017 r.. Niezdolność do pracy rozpoczęła się w dniu wypadku, zatem mieściła się we wskazanym przez pozwanego okresie 30 dni od daty wypadku, ponadto okres niezdolności powódki do pracy wyniósł trzynaście miesięcy, zatem za okres od trzydziestego dnia czasowej niezdolności do pracy do jej zakończenia pozostało 12 miesięcy, za które powódce należy się wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia. Jednakże należało wziąć pod uwagę treść art. 824 § 1 k.c. oraz § 15 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. W związku z powyższymi ustaleniami przy kwocie 250 zł za dzień czasowej niezdolności do pracy oraz górnej granicy ubezpieczenia w kwocie 25.000 zł, powódka mogła dochodzić zasądzenia odszkodowania w wysokości wskazanej w ubezpieczeniu tj. maksymalnie za 100 dni (250 zł x 100 dni = 25.000 zł).

Powódka dotychczas otrzymała od pozwanego z tego tytułu kwotę 15.500 zł odszkodowania. Dlatego należało na rzecz powódki zasądzić kwotę 9.500 zł (25.000 zł – 15.500 zł).

W pozostałym zakresie Sąd Rejonowy oddalił powództwo, jako bezzasadne. Powódka nie przedstawiła dowodu, aby strony wyłączyły stosowanie regulacji z art. 824§1 k.p.c. Pozwany zaś podniósł w odpowiedzi na pozew ograniczenie swojej odpowiedzialności do kwoty 25.000 zł, powołując się na treść polisy.

W zakresie żądania zasądzenia odsetek Sąd Rejonowy zważył, iż stosownie do przepisu art. 481 § 1 k.c., stanowiącego – zgodnie z dyspozycją art. 359 § 1 k.c. – formalne, ustawowe źródło odsetek, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, choćby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Istotne jest więc ustalenie momentu, w którym dłużnik opóźnił się ze spełnieniem świadczenia. Zgodnie z przepisem art. 817 k.c. zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o wypadku.

Biorąc pod uwagę powyższe, jak i bezsporną datę zgłoszenia szkody oraz fakt wydania decyzji przez pozwanego w dniu 6 marca 2017 r. w przedmiocie przyznania powódce odszkodowania w kwocie 15.500 zł – żądanie zasądzenia odsetek z dniem 7 marca 2017 r. było w pełni uzasadnione.

O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c. zgodnie z zasadą ich stosunkowego rozdzielenia mając na uwadze fakt, że powódka wygrała proces w 32%. Z dochodzonej bowiem kwoty 29.500 zł za zasadną Sąd uznał kwotę 9.500 zł., jednocześnie na podstawie art. 108 § 1 zd. 2 k.p.c. pozostawił szczegółowe ich rozliczenie referendarzowi sądowemu.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany, zaskarżając wdane rozstrzygnięcie w części, tj.: w zakresie punktów 1. i 3. wyroku.

Skarżąca zarzuciła zaskarżonemu orzeczeniu naruszenie art. 233 §1 k.p.c. w związku z art. 278 §1 k.p.c. w związku z art. 6 k.c. w związku z art. 805 k.c. w związku z § 2 ust. 26 OWU w związku z §15 ust. 2 OWU w związku z art. 815 §1 oraz §3 k.c..

W związku z tak postawionymi zarzutami pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych. Ewentualnie zaś skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości oraz przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia Sądowi Rejonowemu dla Łodzi- Śródmieścia w Łodzi.

Apelację od wydanego w sprawie wyroku wniosła również powódka, zaskarżając orzeczenie w części oddalającej powództwo, a zatem ponad zasądzoną kwotę 9.500,00 zł.

Powódka zarzuciła rozstrzygnięciu:

naruszenie przepisów postępowania, tj.:

art. 233 § 1 k. p. c. w związku z art. 328 § 2 k. p. c. poprzez brak wszechstronnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie i brak ze strony Sądu dokonania ich prawidłowej oceny pod postacią polisy ubezpieczeniowej oraz stanowiących jej integralną część ogólnych warunków ubezpieczenia, z których ma wynikać sposób wyliczania odszkodowania za czasową niezdolność do pracy,

art. 233 § 1 k. p. c. poprzez pominięcie w ocenie praktyki wydawania przez pozwaną decyzji w ramach tych samych warunków polisy ubezpieczeniowej, lecz jednocześnie wobec innych niż powódka osób, w stosunku do których zapadły bardziej korzystne decyzje, przez co doszło do błędnego przyjęcia przez Sąd, iż pozwana prawidłowo wywiązała się z umowy zawartej z powódką poprzez prawidłowe wyliczenia odszkodowania, gdzie w rzeczywistości było odmiennie,

art. 233 § 1 k. p. c. poprzez dokonanie niwszechstronnej oceny materiału dowodowego i uznanie, że pozwana zasadnie przyjęła, iż górna granica jej odpowiedzialności wynosi 25.000 zł, a nie 45.000 zł, w związku z brzmieniem § 15 OWU,

obrażę prawa materialnego, poprzez błędną ocenę treści zawartej umowy, a szczególnie konstrukcji regulacji w ogólnych warunkach ubezpieczenia i w związku z tym uznanie, że pozwana wywiązała się prawidłowo z umowy, podczas gdy w świetle jej warunków, powinna wypłacić na rzecz powódki wyższą kwotę odszkodowania, a zatem doszło do błędów interpretacyjnych oraz rachunkowych skutkujących nieprawidłowym wyliczeniem należnego odszkodowania wskutek nieprawidłowej oceny postanowień umowy.

Mając powyższe na uwadze powódka wniosła o przeprowadzenie dowodu z:

polisy oraz decyzji wydanej przez pozwaną w sprawie B. W.,

polisy oraz decyzji wydanej przez pozwaną w sprawie dotyczącej E. W.

ze względu na to, że potrzeba powołania się na te dowody wynikała dopiero po wydaniu orzeczenia przez Sąd I instancji celem przedstawienia sposobu obliczania przez pozwaną należnej kwoty odszkodowania na zasadach dotyczących analogicznej polisy, jak to miało miejsce w stosunku do powódki, lecz - wobec niej - znacząco mniej korzystnie, niż miało to miejsce wobec w/w: B. W. oraz E. W..

W związku z tak postawionymi zarzutami skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w części oddalającej roszczenie powódki, tj. w stosunku do kwoty 20.000 zł, ponowne rozstrzygnięcie o kosztach procesu za I instancję poprzez zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki zwrotu kosztów postępowania odwoławczego według norm przepisanych wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia uprawomocnienia się orzeczenia do dnia zapłaty.

Pozwany, w odpowiedzi na apelację powódki, wniósł o jej oddalenie w całości oraz zasądzenia na swoją rzecz od powódki kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Powódka, w odpowiedzi na apelację pozwanego, wniosła o jej oddalenie w całości oraz zasądzenia na swoją rzecz od powódki kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje.

Apelacja powódki okazała się w całości zasadna i jako taka skutkowałą zmianą zaskarżonego rozstrzygnięcia. Apelacja pozwanego okazała się całkowicie bezzasadna i jako taka skutkowałą oddaleniem.

W pierwszym rzędzie, jeszcze przed wyjaśnieniem motywów, jakie legły u podstaw konstatacji Sądu Okręgowego o tym, że zaskarżone wywiezioną przez powoda apelacją orzeczenie wymagało zreformowania, wskazać należało, że art. 382 k.p.c., nakłada na sąd II instancji obowiązek rozważenia na nowo całego zebranego w sprawie materiału oraz dokonania własnej, samodzielnej i swobodnej oceny, w tym oceny zgromadzonych dowodów (vide: postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17.04.1998r., II CKN 704/97, L.). Sąd II instancji nie ogranicza się zatem tylko do kontroli orzeczenia Sądu I instancji, lecz bada ponownie całą sprawę, a rozważając wyniki postępowania przed Sądem I instancji, władny jest ocenić je samoistnie. Postępowanie apelacyjne jest przedłużeniem procesu przeprowadzonego przez pierwszą instancję, co oznacza, że nie toczy się on na nowo. Trzeba też pamiętać, że kognicja sądu odwoławczego obejmuje "rozpoznanie sprawy" (a nie tylko środka odwoławczego) i to w taki sposób, w jaki mógł i powinien uczynić to sąd pierwszej instancji (vide: uchwała Sądu Najwyższego 7 sędziów - zasada prawna - z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, Lex nr 341125). W konstrukcji prawnej rozpoznawania sprawy przez Sąd II instancji w wyniku wniesienia apelacji przez stronę lub strony postępowania, w polskiej procedurze cywilnej chodzi o skontrolowanie prawidłowości rozstrzygnięcia sprawy przez sąd pierwszej instancji i, jeżeli to potrzebne, przeprowadzenie pełnego postępowania dowodowego, a następnie wydanie orzeczenia merytorycznego.

Bacząc zatem na charakter postępowania apelacyjnego, które wprawdzie jest postępowaniem odwoławczym i kontrolnym, to jednak zachowuje charakter postępowania rozpoznawczego, Sąd Okręgowy ponownie ocenił zebrane w toku postępowania dowody, pozostając sądem merytorycznym Sąd Okręgowy przeanalizował raz jeszcze cały zebrany w sprawie materiał dowodowy oraz dokonał analizy prawnej zgłoszonego w sprawie roszczenia wraz z przedstawioną jego podstawą faktyczną. W efekcie doszedł do przekonania, że przyjęta przez Sąd I instancji ocena sprawy nie była prawidłowa, co rzutowało na konieczność zreformowania wydanego wyroku, a to na skutek słusznych zarzutów apelacyjnych podniesionych przez powódkę.

Sąd Rejonowy zaskarżonym wyrokiem zasądził na rzecz powódki kwotę 9.500 zł, uznając, że w związku z czasową niezdolnością do pracy powódki górna granica ubezpieczenia wynosiła 25.000 zł oraz przy uwzględnieniu, że pozwany w postępowaniu przedsądowym przyznał i wypłacił na rzecz powódki kwotę 15.500 zł.

W ocenie Sądu odwoławczego argumentacja Sądu pierwszej instancji przedstawiona w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku wyraźnie wskazuje na to, że Sąd Rejonowy uchybił w niniejszej sprawie dyspozycji przepisu art. 233 § 1 k.p.c., dokonując oceny zgromadzonego materiału dowodowego w sposób niewszechstronny.

Jak wynika z łączącej strony sporu umowy terminowego ubezpieczenia na życie, była ona zawarta na okres 5 lat od dnia 1 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmował m.in. czasową niezdolność ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, z sumą ubezpieczenia określoną na kwotę 25.000 zł (250 zł za dzień czasowej niezdolności do pracy). Jednakże zgodnie z § 15 ust. 2 OWU świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest za okres od trzydziestego do dwudziestego dnia czasowej niezdolności do pracy, pod warunkiem, iż nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie odpowiedzialności oraz okres czasowej niezdolności do pracy rozpoczął się nie później, niż przed upływem trzydziestu dni od daty nieszczęśliwego wypadku, będącego przyczyną powstałej niezdolności. Z kolei ust. 3 § 15 OWU stanowił, że świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest najdłużej za sto osiemdziesiąt dni czasowej niezdolności do pracy pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy. Jak z kolei wynika z polisy nr (...) rocznica co roku miała wypadać w dniu 1 stycznia.

W dniu 2 czerwca 2016 r. M. M. (2) uległa wypadkowi komunikacyjnemu. Powódka była niezdolna do pracy w okresie od dnia 2 czerwca 2016 roku do dnia 28 czerwca 2017 roku. Na zwolnieniu lekarskim przebywała od dnia 2 czerwca 2016 roku do dnia 30 listopada 2016 roku. Następnie Zakład Ubezpieczeń Społecznych ustalił prawo powódki do świadczenia rehabilitacyjnego w okresie od dnia 1 grudnia 2016 roku do dnia 28 lutego 2017 roku oraz od dnia 1 marca 2017 roku do dnia 28 czerwca 2017 r..

Sąd Rejonowy uznał, że powódka mogła dochodzić odszkodowania maksymalnie za 100 dni (250 zł x 100 dni = 25.000 zł). Z powyższym jednak nie można się zgodzić, bowiem mając na uwadze, że powódka łącznie była niezdolna do pracy przez okres 13 miesięcy (od 2 czerwca 2016 r. do 27 czerwca 2017 r.), należało przyjąć, że łącznie powódka była uprawniona do otrzymania odszkodowania w kwocie 45.000 zł, tj. za okres łącznie 180 dni zgodnie z § 15 ust. 2 i 3 OWU, albowiem w między czasie wypadła kolejna rocznica polisy. Co prawda odpowiedzialność pozwanego ograniczała się do kwoty 25.000 zł, jednakże kwota ta przysługiwała rocznie, tj. za okres czasowej niezdolności pracy pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy, natomiast powódka w okresie od 1 grudnia 2016 r. do 28 czerwca 2017 r. pobierała świadczenie rehabilitacyjne, zaś 1 stycznia 2017 r. wypadła w polisie kolejna rocznica, co spowodowało wzrost górnej granicy odpowiedzialności pozwanego.

Uwzględniając okoliczność, że na podstawie § 15 ust. 2 OWU świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest za okres od trzydziestego do dwieście dziesiątego dnia czasowej niezdolności do pracy, Sąd Okręgowy uznał, że powódka była uprawniona do dochodzenia wypłaty świadczenia za łącznie okres 180 dni (210 – 30 dni), w kwocie 250 zł z każdy dzień. Uwzględniając okoliczność, że pozwany w postępowaniu przedsądowym dokonał wypłaty odszkodowania na rzecz powódki w łącznej kwocie 15.500 zł, powództwo o zapłatę 29.500 zł należało uznać za w pełni uzasadnione (180 dni x 250 zł = 45.000 – 15.500 zł = 29.500 zł).

W tym miejscu należy wskazać, że zgłoszony przez powódkę w apelacji wniosek dowodowy nie może być uwzględniony, jako nie spełniający kryteriów, o jakich mowa w art. 381 k.p.c.. Po pierwsze zarzuty apelacji powódki dotyczące dokonania przez Sąd Rejonowy nieprawidłowej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, tj. naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., okazały się słuszne, po drugie zaś każdorazowo w sprawie ustalany jest stan faktyczny dotyczący stron sporu. Nie jest możliwe orzekania na podstawie sytuacji innych osób, nawet jeżeli te osoby również posiadały polisę ubezpieczeniową w pozwanym towarzystwie.

Z powyższych przyczyn Sąd Okręgowy, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., zmienił z apelacji powódki zaskarżony wyrok uwzględniając powództwo w całości i w punkcie I. a) podwyższył zasądzoną kwotę 9.500 zł do kwoty 29.500 zł, jednocześnie w punkcie I. b) uchylił punkt 2..

Zmiana orzeczenia w zakresie roszczenia głównego skutkować musiała również zmianą rozstrzygnięcia o kosztach procesu. O kosztach postępowania pierwszo-instancyjnego Sąd Okręgowy orzekł w punkcie II., w ten sposób, że punktowi 3. nadał numer 2. o treści o kosztach wyroku orzeka na podstawie art. 98 k.p.c. ustalając, że powódka wygrała proces w całości, szczegółowe ich rozliczenie pozostawiając do rozstrzygnięcia referendarzowi sądowemu.

Przechodząc do podniesionych zarzutów w apelacji pozwanego należy wskazać, że okazały się one całkowicie chybione.

Po pierwsze należy przypomnieć, że do skutecznego postawienia zarzutu naruszenia prawa procesowego (art. 233 § 1 k.p.c.), konieczne jest wskazanie przyczyn dyskwalifikujących ocenę dowodów dokonaną przez sąd, określenie, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając, lub zarzucenie sądowi, iż rażąco naruszył zasady logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego wraz z wykazaniem w jaki sposób do tego doszło oraz stwierdzeniem, że uchybienie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy. Zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. przez naruszenie zasady doświadczenia życiowego powinien polegać na tym, że zarzuca się sądowi, że ten wywiódł z danego środka dowodowego jakiś fakt, podczas gdy doświadczenie życiowe uczy, że w takiej sytuacji taki fakt nie zachodzi albo przebiega on odmiennie. Naruszenie zasady logicznego rozumowania ma miejsce głównie wówczas gdy sąd błędnie interpretuje związki zachodzące pomiędzy

poszczególnymi faktami, wyciągając ostatecznie z ich całokształtu błędne wnioski. Postawienie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie może zaś polegać na zaprezentowaniu ustalonego przez siebie, na podstawie własnej oceny dowodów stanu faktycznego. Czyli skarżący orzeczenie sądowe, formułując zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie może ograniczyć się do twierdzeń, że z dowodów wynika inny niż ustalony przez sąd stan faktyczny. Jest to bowiem wówczas traktowane jako swobodna, niepoparta jurydycznymi argumentami, dyskusja z sądem. Skarżący musi wykazać, że gdyby sąd drugiej instancji nie naruszył wymienionych w art. 233 § 1 k.p.c. zasad oceny dowodów, to powinien dać wiarę środkom dowodowym przeciwnym do dokonanych ustaleń (Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 grudnia 2018 r., V ACa 1541/17, LEX nr 2613476).

W myśl zaś art. 278 § 1 k.p.c. w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych sąd po wysłuchaniu wniosków stron co do liczby biegłych i ich wyboru może wezwać jednego lub kilku biegłych w celu zasięgnięcia ich opinii. Dowód z opinii biegłego podlega ocenie na podstawie art. 233 § 1 k.p.c., przy czym z uwagi na swoistość tego środka dowodowego, w orzecznictwie wypracowano szczególne kryteria jego oceny. Wskazuje się, że opinia nie może podlegać ocenie sądu w warstwie dotyczącej przedstawionych poglądów naukowych lub dotyczących wiedzy specjalistycznej (naukowej lub technicznej), nawet jeśli członkowie składu orzekającego taką wiedzę posiadają. Ocenie podlega wyłącznie zgodność z materiałem procesowym przyjętych założeń faktycznych, podstawy metodologiczne, transparentność, kompletność, spójność wyводу i wreszcie zgodność wniosków opinii z zasadami logiki, wiedzy powszechnej i doświadczenia życiowego. Odwołanie się przez sąd do tych kryteriów oceny stanowi wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii za rzetelną. Oznacza to również i to, że sąd nie ma kompetencji do czynienia ustaleń pozostających w sprzeczności ze stanowiskiem biegłych specjalistów, zwłaszcza w sytuacji, gdy opinia jest jednoznaczna, przekonująca i odpowiednio umotywowana. Zdyskredytowanie opinii biegłego sporządzonej w sprawie jest możliwe tylko wówczas, gdy ta zawiera istotne luki, nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, nienależyte uzasadniona i nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona przez eksperta analiza nie pozwala organowi orzekającemu skontrolować jego rozumowania co do trafności jego wniosków końcowych (vide wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 19 listopada 2019 roku, I ACa 255/19, Lex nr 28647779).

W przedmiotowej sprawie Sąd dopuścił na wniosek stron dowód z opinii biegłych z zakresu z zakresu neurologii, psychologii, psychiatrii oraz ortopedii i chirurgii urazowej. W dniu 22 lipca 2017 r. M. M. (2) była badana przez lekarza neurologa, który stwierdził, iż leczenie urazu powódki nie powinno trwać dłużej niż do 31 sierpnia 2016 roku. Z punktu widzenia neurologicznego powódka co najmniej od 1 września 2016 roku była zdolna do pracy. W. N. nie oceniał prawidłowość decyzji ZUS w zakresie przyznania M. M. zwolnienia lekarskiego i zasiłku rehabilitacyjnego w innym okresie. Po pierwsze jest to ocena dokonana wyłącznie z jednego punktu widzenia – tj. przez biegłego z zakresu neurologii. Po drugie zaś opinia biegłego w żaden sposób nie jest w stanie podważyć okoliczności stanu faktycznego, że jak to zostało wielokrotnie podkreślone na gruncie niniejszego uzasadnienia, powódka była niezdolna do pracy w okresie od dnia 2 czerwca 2016 r. do dnia 28 czerwca 2017 r.. Na zwolnieniu lekarskim przebywała od dnia 2 czerwca 2016 r. do dnia 30 listopada 2016 r.. Następnie Zakład Ubezpieczeń Społecznych ustalił prawo powódki do świadczenia rehabilitacyjnego w okresie od dnia 1 grudnia 2016 r. do dnia 28 czerwca 2017 r..

Z kolei zarzuty pozwanego dotyczące dywagacji Sądu Rejonowego, iż można przypuszczać, że gdyby powódka nie zwolnienia lekarskie wystawiane przez innego lekarza, powódka otrzymałaby zwolnienie od lekarza psychiatry, są bez znaczenia. Bez względu na to, jakiej specjalizacji lekarz wystawił zwolnienie lekarskiego, należy mieć na uwadze, że w okolicznościach przedmiotowej sprawy w żaden sposób nie została skutecznie podważona zasadność wystawionych powódce zwolnień lekarskich, jak również późniejszych decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przyznaniu zasiłku rehabilitacyjnego. Tym samym Sąd Rejonowy dokonał prawidłowej oceny, że powódka w związku z wypadkiem, jakiemu uległa w dniu 2 czerwca 2016 r., pozostawała niezdolna do pracy w okresie od dnia 2 czerwca 2016 r. do dnia 28 czerwca 2017 r..

Mając powyższe na uwadze za niezasadne należało również uznać pozostałe podniesione przez skarżącego zarzuty naruszenia prawa materialnego, tj. naruszenia art. 805 k.c. w związku z § 2 ust. 26 OWU w związku z § 15 ust. 2 OWU w związku z art. 815 § 1 oraz § 3 k.c.. W okolicznościach przedmiotowej sprawy nie ma znaczenia, kiedy powódka zgłosiła się lekarza psychiatry i podjęła leczenie psychiatryczne. Powódka była niezdolna do pracy w okresie od dnia 2 czerwca

2016 roku do dnia 28 czerwca 2017 roku. Niezdolność do pracy rozpoczęła się w dniu wypadku, zatem mieściła się we wskazanym przez pozwanego okresie 30 dni od daty wypadku, ponadto okres niezdolności powódki do pracy wyniósł trzynaście miesięcy, zatem za okres od trzydziestego dnia czasowej niezdolności do pracy do jej zakończenia pozostało 12 miesięcy, za które powódce należy się wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy, na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację pozwanego, jako całkowicie bezzasadną.

Zważywszy na wynik kontroli instancyjnej Sąd Okręgowy o kosztach postępowania apelacyjnego orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 i w zw. z § 2 pkt 5) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 265) i zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 4.567 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się orzeczenia do dnia zapłaty. Na zasądzoną kwotę złożyły się: opłata od apelacji – 500 zł, wynagrodzenie pełnomocnika powódki w kwocie 2.717 zł, w związku z uwzględnieniem apelacji wniesionej przez powódkę w całości oraz 1.350 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego z apelacji pozwanego w związku z jej oddaleniem, jako bezzasadnej. Wynagrodzenie pełnomocnika powódki zostało obliczone od stawki minimalnej 75%, bowiem w postępowaniu apelacyjnym sprawy powódki nie prowadził ten sam adwokat.

Na podstawie art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tj. Dz. U. z 2023 roku, poz. 1144) w zw. z art. 98 § 1 k.p.c. Sąd nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 500 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych, od uiszczenia których powódka była zwolniona.