

Sygn. akt VIII C 162/21

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

dnia 5 czerwca 2023 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi w VIII Wydziale Cywilnym

w składzie: przewodniczący: Sędzia Bartek Męcina

protokolant: st. sekr. sąd. Ewa Ławniczak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 15 maja 2023 roku w Ł.

sprawy z powództwa G. S.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. w W.

o zapłatę

- zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 12.490 zł (dwanaście tysięcy czterysta dziewięćdziesiąt złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 5.100 zł (pięć tysięcy sto złotych) od dnia 23 marca 2021 r. do dnia zapłaty, a od kwoty 7.390 zł (siedem tysięcy trzysta dziewięćdziesiąt złotych) od dnia 14 kwietnia 2023 r. do dnia zapłaty,
- oddala powództwo w pozostałej części,
- zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.224 zł (jeden tysiąc dwieście dwadzieścia cztery złote) tytułem zwrotu kosztów procesu,
- nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Rejonowego dla Łodzi- Widzewa w Łodzi kwotę 2.348,85 zł (dwa tysiące trzysta czterdzieści osiem złotych osiemdziesiąt pięć groszy groszy) tytułem zwrotu tymczasowo uiszczonych kosztów sądowych w postaci wynagrodzenia biegłego.

Sygn. akt VIII C 162/21

UZASADNIENIE

W dniu 8 lipca 2020 roku powód G. S., reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, wytoczył przeciwko pozwanemu (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. w W. powództwo o zapłatę kwot: 4.000 zł tytułem dalszego częściowego świadczenia z tytułu pobytu w szpitalach, 600 zł tytułem dalszego częściowego świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych, 500 zł tytułem dalszego częściowego świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, wszystkie kwoty z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty. Ponadto wniósł o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów procesu oraz o zwolnienie od kosztów sądowych. W uzasadnieniu pełnomocnik wskazał, że w dniu 29 maja 2013 roku powód uległ wypadkowi komunikacyjnemu. Krytycznego dnia powód poruszał się skuterem, który uległ poślizgowi na śliskiej nawierzchni, w wyniku czego przewrócił się. Na skutek zdarzenia powód doznał złamania obu kości podudzia lewego z przemieszczeniem, stłuczenia barku prawego oraz innych mniejszych obrażeń. Z miejsca wypadku został przewieziony do szpitala i poddany zabiegowi operacyjnemu. Doznany uraz lewej nogi był bardzo poważny i wymagał wielokrotnego leczenia, w tym operacyjnego. W dniu 25 kwietnia 2016 roku wykonano u poszkodowanego zabieg częściowej amputacji goleni nad kolanem, co było spowodowane podostрым septycznym zapaleniem kości goleni lewej ze stawem rzekomym po złamaniu kości piszczelowej i strzałkowej wskutek wypadku. Powód został następnie poddany rehabilitacji. W 2018 roku w warunkach szpitalnych wykonano u niego zabiegi plastyki kikuta lewej goleni oraz oczyszczenia rany kikuta. W dalszej kolejności

pełnomocnik wyjaśnił, że w dacie zdarzenia powód był objęty ubezpieczeniem w ramach polisy (...). W związku z wypadkiem otrzymał od ubezpieczyciela następujące kwoty: 660 zł, 220 zł i 495 zł tytułem leczenia szpitalnego, 2x165 zł tytułem pobytu w szpitalu, 900 zł tytułem operacji chirurgicznej z dnia 18 września 2013 roku, 17.600 zł tytułem trwałego uszczerbku na zdrowiu. Ponadto otrzymał kartę apteczną uprawniającą do bezgotówkowego odbioru produktów o wartości 200 zł w wybranych aptekach. Wypłacone świadczenia mają zaniżony charakter powód doznał bowiem szkody obejmującej następujące świadczenia: 6.050 zł dalszego odszkodowania za pobyt w szpitalu przez łączny okres 110 dni (suma ubezpieczenia wynosi 11.000 zł, a procent sumy ubezpieczenia za 1 dzień pobytu stanowi 0,50%, tj. 55 zł), 5x900 zł tytułem operacji chirurgicznych, 6.600 zł tytułem trwałego uszczerbku na zdrowiu przy założeniu, że trwały uszczerbek wynosi 55%, a kwota świadczenia za 1% stanowi 4% sumy ubezpieczenia (kwota ta została pomniejszona o wypłacone świadczenie w wysokości 17.600 zł). Finalnie pełnomocnik podniósł, że do 2019 roku nie był znany całkowity rozmiar szkody, a powód był zapewniany przez konsultantów ubezpieczyciela, że dopiero po zakończeniu leczenia, kiedy będzie znany całkowity rozmiar szkody, powód będzie mógł zgłosić swoje roszczenia. Powyższe sprawia, że dochodzone roszczenie nie uległo przedawnieniu.

(pozew k. 4-9, pismo procesowe k. 264)

Postanowieniem z dnia 11 lutego 2021 roku referendarz sądowy zwolnił powoda od kosztów sądowych w całości.

(postanowienie k. 279)

W odpowiedzi na pozew strona pozwana, reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika, wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda zwrotu kosztów procesu. W uzasadnieniu pełnomocnik podniósł zarzut przedawnienia roszczenia. Niezależnie od tego wyjaśnił, że zgodnie z opinią lekarską powód na skutek wypadku doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu na poziomie 40%, co skutkowało wypłatą świadczenia z tego tytułu w wysokości 17.600 zł. Wskazał, że: (1) w szkodzie (...) pozwany odmówił pokrycia kosztów leczenia, ponieważ miało ono miejsce 12 miesięcy po wypadku, (2) w szkodzie (...) świadczenie zostało wypłacone, (3) w szkodzie (...) wypłacono świadczenie zgodnie z klasyfikacją operacji, (4) w szkodzie (...) wypłacono świadczenie za leczenie szpitalne w okresie 17-25 września 2013 roku po 0,5% sumy ubezpieczenia, (5) a w szkodzie (...) za okres 6-9 sierpnia 2013 roku, (6) w szkodzie (...) świadczenie dodatkowe za leczenie szpitalne w związku z NW zostało wypłacone w całości, (7) w szkodzie (...) wypłacono świadczenie za leczenie bezpośrednie po wypadku, tj. za okres od dnia 29 maja do dnia 3 czerwca 2013 roku po 1% za każdy dzień pobytu w szpitalu i brak jest podstaw do dopłaty z tego tytułu.

(odpowiedź na pozew k. 288-290)

Po wydaniu opinii przez biegłych sądowych, powód pismem z dnia 3 marca 2023 r. rozszerzył powództwo do kwoty 14.840 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty. Pełnomocnik powoda oświadczył, że na dochodzone w sprawie roszczenia składają się następujące kwoty: 5.940 zł tytułem dalszego świadczenia z tytułu pobytu powoda w szpitalu za okres 108 dni, 4.500 zł tytułem operacji chirurgicznych w dniach 29 maja 2013 roku, 21 października 2015 roku, 25 kwietnia 2016 roku oraz 10 grudnia 2018 roku, a także 4.400 zł tytułem dalszego świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

(pismo procesowe k. 403)

W dalszym toku procesu stanowiska stron nie uległy już zmianie.

(protokół rozprawy k. 427-427v.)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 29 maja 2013 roku podczas jazdy skuterem powód wywrócił się na mokrej nawierzchni jezdni, co doprowadziło do jego upadku i powstania obrażeń ciała. Z miejsca zdarzenia został przewieziony do szpitala.

(dowód z przesłuchania powoda – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 27 września 2021 roku i z dnia 6 kwietnia 2023 roku, karta wypadku k. 87-88, pisemne wyjaśnienia k. 88v., okoliczności bezsporne)

Po przeprowadzeniu badań lekarskich u powoda stwierdzono złamanie 1/3 dalszej lewej kości piszczelowej i wysokie złamanie lewej kości strzałkowej, stłuczenie prawego barku. Powód został poddany zabiegowi operacyjnemu, w trakcie którego nastawiono odłamy kości piszczelowej „na otwarto” i zespolono metalowym zestawem AO. Po operacji kończyna została unieruchomiona w łusce gipsowej. W dniu 3 czerwca 2013 roku poszkodowany został wypisany do domu z zaleceniem kontynuacji leczenia w poradni ortopedyczno-urazowej, chodzenia z pomocą dwóch kul łokciowych bez obciążania operowanej kończyny, leczenia farmakologicznego. W dniach 6-9 sierpnia 2013 roku oraz 17-25 września 2013 roku powód ponownie był hospitalizowany z rozpoznaniem destabilizacji zespolenia po złamaniu lewej goleni. W dniu 18 września 2013 roku wykonano u niego zabieg operacyjny polegający na pobraniu przeszczepów kostnych z talerza lewej kości biodrowej, usunięciu materiału zespalającego, resekcji strzałki, plastyki stawu rzekomego kości piszczelowej, stabilizacji odłamów płytą (...). Ponadto miejscowo założono autogenne przeszczepy kostne i (...) A. S.. Po zabiegu kończyna została unieruchomiona w gipsie.

W dniu 14 stycznia 2014 roku powód ponownie trafił do szpitala, gdzie stwierdzono złamanie lewej goleni i pęknięcie zespolenia. Wykonano u niego repozycję i założono nowy opatrunek gipsowy udowo-stopowy. Kolejne pobyty w szpitalu przypadły na okres 20-21 sierpnia 2015 roku, 19-27 października 2015 roku, 1 kwietnia – 6 maja 2016 roku. W trakcie ostatniego z nich rozpoznano u powoda podostre zapalenie stawu rzekomego lewej kości piszczelowej i podjęto decyzję o amputacji lewej goleni poniżej stawu kolanowego, która została wykonana w dniu 25 kwietnia 2016 roku.

Pobyty G. S. w szpitalu miały ponadto miejsce: w dniach 13 maja 2016 r., 14 listopada – 12 grudnia 2017 roku, w dniach 28 sierpnia – 12 września 2018 roku (wykonano plastykę kikuta lewej goleni), w dniach 4-19 grudnia 2018 roku (w dniu 10 grudnia wykonano ponowną plastykę kikuta lewej goleni, oczyszczenie rany, wycięcie przetoki i tkanek zmienionych zapalnie, implantowano preparat S.), w lutym 2019 roku (usunięto zdewitalizowane tkanki, martwicę, wilgotne tkanki martwicze).

Na przestrzeni kolejnych lat powód odbył kilkadziesiąt kolejnych wizyt w poradni chirurgicznej. Od listopada 2021 roku zaprzestał noszenia protezy.

Z dniem 25 kwietnia 2014 roku powód zakończył stosunek pracy i przeszedł na emeryturę. Umowa o pracę została rozwiązana za porozumieniem stron.

Orzeczeniem z dnia 15 kwietnia 2019 roku powód został zaliczony do osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. Stopień niepełnosprawności ma charakter stały.

(dowód z przesłuchania powoda – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 27 września 2021 roku i z dnia 6 kwietnia 2023 roku, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności k. 191-191v., świadectwo pracy k. 192-193, podanie, dokumentacja medyczna w aktach sprawy)

Na skutek przedmiotowego wypadku powód doznał złamania 1/3 dalszej lewej kości piszczelowej, wysokiego złamania lewej kości strzałkowej i stłuczenia prawego barku. Po zastosowaniu leczenia operacyjnego doszło do powikłań w postaci: destabilizacji, powstania stawu rzekomego i konieczności dalszych operacji. Obecnie, po amputacji lewej goleni, na jej kikucie pozostają blizny i niezagojone w pełni owrzodzenia uniemożliwiające noszenie protezy. Utrzymuje się zespół bólowy i pogorszenie sprawności.

Uszczerbek na zdrowiu powoda powstały w wyniku obrażeń doznanych w dniu 29 maja 2013 roku ma charakter stały i wynosi 50% wg pkt 162b tabeli (...).

Rokowania na przyszłość są trudne. Po upływie 11 lat od zdarzenia wysoce wątpliwe wydaje się ostateczne trwałe wygojenie kikuta lewej goleni, uzyskanie trwałej zdolności do zaprotezowania i związanej z tym poprawy sprawności.

Hospitalizacja powoda w dniach: 17-25 września 2013 roku, 14 stycznia 2014 roku, 20-21 sierpnia 2015 roku, 19-27 października 2015 roku, 1 kwietnia – 6 maja 2016 roku, 13 maja 2016 roku, 14 listopada – 12 grudnia 2017 roku, 28 sierpnia – 12 września 2018 roku, 4-19 grudnia 2018 roku, w świetle dokumentacji medycznej była uzasadniona. Hospitalizacje te spełniają przesłanki leczenia szpitalnego w rozumieniu OWU i polisy, której podlegał powód.

Wszystkie przeprowadzone u powoda operacje chirurgiczne były uzasadnione doznany urazem, a następnie pojawiającymi się powikłaniami. Operacje te były operacjami chirurgicznymi w rozumieniu OWU i polisy, której podlegał powód.

(pisemna opinia biegłego ortopedy k. 332-336, pisemna opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej k. 346-357, pisemna opinia biegłego z zakresu rehabilitacji medycznej k. 397)

W czasie opisanego zdarzenia powód był objęty grupowym ubezpieczeniem pracowniczym typ P PLUS w ramach polisy nr (...) w pozwanym Zakładzie (...). Suma ubezpieczenia została oznaczona w polisie na kwotę 11.000 zł w odniesieniu m.in. do leczenia szpitalnego, trwałego uszczerbku na zdrowiu, pobytu w szpitalu oraz na kwotę 3.000 zł w odniesieniu do operacji chirurgicznych.

W przypadku ubezpieczenia TU za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu powodowi przysługiwało 4% sumy ubezpieczenia, w przypadku: leczenia szpitalnego – zależnie od tego czy był to pierwszy pobyt rozpoczęty nie później niż 14 dni od wypadku, czy też nie – 1% albo 0,5% sumy ubezpieczenia, operacji chirurgicznej – 30% sumy ubezpieczenia.

Zgodnie z ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P PLUS, przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności (...) (§ 3, § 4). Nieszczęśliwy wypadek to niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela (§ 2 ust. 1 pkt 3).

Stosownie do treści ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmował wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności (...). Pozwany wypłacał świadczenie w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą, jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu (§ 3, § 4, § 5). Świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku przysługiwało ubezpieczonemu, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego (§ 17 ust. 1).

W myśl ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego, przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia obejmował wystąpienie następujących zdarzeń w okresie odpowiedzialności (...): pobyt w szpitalu spowodowany chorobą oraz pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. Za każdy dzień pobytu w szpitalu ubezpieczonemu przysługiwało świadczenie w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że jeśli pobyt w szpitalu był pierwszym pobytym spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pozwany wypłacał świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości 1% sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu (§ 3, § 4, § 5 ust. 1 i 2).

W myśl ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego PLUS, przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia obejmował wystąpienie w okresie odpowiedzialności (...) m.in. pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą nieszczęśliwym wypadkiem lub wypadkiem komunikacyjnym. Za każdy dzień pobytu w szpitalu ubezpieczonemu przysługiwało świadczenie w wysokości

określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem/wypadkiem komunikacyjnym i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu jego wystąpienia (§ 3, § 4, § 5). (...) wypłaca świadczenie maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu (§ 17).

Przedmiotem ubezpieczenia na gruncie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych było zdrowie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia obejmował wykonanie w okresie odpowiedzialności (...) operacji chirurgicznych wymienionych w Wykazie (...). W przypadku operacji chirurgicznej II klasy, do której zaliczono operację przebytą przez powoda, pozwany wypłacał świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia (§ 3, § 4, § 5 ust. 1).

Na gruncie przedmiotowego grupowego ubezpieczenia, w tym ubezpieczeń dodatkowych, odpowiedzialność pozwanego była wyłączona m.in. w przypadku wypadku komunikacyjnego, gdy ubezpieczony prowadził pojazd w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości.

Na gruncie ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie i życie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia był zależny od wybranego przez ubezpieczonego wariantu. Zakres ubezpieczenia (w tym ubezpieczeń dodatkowych) obejmował wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie odpowiedzialności (...). Początek odpowiedzialności (...) przypadał pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po przekazaniu składki i był określony w treści polisy - tu: 1 lutego 2015 roku pod warunkiem terminowego opłacenia składki (§ 3, § 4 ust. 1-3, § 21 ust. 1).

W myśl ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwego wypadku, przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia obejmował wystąpienie następujących zdarzeń w okresie odpowiedzialności (...): leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwego wypadku, pobyt na (...) spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, rehabilitacja spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem (§ 3, § 4 ust. 1). Za każdy dzień pobytu w szpitalu ubezpieczonego przysługiwało świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia, maksymalnie za 90 dni łącznie leczenia szpitalnego w każdym roku obowiązywania polisy (§ 5 ust. 1, § 6 ust. 1). Jeżeli nieszczęśliwy wypadek powstał w okresie odpowiedzialności (...) z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego zawartej na podstawie niniejszych OWU i spowodował konieczność leczenia szpitalnego w okresie odpowiedzialności (...) z tytułu aktualnie obowiązującej umowy ubezpieczenia dodatkowego, (...) ponosi odpowiedzialność o ile brak jest przerwy w opłacie składek pomiędzy okresami tych umów.

W przypadku dodatkowego ubezpieczenia z Kartą apteczną, przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia obejmował m.in. leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie ubezpieczeniowe uprawniało ubezpieczonego do odbioru w aptece produktów o wartości – w przypadku leczenia szpitalnego – 50% sumy ubezpieczenia. Pozwany ponosił odpowiedzialność za pierwsze leczenie szpitalne spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpocznie się ono w ciągu 14 dni od dnia zajścia tego nieszczęśliwego wypadku. Leczenie szpitalne zostało określone, jako trwające nieprzerwanie dłużej niż 3 dni, spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem stacjonarne, całodobowe leczenie (...) (§ 2 ust. 1 pkt 6, § 4 ust. 1 pkt 1, § 5 pkt 1, § 6 ust. 1).

Po odejściu z pracy powód kontynuował ubezpieczenie w ramach Indywidualnego Kontynuowanego (...) Pracowniczego Typ P (...) w ramach polisy nr (...).

Decyzjami z dnia 27 maja 2014 roku pozwany przyznał powodowi:

- świadczenie w wysokości 220 zł z tytułu leczenia szpitalnego za okres 4 dni (nr sprawy (...)),
- świadczenie w wysokości 660 zł z tytułu leczenia szpitalnego za okres 6 dni (nr sprawy (...)),
- świadczenie w wysokości 165 zł za pobyt w szpitalu (nr sprawy (...)),

- świadczenie w wysokości 165 zł za pobyt w szpitalu (nr sprawy (...)),
- świadczenie w wysokości 495 zł z tytułu leczenia szpitalnego za okres 9 dni (nr sprawy (...)),
- świadczenie w wysokości 900 zł z tytułu operacji chirurgicznej (nr sprawy (...)).

Decyzją z dnia 28 maja 2014 roku wydano powodowi kartę apteczną uprawniającą do odbioru produktów za kwotę 200 zł.

Decyzją z dnia 2 lutego 2016 roku pozwany przyznał na rzecz G. S. świadczenie w kwocie 17.600 zł z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu. Na potrzeby wyliczenia przedmiotowego świadczenia pozwany przyjął, że trwały uszczerbek na zdrowiu wynosił 40%.

Pomimo zgłoszenia dodatkowych roszczeń przez powoda (...) odmówiło ich zaspokojenia.

(dowód z przesłuchania powoda – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 27 września 2021 roku i z dnia 6 kwietnia 2023 roku, decyzja ubezpieczeniowa k. 82, k. 164, k. 166, k. 167, k. 168, k. 169, k. 170, k. 175, pismo k. 85-85v., k. 171, k. 172, k. 173, polisa k. 176-177, k. 183-184, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego PLUS k. 371-372, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych wraz z wykazem k. 373-374v., ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem k. 376-376v., ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P PLUS k. 447-448v., ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia szpitalnego k. 473-474, okoliczności bezsporne)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił bądź jako bezsporny, bądź na podstawie powołanych wyżej dowodów, w tym dowodów z dokumentacji medycznej oraz na podstawie wyjaśnień powoda. G. S. opisał, w jaki sposób doszło do wypadku, proces swojego leczenia, a także wpływ urazu na swoje życie. Przedstawiona przez niego relacja była logiczna i spójna, nie została podważona przez stronę pozwaną, wobec czego Sąd uznał, że ma ona walor wiarygodności.

Za podstawę ustaleń faktycznych Sąd przyjął ponadto opinię biegłych sądowych. Oceniając wydane opinie Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania zawartych w ich treści wniosków, opinie te były bowiem rzetelne, jasne, logiczne oraz w sposób wyczerpujący objaśniające budzące wątpliwości kwestie. Opinie te w pełni odnosiły się do zagadnień będących ich przedmiotem, wnioski biegłych nie budzą przy tym wątpliwości w świetle zasad wiedzy oraz doświadczenia życiowego, a jednocześnie opinie zostały sporządzone w sposób umożliwiający przesłedzenie - z punktu widzenia zasad wiedzy, doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania - analizy przez biegłych zagadnień będących ich przedmiotem. Wydając opinie biegli oparli się na zgromadzonym w aktach sprawy materiale dowodowym, w tym dokumentacji medycznej, oraz na przeprowadzonym badaniu fizykalnym powoda. Sporządzone opinie nie były podważane przez strony.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo było zasadne i zasługiwało na uwzględnienie w przeważającej części.

Rozważania w niniejszej sprawie rozpocząć należy od oceny zgłoszonego przez stronę pozwaną zarzutu przedawnienia roszczenia, skuteczne podniesienie przedmiotowego zarzutu jest bowiem wystarczające do oddalenia powództwa bez potrzeby ustalenia, czy zachodzą wszystkie inne przesłanki prawnomaterialne uzasadniające jego uwzględnienie, a ich badanie w takiej sytuacji staje się zbędne (por. uzasadnienie uchwały pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 2006 roku, III CZP 84/05, OSNC 2006/7-8/114 oraz uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 sierpnia 2010 roku, I CSK 653/09, LEX).

Należy przypomnieć, że z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, roszczenia majątkowe ulegają przedawnieniu (art. 117 § 1 k.c.). Zgodnie z art. 117 § 2 k.c., po upływie terminu przedawnienia ten, przeciwko komu

przysługuje roszczenie może uchylić się od jego zaspokojenia, chyba że zrzeka się korzystania z zarzutu przedawnienia. Roszczenia dochodzone niniejszym powództwem bez wątpienia są roszczeniami majątkowymi.

Co do długości trwania terminu przedawnienia należy zauważyć, że w myśl art. 819 § 1 kc roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech. Bieg przedawnienia rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne (art. 120 § 1 zd. 1 k.c.). Należy przypomnieć, że strona powodowa dochodziła częściowego świadczenia z tytułu pobytu w szpitalach, z tytułu operacji chirurgicznych i z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu. Ma to o tyle znaczenie, że w przypadku każdego z powyższych świadczeń, roszczenia powoda stawały się wymagalne w innych terminach. Świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych, mających miejsce w dniach 21 października 2015 r., 25 kwietnia 2016 r. i 10 grudnia 2018 r., stawało się wymagalne od dnia, w których operacje chirurgiczne miały miejsce, a świadczenie z tytułu pobytu w szpitalach w okresach od 1 kwietnia do 6 maja 2016 r., 13 maja 2016 r., od 14 listopada do 12 grudnia 2017 r., od 28 sierpnia do 12 września 2018 r. i od 4 do 19 grudnia 2018 r. stawało się wymagalne w ostatnim dniu każdego pobytu powoda w szpitalu. Natomiast początkowy bieg terminu przedawnienia roszczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu zaczął swój bieg wraz z zakończeniem procesu leczenia powoda. Dopóki powód przebywał w szpitalach oraz był poddawany zabiegom operacyjnym w związku ze skutkami zdarzenia z 29 maja 2013 r., nie sposób mówić, aby termin przedawnienia rozpoczął swój bieg, gdyż nie sposób było ocenić stopnia trwałego uszczerbku powoda. Ostatnia hospitalizacja powoda miała miejsce w okresie od 4 do 19 grudnia 2018 r. Zatem należy zgodzić się z twierdzeniem powoda, że roszczenie o dalsze częściowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu stało się wymagalne dopiero z momentem zakończenia procesu leczenia powoda.

Zgodnie z art. 123 § 1 pkt. 1 kc bieg przedawnienia przerywa się przez każdą czynność przed sądem lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń danego rodzaju albo przed sądem polubownym, przedsięwziętą bezpośrednio w celu dochodzenia lub ustalenia albo zaspokojenia lub zabezpieczenia roszczenia. Dodatkowo zgodnie z art. 819 § 4 kc bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia. Niewątpliwie czynnością, o której mowa w art. 123 § 1 pkt. 1 kc jest wniesienie pozwu, co w przedmiotowej sprawie nastąpiło w dniu 8 lipca 2020 r. Zatem nieprzedawnione są roszczenia powoda z tytułu dalszego świadczenia związane z pobytem powoda w szpitalu w okresach od 14 listopada do 12 grudnia 2017 r., od 28 sierpnia do 12 września 2018 r. i od 4 do 19 grudnia 2018 r., czyli łącznie 61 dni, z tytułu operacji chirurgicznej w dniu 10 grudnia 2018 r., jak również świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

W ocenie Sądu podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia roszczenia należy uznać za nieskuteczny. Ocena taka wymaga wyjściowego założenia, że uznanie podniesienia zarzutu przedawnienia za nadużycie prawa jest możliwe całkowicie wyjątkowo, w wypadkach szczególnie rażącego nadużycia prawa i wtedy, gdy indywidualna ocena okoliczności sprawy wskazuje, że opóźnienie w dochodzeniu przedawnionego roszczenia nie jest nadmierne i było usprawiedliwione szczególnymi przyczynami. Takie podejście do możliwości zastosowania art. 5 k.c. w obronie przed zarzutem przedawnienia jest ugruntowane w orzecznictwie i w piśmiennictwie. Jak słusznie stwierdził Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 12 grudnia 2007 r. (V CSK 334/07), zgodnie z jednolitą linią orzecznictwa Sądu Najwyższego tylko w wyjątkowych okolicznościach sąd może posłużyć się przy ocenie podniesionego zarzutu przedawnienia treścią art. 5 kc. (por. np. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 11 października 1996 r., III CZP 76/96, OSNC 1997, nr 2, poz. 16, wyrok z dnia 13 listopada 1997 r., I CKN 323/97, OSNC 1998, nr 5, poz. 79, wyrok z dnia 27 czerwca 2001 r., II CKN 604/00, OSNC 2002, nr 3, poz. 32, z dnia 2 kwietnia 2003 r., I CKN 204/01). Nie ulega wątpliwości, że stosując art. 5 kc trzeba mieć na względzie jego szczególny charakter wynikający z użycia w nim klauzul generalnych. Z tej przyczyny dla oceny, czy podniesiony zarzut przedawnienia nie nosi znamion nadużycia prawa, konieczne jest rozważenie charakteru dochodzonego roszczenia, przyczyn opóźnienia i jego nadmierności.

Sąd podziela stanowisko wyrażone w uzasadnieniu uchwały Sądu Najwyższego z dnia 17 stycznia 1974 r., III PZP 34/73 (OSNCP 1975, nr 1, poz. 4), zgodnie z którym sąd, stosując art. 5 k.c., nie ma obowiązku konkretyzacji zasady współzycia społecznego. Sąd Najwyższy trafnie podkreślił, że zastosowanie zasad współzycia społecznego pozostaje

w nierozłącznym związku z całokształtem okoliczności każdej, indywidualnie ocenianej, konkretnej sprawy. W takim całościowym ujęciu wymienione zasady wyznaczają podstawy, granice i kierunek ich zastosowania w wyjątkowych sytuacjach rozstrzyganej sprawy. Nie można więc w oderwaniu od stanu faktycznego danej sprawy formułować ogólnych dyrektyw co do stosowania tych zasad. Mają one bowiem stanowić podstawę dokonania korektury w ocenie nietypowej sytuacji konkretnej, nienadającej się do ogólnego abstrakcyjnego unormowania prawnego. Do sądu należy rozstrzygnięcie o potrzebie i sposobie zastosowania całościowo traktowanych zasad współżycia społecznego w okolicznościach danej sprawy, a nie konkretyzacja zastosowanych zasad.

Należy powtórzyć za uzasadnieniem wyroku Sądu Najwyższego z dnia 25 listopada 2010 r. (III CSK 16/10), że podniesienie zarzutu przedawnienia może w wyjątkowych okolicznościach stanowić nadużycie prawa. Zastosowanie art. 5 k.c. w odniesieniu do zarzutu przedawnienia zakłada rozważenie na tle całokształtu okoliczności sprawy interesów obu stron roszczenia, tj. zarówno uprawnionego, jak i zobowiązanego. Za zastosowaniem art. 5 k.c. mogą w szczególności przemawiać leżące po stronie zobowiązanego przyczyny opóźnienia w dochodzeniu roszczenia, np. zachowanie zobowiązanego polegające na wywołaniu u uprawnionego przekonania o dobrowolnym zadośćuczynieniu roszczeniu. Nie jest jednak wykluczone uznanie zarzutu przedawnienia za nadużycie prawa także wtedy, gdy przyczyny opóźnienia w dochodzeniu roszczenia leżą również lub nawet wyłącznie po stronie uprawnionego. Za uznaniem wówczas zarzutu przedawnienia za nadużycie prawa mogą przemawiać inne okoliczności sprawy, np. charakter interesów leżących u podstaw przedawnionego roszczenia lub szczególna sytuacja uprawnionego, zwłaszcza w zestawieniu z sytuacją zobowiązanego. Z relacji G. S. wynika, że w momencie podejmowania próby zgłoszenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, pracownicy pozwanego odsyłali powoda z informacją, aby zgłosił się ponownie już po zakończeniu procesu leczenia. Co prawda powód nie był w stanie wskazać konkretnych pracowników pozwanego, jednak jest to zrozumiałe z uwagi na upływ czasu, a także niepełnosprawność powoda, którą doznał na skutek wypadku z 29 maja 2013 r. Z uwagi na wykształcenie powoda, wiarygodnym jest również to, że powód mógł działać w zaufaniu do twierdzeń pracowników pozwanego, którzy wywołali w powodzie mylne wyobrażenie co do terminu zgłoszenia roszczeń z umowy ubezpieczenia. Nie można też stracić z pola widzenia różnicy pomiędzy obiema stronami sporu, pozwany jest zakładem ubezpieczeń od wielu dziesięcioleci działającym na rynku, ze zgromadzonym ogromnym kapitałem. Tymczasem powód prowadzi samodzielnie gospodarstwo domowe, ma poważne problemy z poruszaniem się, a jego jedynym źródłem utrzymania jest renta. Można przypuszczać, że obecna sytuacja powoda jest w głównej mierze spowodowana skutkami wypadku z 29 maja 2013 r. Dlatego też Sąd uznał, że strona pozwana bezskutecznie powołała zarzut przedawnienia roszczenia.

Przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie zakładu ubezpieczeń 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 – art. 805 § 1 i 2 k.c. Kodeks cywilny nie określił pojęcia wypadku ubezpieczeniowego, pozostawiając to kryterium formalne umowie stron.

W niniejszej sprawie powód wywodził swoje roszczenie z dwóch umów ubezpieczenia zawartych z pozwanym: 1) umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P PLUS zawartej w ramach polisy nr (...) umowy indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia pracowniczego typ P PLUS zawartej w ramach polisy nr (...).

W sprawie nie budzi wątpliwości, że zdarzenie z udziałem powoda nosiło znamiona nieszczęśliwego wypadku, który pozwany zdefiniował, jako niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela. W ocenie Sądu przez przyczynę zewnętrzną należy rozumieć przyczynę (czynnik) pochodzącą ze świata zewnętrznego, czyli leżącą poza organizmem człowieka. Nie musi być to jednak przyczyna wyłączna. Wystarczy bowiem, że dany czynnik ze świata zewnętrznego jedynie przyczynił się, umożliwił powstanie uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego. Podkreślenia wymaga przy tym, że w myśl § 18 ust. 6 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu

nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez ubezpieczonego. Wobec braku dowodów przeciwnych Sąd przyjął zgodnie z twierdzeniem pozwu, że wywrócenie się motocykla nastąpiło na skutek śliskiej nawierzchni jezdni, a więc niewątpliwie przyczyny zewnętrznej. Na koniec tej części rozważań wskazać należy, iż OWU pozwanego nie definiują pojęcia „przyczyny zewnętrznej”.

W ocenie Sądu niesporne jest również, iż pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a powstaniem u powoda urazu, z medycznego punktu widzenia, istnieje bezpośredni, normalny związek przyczynowo-skutkowy. Jak przyjmuje się w judykaturze, dla ustalenia istnienia normalnego związku przyczynowego wystarczy ustalenie, że konkretny skutek danego działania lub zaniechania nie jest zjawiskiem tak odosobnionym i tak wyjątkowym, iż nie mieści się w granicach zwykłego powiązania między przyczyną i skutkiem. Jeżeli natomiast konkretne następstwa działania (zaniechania), mogą być typowe dla większej bliżej nie określonej liczby osób, trzeba przyjąć, że w tej grupie następstwa takie pozostają w normalnym związku przyczynowym z działaniem (zaniechaniem) stanowiącym przyczynę tych następstw (por. wyrok SN z dnia 12 listopada 1970 roku, I CR 468/70, LEX nr 6819). Nie wyłącza przy tym „normalności” w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. okoliczność, że mimo identycznych warunków zdarzenia określone następstwo nie zawsze występuje, ani też jego statystyczna rzadkość. Normalne następstwo nie musi bowiem oznaczać skutku koniecznego (por. wyrok SN z dnia 19 marca 2008 roku, V CSK 491/07, LEX nr 385589).

Kontynuując rozważania mające na celu ustalenie, czy przedmiotowe zdarzenie było nieszczęśliwym wypadkiem, wskazać należy, że urazy powoda nie był skutkiem procesu chorobowego, czy też wynikiem naturalnego starzenia się organizmu poszkodowanego, przy czym pozwany w sprawie nie podnosił, aby przyczyną urazu była choroba powoda, bądź też jakiś uraz z przeszłości. Jedynie zatem na marginesie wskazać należy, iż sam pozwany w ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, dopuszczał możliwość wystąpienia u ubezpieczonego, przed zaistnieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, uszkodzenia na skutek samoistnej choroby lub przebytego urazu organu, narządu lub układu, które uległo dalszemu uszkodzeniu w wyniku takiego zdarzenia, zastrzegając, że w takim przypadku winno się ustalić uszczerbek na zdrowiu jako różnicę pomiędzy stanem istniejącym przed a po wypadku (§ 18 ust. 4). Nadto niesporne w sprawie jest, jak również wynika to z § 18 ust. 5 w/w OWU, że przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, w zakresie umowy ubezpieczenia do którego (...) mają zastosowanie, stosuje się tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą załącznik do powołanych (...). Tabela ta stanowi integralną część powołanych ogólnych warunków umowy dodatkowej, a zatem jest objęta umową stron tak samo, jak i inne postanowienia umowne.

Dlatego też w ocenie Sądu, w związku z zaistniałym zdarzeniem z dnia 29 maja 2013 roku, powodowi przysługiwały świadczenia od pozwanego wynikające z zawartej umowy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia wynikająca z polisy nr (...), potwierdzającej przystąpienie do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P PLUS w pozwanym zakładzie ubezpieczeń, została oznaczona na kwotę 11.000 zł w odniesieniu m.in. do leczenia szpitalnego, trwałego uszczerbku na zdrowiu, pobytu w szpitalu oraz na kwotę 3.000 zł w odniesieniu do operacji chirurgicznych. W przypadku ubezpieczenia TU za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu powodowi przysługiwało 4% sumy ubezpieczenia, w przypadku: leczenia szpitalnego – zależnie od tego czy był to pierwszy pobyt rozpoczęty nie później niż 14 dni od wypadku, czy też nie – 1% albo 0,5% sumy ubezpieczenia, operacji chirurgicznej – 30% sumy ubezpieczenia.

Na uwzględnienie zasługiwało roszczenie powoda o zapłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu. W pierwszej kolejności Sąd powinien odnieść się do § 18 ust. 3 i 7 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Zgodnie z § 18 ust. 3 w przypadku, gdy lekarz orzecznik nie jest w stanie określić ostatecznego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, (...) S.A. występuje powtórnie do lekarza orzecznika, z tym, że nie później niż w 24 miesiącu od daty nieszczęśliwego wypadku, w celu określenia ostatecznego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu. W ocenie Sądu powołane unormowanie o.w.u. ma za zadanie chronić interesy ubezpieczonego, nakładając na zakład ubezpieczeń obowiązek określenia ostatecznego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu w określonym terminie 2 lat od daty nieszczęśliwego wypadku. Również treść § 18 ust. 7 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego

spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, nie może przemawiać za oddaleniem powództwa w analizowanym zakresie. Powołany przepis o.w.u. stanowi, że po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Z opinii biegłego ortopedy, jak i biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej wynika jasno, że uszczerbek na zdrowiu powoda powstały w wyniku obrażeń doznanych w dniu 29 maja 2013 roku ma charakter stały i wynosi 50% (pkt 162b tabeli (...)). Czyli biegli sądowi określili wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda, odmiennie od lekarza orzecznika występującego w postępowaniu ubezpieczeniowym. Jednak w ocenie Sądu tylko na tej podstawie, że biegli sądowi wydawali swoje opinie po ustaleniu przez pozwanego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, w oparciu o później powstałą dokumentację z leczenia powoda, nie można a priori przyjąć, że ustalenie trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda na poziomie 50 % było wynikiem jedynie pogorszenia się stanu zdrowia powoda, a nie odmiennej oceny, co przecież wielokrotnie ma miejsce, dokonanej przez biegłych sądowych. W tym zakresie ciężar wykazania okoliczności spoczywał na stronie pozwanej, która poza wniesieniem lakonicznej odpowiedzi na pozew nie przejawiała żadnej inicjatywy dowodowej w sprawie.

Mając powyższe na uwadze, a także w związku z treścią opinii biegłego ortopedy i biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej, którzy zgodnie określili stały uszczerbek na zdrowiu powoda w wysokości 50%, należy stwierdzić, że przysługujące z tego tytułu powodowi świadczenie w pełnej wysokości wyniosło 22.000 zł (suma ubezpieczenia 11.000 zł*4%*50). Biorąc pod uwagę, że pozwany wypłacił dotychczas kwotę 17.600 zł, to powód zasadnie domagał się zapłaty kwoty 4.400 zł tytułem świadczenia z powodu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Strona powodowa słusznie domagała się również zapłaty od pozwanego dalszego świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych, ale wyłącznie w zakresie trzech operacji mających miejsce w dniach 21 października 2015 r., 25 kwietnia 2016 r. i 10 grudnia 2018 r., o których mowa w piśmie powoda z 3 marca 2023 r., stanowiącym rozszerzenie powództwa, co łącznie dało kwotę 2.700 zł (3*900 zł). W pozostałym zakresie roszczenie o dalsze świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych podlegało oddaleniu, gdyż decyzją z dnia 27 maja 2014 roku pozwany przyznał już powodowi świadczenie w wysokości 900 zł z tytułu operacji chirurgicznej (nr sprawy (...)). Zresztą strona powodowa dochodząc zapłaty kwoty 4.500 zł tytułem 5 operacji chirurgicznych, w piśmie procesowym z 3 marca 2023 r. stanowiącym rozszerzenie powództwa, wskazała jedynie 4 operacje.

Powodowi przysługiwało także dalsze świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w okresach od 1 kwietnia do 6 maja 2016 r., 13 maja 2016 r., od 14 listopada do 12 grudnia 2017 r., od 28 sierpnia do 12 września 2018 r. i od 4 do 19 grudnia 2018 r., czyli łącznie 98 dni. W sumie z tytułu pobytu w szpitalu powodowi przysługiwała kwota 5.390 zł. Natomiast za pozostałe okresy pobytu powoda w szpitalu, wymienione w piśmie procesowym z dnia 3 marca 2023 r. stanowiącym rozszerzenie powództwa, pozwany wypłacił świadczenie w wysokości wynikającej z umowy. Dlatego też powództwo co do kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą 5.940 zł, a 5.390 zł, podlegało oddaleniu.

Łącznie powodowi przysługiwały dodatkowe świadczenia w wysokości 12.490 zł, w tym kwotę 5.390 zł stanowiło świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu, kwotę 2.700 zł świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych, a kwotę 4.400 zł świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu. Mając powyższe na uwadze, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 12.490 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 5.100 zł od dnia 23 marca 2021 r. do dnia zapłaty, a od kwoty 7.390 zł od dnia 14 kwietnia 2023 r. do dnia zapłaty, oddalając powództwo w pozostałym zakresie.

M.-prawną podstawę roszczenia odsetkowego powoda stanowi przepis art. 481 § 1 k.c., zgodnie z treścią którego jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Wskazany przepis art. 481 k.c. obciąża dłużnika obowiązkiem zapłaty odsetek bez względu na przyczyny uchybienia terminu płatności sumy głównej. Sam fakt opóźnienia przesądza, że wierzycielowi należą się odsetki. Dłużnik jest zobowiązany uiścić je, choćby nie dopuścił się zwłoki w rozumieniu art. 476 k.c., a zatem nawet w przypadku gdy opóźnienie jest następstwem okoliczności, za które nie ponosi odpowiedzialności i choćby wierzyciel nie doznał szkody. Odpowiedzialność dłużnika za ustawowe odsetki w terminie płatności ma

zatem charakter obiektywny. Do jej powstania jedynym warunkiem niezbędnym jest powstanie opóźnienia w terminie płatności. Zgodnie z treścią § 2 art. 481 k.c. jeżeli strony nie umówiły się co do wysokości odsetek z tytułu opóźnienia lub też wysokość ta nie wynika ze szczególnego przepisu, to wówczas wierzycielowi należą się odsetki ustawowe za opóźnienie. W niniejszej sprawie powód wniósł pozew o zasądzenie kwoty 5.100 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty. Następnie pismem procesowym z dnia 3 marca 2023 r. powód rozszerzył powództwo do kwoty 14.840 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty. Dlatego też od kwoty 7.390 zł, stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą uwzględnionego powództwa, a kwotą dochodzonego pierwotnie roszczenia (12.490 zł-5.100 zł), Sąd przyznał odsetki ustawowe za opóźnienie dopiero od następnego dnia od doręczenie pozwanemu odpisu pisma procesowego stanowiącego rozszerzenie powództwa, czyli od dnia 14 kwietnia 2023 r. do dnia zapłaty.

O kosztach procesu rozstrzygnięto w oparciu o treść art. 98 k.p.c. w zw. z art. 100 k.p.c. zasądając od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.224 zł stanowiącą różnicę pomiędzy kosztami faktycznie poniesionymi a kosztami, które strona powodowa powinna ponieść. Na koszty procesu poniesione przez powoda złożył się koszt zastępstwa procesowego adwokata w kwocie 3.600 zł (§ 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie). Powód wygrał spór w 84 %.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi kwotę 2.348,85 zł tytułem tymczasowo poniesionych kosztów sądowych w postaci wynagrodzenia biegłego.

Z tych względów, orzeczono jak w sentencji.