Sygn. akt II Ca 750/14

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 grudnia 2014 roku

Sąd Okręgowy w Piotrkowie Tryb. Wydział II Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący	SSO Paweł Hochman (spr.)
Sędziowie	SSO Ewa Tomczyk SSR del. Mirosława Makowska
Protokolant	st. sekr. sąd. Beata Gosławska

po rozpoznaniu w dniu 11 grudnia 2014 roku w Piotrkowie Trybunalskim

na rozprawie sprawy z powództwa R. R. (1)

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

o odszkodowanie, zadośćuczynienie i rentę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Piotrkowie Tryb.

z dnia 9 października 2014 roku, sygn. akt I C 2270/12

1. oddala apelację i zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powoda R. R. (1) kwotę 1.200 (jeden tysiąc dwieście) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu za instancję odwoławczą;

2. z zażalenia zawartego w apelacji zmienia zaskarżony wyrok w punkcie trzecim sentencji w ten tylko sposób, że zasądzoną kwotę 7.925 złotych obniża do kwoty 5.993,64 (pięć tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt trzy 64/100) złotych.

Na oryginale właściwe podpisy

Sygn. akt II Ca 750/14

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 9 października 2014 r. Sąd Rejonowy w Piotrkowie Tryb. po rozpoznaniu sprawy z powództwa R. R. (1) przeciwko (...) S.A. w W. o odszkodowanie, zadośćuczynienie zasądził od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powoda R. R. (1) kwotę 64.000,00 zł. z odsetkami ustawowymi:

- co do kwoty 49.950,00 zł od dnia 18.12.2012r. do dnia zapłaty,

- co do kwoty 14.050,00 zł od dnia 15.04.2014r. do dnia zapłaty.

Sąd Rejonowy oddalił powództwo w pozostałej części.

Rozstrzygając o kosztach procesu Sąd zasądził od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powoda R. R. (1) kwotę 7.925,00 zł tytułem ich zwrotu i nakazał ściągnąć od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Piotrkowie Tryb. kwotę 204,32 zł tytułem nie uiszczonego wynagrodzenia dla biegłego.

Podstawę powyższego rozstrzygnięcia stanowiły przytoczone poniżej ustalenia Sądu Rejonowego.

R. R. (1) prowadzi działalność gospodarczą pod nazwą Centrum (...) w S..

W dniu 23 lipca 2010 r. R. R. (1) zawarł z (...) S.A. umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków potwierdzoną polisą seria (...). Zakres ubezpieczenia obejmował m.in. świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, zwrot kosztów leczenia do kwoty 2.000 zł oraz zasiłek dzienny w wysokości 200 zł za 1 dzień. Suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wynosiła 500.000 zł i obejmowała I wariant ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia obejmował okres od dnia 24 lipca 2010 r. do dnia 23 lipca 2011 r.

Zgodnie z § 13 pkt 1 Ogólnych warunków jednostkowego i rodzinnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków jeżeli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu - świadczenie z tego tytułu (...) SA wypłaca w zależność: od określonego w umowie ubezpieczenia sposobu wyliczania wysokości tego świadczenia, w przypadku wariantu I - w takim procencie sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia. Zgodnie z § 20 ust 1-2 warunków koszty leczenia, w tym rehabilitacji, podlegają zwrotowi, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki: poniesione zostały w związku z leczeniem następstw wypadku ubezpieczeniowego, były niezbędne z medycznego punktu widzenia, poniesione zostały nie później niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zaistnienia tego wypadku ubezpieczeniowego, w przypadku rehabilitacji - jeżeli została rozpoczęta nie później niż w okresie 6 miesięcy od dnia zaistnienia tego wypadku ubezpieczeniowego (ust. 1). Zwrot powyższych kosztów następuje na podstawie oryginałów rachunków i oryginałów dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia, przy czym limit ten nie może być wyższy niż 20.000 zł na koszty powstałe w wyniku zaistnienia jednego wypadku ubezpieczeniowego, przypadku zaistnienia w jednym okresie ubezpieczenia więcej niż jednego wypadku ubezpieczeniowego łączny zwrot kosztów leczenia nie może przekroczyć limitu dla tego świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia. W przypadku zaistnienia w jednym okresie ubezpieczenia więcej niż jednego wypadku ubezpieczeniowego łączny zwrot kosztów leczenia nie może przekroczyć limitu dla tego świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia (ust. 2). Zgodnie z § 22 ust. 1 oraz ust. 3-7 warunków zasiłek dzienny jest to świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy powstałej w wyniku zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Zasiłek dzienny może być włączany do umowy ubezpieczenia tylko dla osób pracujących zarobkowo (ust. 1). Zasiłek dzienny przysługuje za okres czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem że wypłacany jest maksymalnie przez okres 60 dni. Wysokość zasiłku dziennego ustalona jest w umowie ubezpieczenia, przy czym ustalona w umowie ubezpieczenia kwota nie może przekroczyć 200 zł za 1 dzień. W przypadku zaistnienia w okresie ubezpieczenia więcej niż jednego wypadku ubezpieczeniowego - wypłata zasiłku nie może przekroczyć łącznie 60 dni (ust. 3). Zasiłek dzienny płatny jest w przypadku hospitalizacji ubezpieczonego od 1-go dnia lub przy leczeniu ambulatoryjnym od 7-go dnia po wypadku (ust. 4). Zasiłek dzienny przysługuje za okres czasowej niezdolności do pracy i wypłacany jest na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy wystawionego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (ust. 5). Jeżeli na powstałą niezdolność do pracy ma również wpływ istniejący przed wypadkiem ubezpieczeniowym stan chorobowy lub niepełnosprawność, zasiłek dzienny wypłacany jest za przypuszczalny okres niezdolności do pracy, jaki mógłby być wyłącznie następstwem wypadku ubezpieczeniowego. Okres ten przyjmuje się według oceny lekarzy wskazanych przez (...) SA (ust. 6). Ubezpieczony traci prawo do zasiłku dziennego gdy w okresie, za który przysługiwał mu zasiłek wykonywał pracę zarobkową (ust. 7). Zgodnie z § 41 ust. 1-2 oraz ust. 4 warunków rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a śmiercią, trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, trwałym uszkodzeniem ciała, całkowitym trwałym inwalidztwem lub innym świadczeniem wynikającym z umowy ubezpieczenia (ust. 1). Ustalenie normalnego związku przyczynowego,

o którym mowa w ust. 1 oraz rodzaju i wysokości przysługujących świadczeń następuje na podstawie dostarczonych dokumentów określonych w § 38 ust. 1 pkt. 2b lub wyników badań lekarskich (ust. 2). Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego uszkodzenia ciała, całkowitego trwałego inwalidztwa lub śmierci wypłaca się pod warunkiem, że trwały uszczerbek na zdrowiu, trwałe uszkodzenie ciała, całkowite trwale inwalidztwo lub śmierć nastąpiły nie później niż 24 miesiące od daty zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego (ust. 4).

Zgodnie z § 4 pkt 6 warunków przez czasową niezdolność do pracy rozumie się powstałą w następstwie wypadku ubezpieczeniowego czasową niezdolność ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy wystawionym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi. Zgodnie z § 4 pkt 32 warunków przez trwały uszczerbek na zdrowiu rozumie się trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym. Natomiast zgodnie z § 4 pkt 41 warunków przez wypadek ubezpieczeniowy rozumie się nieszczęśliwy wypadek, doznanie obrażeń ciała w wyniku ataku epilepsji lub omdlenia o nieustalonej przyczynie, krwotok śródczaszkowy, zawal serca, wystąpienie choroby tropikalnej.

W dniu 9 stycznia 2011 r. R. R. (1) zgłosił się do lekarza pierwszego kontaktu. W wywiadzie lekarskim podał, iż pośliznął się na lodzie podczas wychodzenia z samochodu. Następnie udał się on do Wojewódzkiego Centrum (...) (...)w Ł., gdzie rozpoznano u niego skręcenie prawego stawu kolanowego. W zaleceniach wskazano, iż wymaga on rekonstrukcji ACL.

W dniu 22 stycznia 2011 r. R. R. (2) zgłosił się do Centrum Medycznego (...) Sp. z o.o. w L., gdzie rozpoznano u niego zerwanie więzadła krzyżowego przedniego i uszkodzenie łękotki przyśrodkowej prawego stawu kolanowego. Tam też przeszedł zabieg rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego. R. R. (1) kontynuował następnie leczenie w (...) Sp. z o.o. w Ł..

R. R. (1) poniósł koszt zabiegu operacyjnego przeprowadzonego w dniu 22 stycznia 2011 r. w wysokości 7.800 zł. Ponadto poniósł koszt wystawienia orzeczenia lekarskiego w dniu 9 stycznia 2012 r. w wysokości 150 zł.

W okresie od dnia 24 stycznia 2011 r. do dnia 31 marca 2011 r. oraz od dnia 2 czerwca 2011 r. do dnia 31 lipca 2011 r. R. R. (2) przebywał na zwolnieniu lekarskim.

R. R. (1) pobierał zasiłek chorobowy za okres od dnia 24 stycznia 2011 r. do dnia 1 lipca 2011 r.

R. R. (1) zgłosił szkodę do (...) SA. Decyzją z dnia 21 grudnia 2011 r. ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania.

Zgodnie z opinią biegłego ortopedy u powoda odchylenia statyczno-dynamiczne są nieznaczne i to zasługa w pełni pomyślnego zabiegu rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego /ACL/: ruchomość patologiczna kolana prawego (niestabilność przyśrodkowa prosta 1°, zaniki mięśniowe (obwód uda mniejszy o 0,8 cm, ubytki motoryczne (obecnie nie znaczne w postaci ubytku zgięcia 20 st.) pozostają w związku przyczynowo-skutkowym z przedmiotowym wypadkiem i mają charakter trwały, jednak obecnie nie są znaczne nie powodują znacznego kalectwa lub poważnego naruszenia funkcji kolana prawego.

W/w ograniczenia motoryczne i ruchowe w obecnym stanie i po rekonstrukcji ACL kolana prawego nie mają znacznego negatywnego wpływu na możliwości wykonywania pracy i czynności jak u młodego człowieka.

Obecnie staw w płaszczyźnie przednio-tylnej jest zwarty stabilny, pełna korekcja przednia niestabilności, utrzymuje się mała niestabilność przyśrodkowa i ta niestabilność nic skutkuje istotnym naruszeniem sprawności narządu ruchu. Obecnie nie utrudnień i większego dyskomfortu przy wykonywaniu pracy wymagającej dłuższego chodzenia i przebywania w pozycji stojącej, klękania, kucania, wykonania szybkich marszów i bardzo szybkiego chodzenia.

Reasumując: powód doznał poważnego urazu kolana prawego z uszkodzeniem więzadła krzyżowego przedniego i łąkotki przyśrodkowej. Jednak leczenie operacyjne z rekonstrukcją ACL zmniejszyło i to dość znacznie rozmiar kalectwa kolana prawego. Za tym trwały uszczerbek na zdrowiu w związku ze zdarzeniem z dnia 09.01.2011r. oceniam wg § 156 -7% ze wskazaniem na uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego /ACL/ i nieznaczne uszkodzenie

więzadła pobocznego przyśrodkowego /MCL/ objawiającym się obecnie małą niestabilnością przyśrodkowa oraz wg pozycji 155.c) -2% ze wskazaniem na ubytki zgięcia kolana prawego 20°. Uszczerbek został ustalony wg tabeli pozycji Rozporządzenia ministra Pracy i Opieki Społecznej z 2002 r.

Należy zaznaczyć, że uszczerbek byłby większy gdyby nie skuteczna rekonstrukcja ACL. Trwały uszczerbek ustala się w zależności od obecnych odchyleń i dlatego uszczerbek wynosi 9%.

Cierpienia fizyczne powoda po przebytym wypadku spowodowane były głównie urazem stawu kolanowego prawego. Stopień cierpień był duży przez okres ok. 6 tygodni od urazu w styczniu 2011 r. Przez kolejne 3 miesięcy stopień cierpień był umiarkowany. Obecnie stopień jest nieznaczny.

Rokowanie przy obecnym stanie zdrowia narządu ruchu jest obiecujące.

Zdaniem biegłego chirurga, jeżeli w dniu 09.01.2011 r. powód wysiadał z samochodu i oparł się prawą nogą o śliskie podłoże i stracił równowagę i upadł- to rzeczywiście mógł doznać pośredniego, skrętnego urazu struktur więzadłowych kolana.

Biegły w zakresie swojej specjalizacji stwierdził, iż u powoda występuje niewielki, ale trwały uszczerbek na zdrowiu powoda. Uszczerbek ten polega na skórnych bliznach pooperacyjnych, które są nieznacznie, ale jednak szpecące.

Chirurgiczny uszczerbek na zdrowiu powoda spowodowany wyżej wymienionymi bliznami ocenił w oparciu o Tabelę Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Stanowiącej Rozporządzenie Ministra Pracy Polityki Społecznej z dnia 18.12.2002r.; Uszkodzenie (blizna) skóry oraz struktur podskórnych tj. torebki stawowej kolana - uszczerbek nimi spowodowany biegły ocenił przez analogię - na 1%.

Powód silne bóle prawego kolana odczuwał od razu po urazie i w kolejnych dniach, a zaostrzenie tych dolegliwości nastąpiło po leczeniu operacyjnym. Dalsze, mniejsze zaostrzenia dolegliwości mogły występować po zdjęciu szwów i po rozpoczęciu uruchamiania uszkodzonego stawu. Dolegliwości powoda wynikały prawie wyłącznie z obrażeń ortopedycznych. Ogólnie należy stwierdzić, że rokowania na przyszłość powoda są dobre. Jednak istnieje możliwość przedwczesnego starzenia się uszkodzonego kolana i wcześniejszego niż normalnie i niż w lewym kolanie — rozpoczęcia się procesu zwyrodnieniowego.

Zdaniem biegłego psychiatry można domniemywać (R. R. (1) nie korzystał z porad psychiatry, czy psychologa), że zakres cierpień psychicznych towarzyszący dolegliwościom bólowym był znaczny przez 8 tygodni od 09.01.2011 r., a przez kolejne trzy miesiące umiarkowany. Po tym okresie czasu (5 miesięcy) był znikomy.

Zdaniem biegłego brak jest podstaw do orzeczenia uszczerbku na zdrowiu z punktu widzenia psychiatry.

Sąd Rejonowy uznał, że powództwo jest częściowo zasadne. Podniósł, że zgodnie z art. 805 § 1 kc przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela jest określany poprzez treść stosunku zobowiązaniowego, łączącego strony, którą wyznaczają także Ogólne Warunki Umów Ubezpieczeniowych. W przypadku ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ubezpieczyciel jest zobowiązany do zapłaty kwoty wskazanej w umowie ubezpieczenia, przy czym jest to kwota maksymalna, jakiej ubezpieczony może się domagać w razie zaistnienia określonego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego. Zobowiązanie ubezpieczyciela nie ma więc charakteru nieograniczonego.

Zgodnie z § 41 ust. 1-2 oraz ust. 4 OWU rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a śmiercią, trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, trwałym uszkodzeniem ciała, całkowitym trwałym inwalidztwem lub innym świadczeniem wynikającym z umowy ubezpieczenia (ust. 1). Na gruncie tego uregulowania wymagana jest ocena według przyjętego w art. 361 § 1 k.c. kryterium normalności następstw. Następstwo ma charakter ,.normalny'" wtedy, gdy w danym układzie stosunków, w zwyczajnym biegu spraw określony skutek można uznać za zwykłe następstwo danego zdarzenia; typowym jest

skutek występujący w zwykłym porządku rzeczy, taki, który na podstawie zasad doświadczenia życiowego można uznać za charakterystyczny dla danej przyczyny jako jej normalny rezultat (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 lipca 2008 r., IV CSK 127/08, M. Prawn. 2009/19/1065). Normalnymi następstwami zdarzenia, z którego wynikła szkoda, są następstwa, jakie tego rodzaju zdarzenie jest w ogóle w stanie wywołać i w zwyczajnym biegu rzeczy, a nie tylko na skutek szczególnego zbiegu okoliczności, który z reguły je wywołuje. Natomiast anormalne jest następstwo, gdy doszło do niego z powodu zdarzenia niezwykłego, nienormalnego, nie mieszczącego się w granicach doświadczenia życiowego, na skutek nadzwyczajnego zbiegu okoliczności, którego przeciętnie nie bierze się w rachubę (por. wyrok Sadu Najwyższego z dnia 20 października 2011 r., III CSK 351/10, LEX nr 1103011).

W przekonaniu Sądu w przedmiotowej sprawie istnieje normalny związek przyczynowy między wypadkiem ubezpieczeniowym w formie opisanej przez powoda a doznanym przez niego uszczerbkiem na zdrowiu - typowym skutkiem poślizgnięcia się na lodzie podczas wysiadania z samochodu jest uraz stanu kolanowego. Możliwość taką potwierdził zwłaszcza biegły z zakresu chirurgii, którego opinia nie była kwestionowana, a której Sąd dał wiarę. Powód już w dniu wypadku podczas pierwszej wizyty lekarskiej przedstawił wersję wydarzeń, na którą następnie konsekwentnie powoływał się w postępowaniu przed ubezpieczycielem jak i Sądem. Brak jest natomiast logicznego uzasadnienia dla zarzutu, jakoby uraz powoda miał powstać w innych okolicznościach albo przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową przez pozwanego, natomiast powód zwlekałby pół roku z podjęciem leczenia, pomimo tego, iż uraz był poważny.

Zgodnie z § 13 OWU dla wariantu I, jeżeli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu - świadczenie z tego tytułu (...) SA wypłaca w takim procencie sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia. W przedmiotowej sprawie suma ubezpieczenia wynosiła 500.000 zł i od tej kwoty należy liczyć wysokość odszkodowania.

W zakresie wysokości doznanego uszczerbku Sąd poczynił ustalenia na podstawie opinii biegłych ortopedy, chirurga i psychiatry, z których wnioski w pełni podziela. Opnie te są pełne, jasne i wzajemnie się uzupełniają oraz nie były kwestionowane przez strony. Zgodnie z opinią biegłego ortopedy powód doznał poważnego urazu kolana prawego z uszkodzeniem więzadła krzyżowego przedniego i łąkotki przyśrodkowej, który stanowi trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 9%, biegły chirurg w zakresie swojej specjalizacji ustalił uszczerbek na poziomie 1%, natomiast zdaniem biegłego psychiatry brak jest podstaw do orzeczenia uszczerbku na zdrowiu w zakresie psychiatrii. Biegli ustalili uszczerbek w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiącej rozporządzenie Ministra Pracy Polityki Społecznej z dnia 18.12.2002 r. Łącznie orzeczony u powoda uszczerbek wyniósł 10%.

Wysokość tak ustalonego uszczerbku na zdrowiu należy następnie pomnożyć przez sumę ubezpieczenia. W związku z powyższym powodowi należy się kwota 50.000 zł tytułem odszkodowania.

Odnosząc się do żądania zapłaty zasiłku dziennego za okres 60 dni Sąd wyjaśnił, że zgodnie z § 22 ust. 2-3 oraz 6 OWIJ zasiłek dzienny przysługuje za okres czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem że wypłacany jest maksymalnie przez okres 60 dni, a jego wysokość ustalona jest w umowie ubezpieczenia, przy czym ustalona w umowie ubezpieczenia kwota nie może przekroczyć 200 zł za 1 dzień, natomiast ubezpieczony traci prawo do zasiłku dziennego, gdy w okresie, za który przysługiwał mu zasiłek wykonywał pracę zarobkową. Zgodnie z umową ubezpieczenia zawartą między powodem a pozwanym zasiłek dzienny obejmuje kwotę w wysokości 200 zł za 1 dzień.

Z ustalonego stanu faktycznego wynika, iż powód nie wykonywał pracy zarobkowej w okresie od dnia 24 stycznia 2011 r. do dnia 1 lipca 2011 r. Za ten okres pobierał bowiem zasiłek chorobowy. Sąd Rejonowy wyjaśnił jednocześnie, że nie czynił przy tym ustaleń z dokumentacji podatkowej oraz dokumentacji księgowej, uznając że jest ona nieprzydatna dla sprawy. Dokumentacja ta nie stanowi bowiem dowodu na okoliczność, iż powód wykonywał pracę w okresie przebywania na zwolnieniu lekarskim. W tym zakresie wiążące dla Sądu jest, czy powód pobierał zasiłek chorobowy, w temacie czego wypowiedział się Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Na tej podstawie powodowi należy się zasiłek dzienny w wysokości 200 zł przez okres 60 dni niezdolności do pracy, a więc w sumie 12.000 zł.

Uzasadniając rozstrzygnięcie w zakresie o zwrotu kosztów leczenia Sąd wyjaśnił, że nie uwzględnił cofnięcia powództwa w zakresie kwoty 5.950 zł. Rezygnacja z roszczenia pierwotnie dochodzonego, wyrażona cofnięciem pozwu w tym zakresie, nie wywołuje - jak stanowi art. 203 § 2 kpc - żadnych skutków, jakie ustawa wiąże z wytoczeniem powództwa. Nastąpi to dopiero po zachowaniu wymagań przewidzianych w artykule 203 kpc w szczególności zgody pozwanego (art. 203 § 1 kpc) i uznania dokonanego cofnięcia za dopuszczalne (art. 203 § 4 kpc), które znajduje wyraz w umorzeniu postępowania (art. 355). W niniejszej sprawie pozwany nie wyraził zgody na cofnięcie powództwa w zakresie zwrotu kosztów leczenia ponad kwotę 2.000 zł.

Zgodnie z § 20 ust 1-2 OWIJ koszty leczenia podlegają zwrotowi, poniesione zostały w związku z leczeniem następstw wypadku ubezpieczeniowego, były niezbędne z medycznego punktu widzenia, poniesione zostały nie później niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zaistnienia tego wypadku ubezpieczeniowego, a zwrot ich następuje do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia, przy czym limit ten nie może być wyższy niż 20.000 zł na koszty powstałe w wyniku zaistnienia jednego wypadku ubezpieczeniowego. Umowa ubezpieczenia zawarta między powodem a pozwanym określa wysokość z tytułu zwrotu kosztów leczenia do kwoty 2.000 zł.

Z ustalonego przez Sąd stanu faktycznego wynika, iż powód poniósł koszt zabiegu operacyjnego w wysokości 7.800 zł oraz koszt wydania zaświadczenia lekarskiego w wysokości 150 zł. Jak wynika z dokumentacji medycznej, zabieg był zalecany przez lekarza Wojewódzkiego Centrum (...) w Ł., do którego udał się powód w dniu 9 stycznia 2011 r., wobec czego uznać go należy za niezbędny z medycznego punktu widzenia i pozostający w związku z wypadkiem z dnia 9 stycznia 2011 r. Zasadność tę potwierdził biegły ortopeda, który stwierdził, iż leczenie operacyjne z rekonstrukcją ACL zmniejszyło znaczenie rozmiar kalectwa u powoda. W związku z powyższym powodowi należy się zwrot poniesionych kosztów leczenia do wysokości 2.000 zł. W związku z ograniczeniem umownym kwoty zwrotu, Sąd nie badał zasadności poniesienia przez powoda kosztu wydania orzeczenia lekarskiego.

Sąd Rejonowy nie uwzględnił również wniosku o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za skutki zdarzenia mogące powstać w przyszłości wyjaśniając, że w sprawie o naprawienie szkody wynikłej z uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia zasądzenie określonego świadczenia nie wyłącza jednoczesnego ustalenia w sentencji wyroku odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1970 r., sygn. 111 CZP 34/69, OSNCP 1970/12/217, uchwała Sądu Najwyższego z dnia 24 lutego 2009 r. w sprawie 111 CZP 2/09).

Szkody na osobie nie zawsze powstają jednocześnie ze zdarzeniem, które wywołało uszkodzenie ciała. Są one z istoty swej rozwojowe. Poszkodowany z reguły nie może w chwili wszczęcia procesu dochodzić wszystkich roszczeń, jakie mogą mu przysługiwać z określonego stosunku prawnego. Następstwa bowiem uszkodzenia ciała są z reguły wielorakie i zwłaszcza w wypadkach cięższych uszkodzeń wywołują niekiedy skutki, których dokładnie nie można określić ani przewidzieć, gdyż są one zależne od indywidualnych właściwości organizmu, osobniczej wrażliwości, przebiegu leczenia i rehabilitacji oraz wielu innych czynników. Przy uszkodzeniu ciała lub doznaniu rozstroju zdrowia poszkodowali} może określić podstawę żądanego odszkodowania jedynie w zakresie tych skutków, które już wystąpiły, natomiast nie może określić dalszych skutków jeszcze nie ujawnionych, których jednak wystąpienie jest prawdopodobne. Często bowiem nie da się przewidzieć wszystkich następstw rozstroju zdrowia, chociaż nie można wyłączyć wystąpienia w przyszłości dalszych następstw uszkodzenia ciała obok tych. które się już ujawniły.

Artykuł 189 kpc nie stoi zatem na przeszkodzie jednoczesnemu wytoczeniu powództw o świadczenie i o ustalenie w sytuacji, gdy ze zdarzenia wyrządzającego szkodę w postaci uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia przysługują już poszkodowanemu określone świadczenia, ale z tego samego zdarzenia mogą się ujawnić w przyszłości inne jeszcze szkody, których dochodzenie nie jest na razie możliwe.

W niniejszej sprawie brak jest jednak w ocenie Sądu pierwszej instancji podstaw do przyjęcia, iż w przyszłości mogą ujawnić się dalsze następstwa uszkodzenia ciała, w szczególności z opinii biegłych nie wynika możliwość pogorszenia się stanu zdrowia powoda w przyszłości. W stanie zdrowia powoda nie dojdzie zatem do pogorszenia wymagającego nakładów na leczenie i rehabilitację, dlatego też brak jest przesłanek dla ustalenia, że pozwany ponosi odpowiedzialność za wszelkie mogące się ujawnić w przyszłości skutki zdarzenia z dnia 9 stycznia 2011 r.

Mając powyższe na uwadze, Sąd zasądził na rzecz powoda od pozwanego łącznie kwotę 64.000 zł. Sąd w pozostałym zakresie powództwo oddalił jako bezzasadne.

Sąd orzekł o odsetkach na podstawie art. 481 § 1 i 2 kc, co do kwoty 49.950 zł od dnia 18.12.2012 r. do dnia zapłaty oraz co do kwoty 14.050 zł od dnia 15.04.2014 r. do dnia zapłaty. W zakresie kwoty 49.950 zł Sąd o odsetkach orzekł z żądaniem pozwu, przyjmując za dzień wymagalności dzień wniesienia pozwu, tj. dzień 18 grudnia 2012 r. Sąd miał bowiem na uwadze, iż dłużnik popada w opóźnienie, jeżeli nie spełnia świadczenia w terminie, w którym stało się ono wymagalne, ale także wtedy, gdy kwestionuje istnienie lub wysokość świadczenia. Powód zgłosił szkodę pozwanemu i wezwał go do zapłaty. Postępowanie likwidacyjne zostało zakończone decyzją z dnia 21 grudnia 2011 r. odmawiającą przyznania powodowi świadczenia. Dlatego też w dniu wniesienia pozwu dłużnik znajdował się już w zwłoce. W zakresie kwoty 14.050 zł Sąd orzekł o odsetkach, przyjmując za dzień ich wymagalności dzień doręczenia pisma powoda zawierającego rozszerzone powództwo, tj. dzień 15.04.2014 r. W pozostałym zakresie roszczenie o odsetki Sąd oddalił jako bezzasadne.

O kosztach Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 2 kpc, zgodnie z którym Sąd może włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznacznej części swojego żądania. W niniejszej sprawie powód uległ tylko nieznacznie, dlatego Sąd zasądził od pozwanego kwotę 7.925 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, na którą składają się: opłata od pozwu w wysokości 2.698 zł opłata od rozszerzonej części powództwa w wysokości 710 zł, wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 3.600 zł, opłata skarbowa od udzielonego pełnomocnictwa w wysokości 17 zł oraz zaliczki na poczet opinii biegłych w wysokości 900 zł,

Sąd na podstawie art. 83 ust 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnym nakazał ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Piotrkowie Tryb. kwotę 204,32 zł tytułem nieuiszczonego wynagrodzenia dla biegłego.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pełnomocnik strony pozwanej, który zaskarżył wydane orzeczenie w części, tj.: w zakresie punku 1 wyroku w części - ponad kwotę 52.000,00 zł, w jakim zasądzono od (...) S.A. na rzecz powoda kwotę 12.000,00 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 18.12.2012 roku do dnia zapłaty oraz w zakresie punku 3 w całości.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

- naruszenie przepisów prawa materialnego to jest: art. 805 k.c. i 824^1 § 1 k.c. w zw. z art. 65 k.c. i § 22 pkt. 7 o.w.u. poprzez niewłaściwą wykładnię; § 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu, poprzez zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w wysokości wyższej niż należna oraz obrazę art. 232 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez uznanie, że strona powodowa udowodniła swoje roszczenia w skarżonym zakresie.

- naruszenie prawa procesowego: art. 227 i 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie przez Sąd meriti oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego w sposób dowolny, bez jego wszechstronnego rozważenia w oparciu o zasady logiki i doświadczenia życiowego oraz poprzez dokonanie ustaleń sprzecznych z treścią zebranego materiału dowodowego poprzez nieuwzględnienie faktu, iż powód uzyskiwał dochód z tytułu prowadzonej działalność gospodarczej w okresie pobierania zasiłku chorobowego oraz art. 100 k.p.c. poprzez jego niewłaściwe niezastosowanie i obciążenie pozwanego obowiązkiem zwrotu całości kosztów postępowania.

Wskazując na powyższe zarzuty skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w zaskarżonej części oraz o zmianę postanowienia o kosztach procesu i orzeczenie o kosztach z uwzględnieniem wyniku postępowania apelacyjnego i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Okręgowy zważył co następuje.

Apelacja jest nieuzasadniona. Uwzględnieniu podlega natomiast zawarte w skardze apelacyjnej zażalenie na rozstrzygnięcie o kosztach procesu.

Sąd Okręgowy nie znajduje podstaw do uwzględnienia zarzutów naruszenia przez Sąd pierwszej instancji przy zasądzeniu na rzecz powoda kwoty 12000 zł przepisów prawa materialnego. Wbrew twierdzeniom zawartym w apelacji przepisy art. 805 k.c. i 824^1 § 1 k.c. w zw. z art. 65 k.c. i § 22 pkt. 7 o.w.u. nie zostały naruszone. Kluczowa dla rozstrzygnięcia powyższego zarzutu, wykładnia § 22 pkt 7 ogólnych warunków ubezpieczenia prowadzi do wniosku, że w przedmiotowej sprawie nie zaistniały zawarte w nim okoliczności wyłączające obowiązek wypłaty powodowi zasiłku dziennego. Również w ocenie Sądu Okręgowego strona pozwana nie wykazała, że w okresie, za który przysługiwał mu zasiłek powód wykonywał pracę zarobkową. Treść omawianego przepisu, choć to wprost nie wynika z jego wykładni gramatycznej zawiera w istocie okoliczność wyłączającą obowiązek wypłaty wskazanego w nim świadczenia. Powyższe oznacza, że na stronie pozwanej ciążył obowiązek udowodnienia że zaistniała wskazana w nim okoliczność. Sąd Okręgowy w pełni podziela zaprezentowany przez Sąd Rejonowy pogląd, że sam fakt, iż przedsiębiorca uzyskuje przychody i dochody z tytułu działalności gospodarczej w okresie pozostawania na zasiłku chorobowym nie świadczy jeszcze, że w tym okresie wykonywał pracę zarobkową. Sąd Okręgowy nie wyklucza jednocześnie, że strona pozwana mogłaby wyłączyć swoją odpowiedzialność gdyby wykazała, że w okresie przebywania na zwolnieniu lekarskim powód przychodził do pracy i świadczył pracę w prowadzonym przez siebie przedsiębiorstwie. Tej okoliczność pozwany jednak nie wykazał.

Pojęcia „praca zarobkowa" zostało zdefiniowane w § 4 pkt 22 ogólnych warunków ubezpieczenia, w którym przyjęto, że praca zarobkowa to każda forma świadczenia pracy za wynagrodzeniem w ramach umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej a także w zakresie wykonywania działalności gospodarczej we własnym imieniu w tym również prowadzenia gospodarstwa rolnego. Z powyższego wynika, że aby mówić o pracy zarobkowej niezbędne jest świadczenie pracy. Problematyka świadczenia pracy była przedmiotem częstych wypowiedzi Sądu Najwyższego i sądów apelacyjnych w związku z oceną świadczenia pracy w okresie orzeczonej niezdolności do pracy. Odwołując się do dorobku orzecznictwa w tym zakresie należy stwierdzić, że co do zasady za świadczenie pracy należy uznać prowadzenie własnej działalności gospodarczej. Działalnością taką jest nie tylko wykonywanie konkretnych robót, ale także wykonywanie czynności związanych z prowadzeniem zakładu, takich jak nadzór nad pracownikami, obsługa klientów, wydawanie materiałów. Jednocześnie wykonywanie formalnoprawnych czynności związanych z funkcjonowaniem firmy w okresie choroby osoby prowadzącej działalność, nie powoduje utraty przez nią prawa do zasiłku. Chodzi tu przede wszystkim o czynności, których nie może zaniechać w okresie choroby osoba prowadząca działalność jednoosobowo i będąca jednocześnie pracodawcą, niezbędnych do funkcjonowania firmy, np. podpisanie, ale nie sporządzanie dokumentów finansowych. Taka wymuszona okolicznościami sporadyczna aktywność w niektórych przypadkach może usprawiedliwiać zachowanie prawa do zasiłku chorobowego (vide: wyrok SN z dnia 17 stycznia 2002r., sygn. akt II UKN 71/00 - w OSNP z 2003r. nr 20, poz.498 oraz wyrok SN z dnia 7 października 2003r. sygn. akt II UK 76/03 - OSNP z 2004r. nr 14, poz.247). Z powyższych uwag wynika, że w przypadku osoby prowadzącej działalność gospodarczą decydującym kryterium dla ustalenia czy wykonuje ona pracę zarobkową winna być ocena jej zawodowej aktywności a nie kryterium osiąganych w okresie niezdolności do pracy dochodów. Powyższy pogląd znajduje swoje potwierdzenie w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 maja 2005r. (sygn. akt I UK 275/04 - OSNP z 2006r. nr 3-4, poz.59), w którym wyjaśniono, że nie można uznać za wykonywanie pracy zarobkowej w okresie orzeczonej niezdolności do pracy: udziału wspólnika spółki cywilnej, którego wkład nie polega na świadczeniu usług, w zysku wypracowanym przez innych wspólników.

Odwołując się do zasad doświadczenia życiowego nie można wykluczyć sytuacji, w której osoba prowadząca działalność gospodarczą osiąga dochody z tej działalności pomimo braku świadczenia pracy rozumianego jako faktycznie wykonywanie określonych czynności.

Reasumując, o zastosowaniu § 22 pkt 7 ogólnych warunków ubezpieczenia nie może jak sugeruje skarżący w uzasadnieniu apelacji decydować ustalenie czy w okresie przebywania na zasiłku chorobowym powód uzyskiwał przychód z prowadzonej działalności, ani tym bardziej czy w tym okresie w ramach prowadzonego przez niego przedsiębiorstwa dokonywano sprzedaży opodatkowanej podatkiem VAT.

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że w omawianej sprawie brak było podstaw do oddalenia powództwa w części obejmującej żądanie zapłaty kwoty 12000,- zł z tytułu zasiłku. R. R. (1) przebywał na zwolnieniu lekarskim przez okres około 180 dni (ponad sześć miesięcy) i fakt ten udokumentował zaświadczeniami o czasowej niezdolności do pracy, których kopie znajdują się w aktach sprawy (k. 19 – 20). Tym samym powód udowodnił zgłoszone roszczenie a orzekając o obowiązku jego zapłaty Sąd pierwszej instancji nie naruszył przepisów art. 232 k.p.c. i art. 6 k.c.

Wykładnia omawianego § 22 ogólnych warunków ubezpieczenia dokonana przez Sąd pierwszej instancji nie narusza reguł oceny treści oświadczeń woli określonych w przepisie art. 65 k.c. Zaskarżony wyrok nie uchybia również treści przepisów art. art. 805 i 824^1 k.c.

Powyższe rozważania w sposób dostateczny uzasadniają również bezzasadność argumentacji skarżącego mającej świadczyć o naruszeniu przez Sąd pierwszej instancji przepisów prawa procesowego : art. 227 i art. 233 k.p.c. Również w ocenie Sądu Okręgowego okoliczność, że w okresie pobierania zasiłku chorobowego działalność gospodarcza powoda przynosiła dochody nie może wyłączać odpowiedzialności pozwanego.

Na uwzględnienie zasługuje zawarte w skardze apelacyjnej zażalenie na koszty procesu.

Rozstrzygając w punkcie 3 zaskarżonego wyroku o tych kosztach Sąd Rejonowy uchybił treści przepisu art. 100 zd. 2 k.p.c. w przedmiotowej sprawie brak było podstaw do obciążenia strony pozwanej kosztami procesu w całości.

W przedmiotowej sprawie powód uwzględniając częściowe cofnięcie pozwu bez zgody pozwanego przegrał proces w 8 % - brak tym samym podstaw aby uznać, że uległ tylko w nieznacznej części swego żądania.

Ustalając wysokość należnego pełnomocnikowi powoda wynagrodzenia Sąd naruszył § 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu, poprzez zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w wysokości wyższej niż należna.

Jak słusznie podniesiono w uzasadnieniu apelacji dla ustalenia wysokości wynagrodzenia pełnomocników stron bez znaczenia pozostaje rozszerzenie powództwa w toku postępowania do kwoty 64.000,00 zł. Nie wpływa to bowiem na wysokość kosztów zastępstwa procesowego w sprawie w danej instancji, które należą się według pierwotnie określonej wartości przedmiotu sporu - czyli 2.400 zł. Nieprawidłowym było więc przyjęcie przez Sąd Rejonowy, że pełnomocnikom stron przysługiwało wynagrodzenie w wysokości 3.600,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Dokonując ponownego rozliczenia kosztów procesu za pierwszą instancję Sąd Okręgowy ustalił, że koszty poniesione przez powoda wyniosły 6725,- zł. natomiast koszty pozwanego 2417,- zł. Łącznie koszty procesu w przedmiotowej sprawie wyniosły więc 9142,- zł. w części co do 8% winny obciążać powoda (6725,- zł – 731,36 zł = 5993,64 zł.).

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy na podstawie przepisu art. 385 k.p.c. oraz art. 386 § 1 k.p.c. w związku z art. 397 § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji wyroku.

O kosztach postępowania przed Sądem drugiej instancji orzeczono na podstawie przepisu art. 98 k.p.c. uznając, że powodowi należy się zwrot kosztów zastępstwa procesowego ustalonych według norm przepisanych.

Na oryginale właściwe podpisy