

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 grudnia 2022 r.

Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, V Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: sędzia Kamil Antkowiak

po rozpoznaniu w dniu 9 grudnia 2022 r. w (...)

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa **P. P.**

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

o **zapłatę**

1. Powództwo oddala.
2. Kosztami obciąża powoda w całości i z tego tytułu zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 610 zł 90 gr tytułem zwrotu kosztów procesu.

sędzia Kamil Antkowiak

## UZASADNIENIE

Pozwem złożonym w dniu 30 listopada 2018 r. powód P. P. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. na swoją rzecz kwoty 1.440 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 września 2016 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód podniósł, że był ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków z tytułu polisy nr (...) Grupowego Następstw Nieszczęśliwych Wypadków. Ubezpieczającym była (...) S.A., w której zatrudniony jest ojciec powoda Z. P.. Ubezpieczycielem był pozwany. Zgodnie z warunkami zawartej umowy ubezpieczonym z tytułu umowy są m.in. pracownicy ubezpieczające oraz ich dzieci.

Powód podniósł, że w dniu 11 marca 2016 r. podczas wykonywania ćwiczeń na uczelni aktorskiej uległ wypadkowi, w wyniku którego doszło do urazu barku – skręcenia prawego barku i naderwanie ścięgien. W związku z zaistniałym zdarzeniem powód zgłosił się do pozwanego w celu uzyskania przewidzianego umową świadczenia. Zgłoszenie zdarzenia pozwanemu nastąpiło 8 września 2016 r. Decyzją z dnia 15 września 2016 r. pozwany odmówił uznania swojej odpowiedzialności oraz wypłaty odszkodowania. Powód podniósł, że złożył reklamację, w której wskazał, że za przyczynę zewnętrzną uznaje się również nadmierny wysiłek fizyczny (np. dźwignięcie znacznego ciężaru), zażądał ponownego rozpatrzenia sprawy. Podniósł również, że pozwany nie ustosunkował się do złożonej reklamacji w ustawowym terminie 30 dni. W ocenie powoda przekroczenie terminu rozpatrzenia reklamacji skutkowało rozpatrzeniem reklamacji zgodnie z wolą powoda, tj. pozwany uznał, iż zdarzenie – skręcenie barku, spowodowane było przyczyną zewnętrzną i tym samym stanowiło nieszczęśliwy wypadek. Powód podniósł, że pozwany nie poinformował go, że nie przyjmuje reklamacji w formie wiadomości elektronicznej oraz że postanowienia umowy ubezpieczenia powinny być skonstruowane w sposób jednoznaczny i zrozumiały. W ocenie powoda wobec niejednoznaczności postanowienia umownego dotyczącego nieszczęśliwego wypadku oraz definicji przyczyny zewnętrznej, należy postanowienia te interpretować na korzyść powoda, tj. przyjmując, że wysiłek fizyczny podczas podnoszenia koleżanki w czasie ćwiczeń na uczelni jest przyczyną zewnętrzną urazu i tym samym takie

zdarzenie stanowi nieszczęśliwy wypadek. Powód wskazał, że dochodzone roszczenie w kwocie 1.440 zł wynika z żądania wypłaty świadczenia w wysokości 2 % kwoty ubezpieczenia w wariancie 2 (pełnoletnie dziecko) wynoszącej 72.000 zł w przypadku trwającego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Podniósł także, że potrzebuje dalszej rehabilitacji oraz że z uwagi na ból ograniczenie możliwości wykonywania ćwiczeń istotnie wpływa na możliwości zawodowe powoda. W dalszej kolejności powód podał, że swoje roszczenie wywodzi z treści art. 805 kc i nast. w zw. z postanowieniami umowy polisy nr (...) i z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków.

W odpowiedzi na pozew pozwany, reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika w osobie radcy prawnego, wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew strona pozwana wskazała, że decyzją z dnia 15 września 2016 r. po zapoznaniu się z dokumentacją zgromadzoną w toku przeprowadzonego postępowania, mającego na celu ustalenie odpowiedzialności za zaistniałe zdarzenie, pozwany podjął decyzję o odmowie zaspokojenia zgłoszonych roszczeń. Wskazano, że w myśl art. II pkt 10 OWU „Nieszczęśliwy wypadek to przypadkowe zdarzenie, nagle i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego, mające miejsce w okresie udzielenia Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle. Jeżeli zakres ubezpieczenia zostanie rozszerzony o zawał serca lub udar mózgu przyjmuje się, że stanowią nieszczęśliwy wypadek.” Z przedstawionej dokumentacji wynikało, że w dniu 11 marca 2016 r. podczas podnoszenia koleżanki powód doznał skręcenia prawego barku z naderwaniem ścięgien. Jednym z elementów definicji nieszczęśliwego wypadku jest powstanie urazu w wyniku przyczyny zewnętrznej. Przyczyna zewnętrzna to taka, która ma swoje źródło poza organizmem człowieka. W ocenie pozwanego przesłana dokumentacja nie wskazywała, aby przedmiotowe zdarzenie było spowodowane czynnikiem zewnętrznym. Następnie pozwany podał, że w odpowiedzi na odwołanie powoda, pismem z dnia 3 stycznia 2017 r. nie znalazł podstaw do zmiany stanowiska. Z opisu okoliczności zdarzenia wynika wprost, że dolegliwości bólowe barku i jego uraz są wynikiem przeciążenia stawu, do którego doszło na skutek przeciążenia. Wskazał też, że wpisy w historii choroby nie potwierdzają, aby powodem dolegliwości był jakikolwiek uraz zewnętrzny o charakterze gwałtownym i nagłym. Pozwany w odpowiedzi na wystąpienie powiatowego Rzecznika Konsumentów z dnia 15 stycznia 2018 r. podał również, że nie znajduje podstaw do zmiany swojego stanowiska.

Pozwany podkreślił, że zaprzecza wszystkim wyraźnie nieprzyznanym twierdzeniom powoda oraz podniósł, że roszczenie objęte żądaniem pozwu pozostaje niezasadne.

W pierwszej kolejności pozwany wskazał, że przedmiotem niniejszego postępowania jest roszczenie powoda wynikające z umowy dobrowolnego ubezpieczenia. Podkreślił, że zapisy OWU wyraźnie stanowiły, że reklamacje mogą być składane w formie pisemnej – osobiście w jednostce podmiotu rynku finansowego, obsługującej klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, ustnie – telefonicznie pod nr telefonu, albo osobiście – do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce podmiotu finansowego, obsługującej klientów. Pozwany wskazał, że powód wystosował od decyzji z dnia 15 września 2016 r. odwołanie, jednak uczynił to w formie wiadomości elektronicznej. Pozwany nie przewidział możliwości złożenia reklamacji drogą elektroniczną. W ocenie pozwanego pisma odwoławcze złożone drogą elektroniczną nie są reklamacjami i nie dotyczą ich zapisy ustawy mówiące o uznaniu reklamacji klienta w przypadku opóźnienia w udzieleniu odpowiedzi. Pozwany nigdy nie wskazywał formy elektronicznej jako środka komunikacji. Wskazał także, że w niniejszej sprawie występuje brak odpowiedzialności pozwanego. Nie jest tak jak twierdzi strona powodowa, że wobec niejednoznaczności postanowienia umownego dotyczącego nieszczęśliwego wypadku oraz definicji przyczyny zewnętrznej postanowienia te należy interpretować na korzyść strony powodowej.

Pozwany wskazał, że bezsporne w sprawie jest, że powód w czasie prób gry aktorskiej podnosił swoją koleżankę. Zaprzeczył twierdzeniom powoda jakoby szkoda powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku wywołanego przyczyną zewnętrzną. Powód sam z własnej woli i inicjatywy podjął się dźwigania koleżanki. W ocenie pozwanego jest to

przyczyna wewnętrzna. Pozwany zakwestionował roszczenie co do wysokości. Końcowo podniósł także, że powód nie wykazał, że w jego przypadku konieczna jest dalsza rehabilitacja. Nie wykazał też, że skutki zdarzenia mają wpływ na jego życie zawodowe. Zakwestionował również, z uwagi na niezasadność roszczenia głównego, żądanie zasądzenia odsetek od wskazanej w pozwie kwoty. Pozwany podkreślił, że powód nie udowodnił istnienia obowiązku spełnienia świadczenia pieniężnego przez pozwanego, a tym samym nie ma podstaw do przyjęcia, że pozwany spóźnia się ze spełnieniem tego świadczenia.

Postanowieniem z dnia 7 sierpnia 2019 r. Sąd zobowiązał powoda do złożenia w terminie 1 miesiąca pisma przygotowawczego ustosunkowującego się do odpowiedzi na pozew, pod rygorem uznania zawartych w tej odpowiedzi twierdzeń i wniosków za przyznane; oraz do podania w terminie 7 dni, czy możliwym będzie przyjazd zawnioskowanych w pozwie świadków do P. celem ich przesłuchania, pod rygorem przesłuchania tych świadków w drodze pomocy sądowej przed właściwymi sądami ich miejsc zamieszkania. Sąd zobowiązał powoda także do złożenia w terminie 1 miesiąca dokumentacji medycznej dot. zdarzenia objętego żądaniem pozwu, pod rygorem ujemnych skutków procesowych z art. 233 § 2 kpc.

W wykonaniu zobowiązania Sądu powód podał, że powołani świadkowie nie mają możliwości przyjeżdżania na przesłuchanie do P. i wnoszą o przesłuchanie w sądzie w Białymstoku. Pismem z dnia 30 sierpnia 2019 r. powód podtrzymał swoje twierdzenia wyrażone w pozwie i złożył dokumentację medyczną. Wskazał, że w jego ocenie pozwany przyjął reklamację w formie wiadomości elektronicznej, na co wskazuje, poinformowanie powoda o przekazaniu reklamacji do właściwego działu. Podniósł, że strona pozwana nie negowała skuteczności złożenia reklamacji, czy niezachowania procedury. Jako konsument powód nie ma obowiązku wnikać w wewnętrzne procedury i ustalenia pozwanego w sprawie przyjmowania i rozpatrywania reklamacji w formie elektronicznej. Potwierdzenie przyjęcia reklamacji i jej przekazanie do rozpatrzenia jest wg. powoda dowodem na skuteczne złożenie reklamacji. W ocenie powoda wraz z upływem określonego terminu dochodzi do załatwienia sprawy zgodnego z żądaniem strony. Zatem pozwany uznał milcząco, że skręcenie barku było zdarzeniem zewnętrznym i stanowiło nieszczęśliwy wypadek. Powód podniósł, że rodzaj wykonywanego ćwiczenia w postaci podnoszenia koleżanki i jej ciężar spowodowały uraz w postaci zwichnięcia barku, co stanowi przyczynę zewnętrzną, leżącą poza organizmem powoda. Na tę okoliczność powód przytoczył orzeczenie SN z dnia 28 lipca 2017 r. w sprawie II CSK 699/16, w którym SN przyjął, że przyczyną sprawczą-zewnętrzną zdarzenia może być każdy czynnik zewnętrzny (niewynikający z wewnętrznych właściwości człowieka) zdolny wywołać w określonych warunkach szkodliwe skutki, także czynność samego poszkodowanego np. podźwignięcie, podbiegnięcie, nieskoordynowany ruch, potknięcie, upadek, nadmierny wysiłek fizyczny. W ocenie powoda została spełniona przesłanka zaistnienia nieszczęśliwego wypadku określona w OWU i uzasadniająca ubieganie się powoda o wypłatę ubezpieczenia. Podkreślił też, że skutkiem zdarzenia jakie wystąpiło jest odczuwanie bólu w stawie barkowym podczas wykonywania ćwiczeń. Skutki zdarzenia są nadal odczuwalne i wpływają na zdrowie i możliwości ruchowe powoda. Wskazał, że wiedza powszechną jest fakt, że od aktorów wymagana jest ponadprzeciętna sprawność fizyczna z racji odgrywanych przez nich różnych kreacji aktorskich. Dolegliwości bólowe wpływają na możliwości zawodowe w postaci angażu do niektórych sztuk.

Zarządzeniem z dnia 23 września 2019 r. Sąd wezwał powoda do uzupełnienia w terminie 7 dni braków formalnych pisma procesowego z dnia 14 sierpnia 2019 r. zawierającego wniosek procesowy poprzez: złożenie oryginału tego pisma, które zostało złożone wyłącznie drogą elektroniczną i jego podpisanie, złożenie odpisu tego pisma procesowego celem doręczenia stronie pozwanej, pod rygorem zwrotu w/w pisma procesowego. Wezwał powoda do uzupełnienia w terminie 7 dni braków formalnych pisma procesowego z dnia 30 sierpnia 2019 r. poprzez: podpisanie tego pisma procesowego (zostało on opatrzone wyłącznie kopią własnoręcznego podpisu), złożenie odpisu tego pisma procesowego wraz z odpisami załączników celem doręczenia stronie pozwanej (jak wynika z pieczętki, czyli prezentaty Sądu, pismo to zostało złożone bez jakichkolwiek odpisów), pod rygorem zwrotu w/w pisma procesowego.

Wyżej wskazane braki formalne zostały uzupełnione przez powoda w dniu 14 października 2019 r.

Zarządzeniem z dnia 22 listopada 2019 r. Sąd zobowiązał powoda do złożenia w terminie 14 dni listy ewentualnych pytań do zadania świadkom M. D. i A. S. (1) podczas ich przesłuchania w ramach pomocy sądowej przed Sądem

Rejonowym w Białymstoku, pod rygorem uznania, że takiej listy nie składa. Zobowiązał również pełnomocnika pozwanego do złożenia w terminie 14 dni listy ewentualnych pytań do zadania świadkom M. D. i A. S. (1) podczas ich przesłuchania w ramach pomocy sądowej przed Sądem Rejonowym w Białymstoku, pod rygorem uznania, że takiej listy nie składa.

Pismem z dnia 20 grudnia 2019 r. w wykonaniu ww. zobowiązania Sądu pełnomocnik pozwanego przedstawił listę pytań do świadków (k. 115-115v).

Pismem z dnia 30 grudnia 2019 r. w wykonaniu ww. zobowiązania Sądu powód przedstawił listę pytań do świadków (k. 117).

Postanowieniem z dnia 4 marca 2020 r. Sąd dopuścił dowód z przesłuchania w charakterze świadków M. D. i A. S. (1) na okoliczność faktu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ustalenia przebiegu zdarzenia, zewnętrznej przyczyny zdarzenia, charakterystyki urazu i czy na powoda oddziaływały jakiegokolwiek siły zewnętrzne. Przeprowadzenie ww. dowodu Sąd zlecił w drodze pomocy sądowej Sądowi Rejonowemu w Białymstoku jako sądowi wezwanemu.

Zarządzeniem z dnia 4 marca 2020 r. Sąd zobowiązał powoda do uiszczenia w terminie 14 dni zaliczki w kwocie 500 zł na poczet dowodu z opinii biegłego ortopedy zgłoszonego w pkt. 5.6.1 formularza WD, pod rygorem pominięcia tego dowodu, oraz zobowiązał pozwanego do uiszczenia w terminie 14 dni zaliczki w kwocie 500 zł na poczet dowodu z opinii biegłego ortopedy zgłoszonego w pkt. 9.3.3 formularza OP, pod rygorem pominięcia tego dowodu.

Pismem z dnia 28 kwietnia 2022 r. strona pozwana podtrzymała swoje dotychczasowe stanowisko i wskazała, że powód objęty był dobrowolnym ubezpieczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków, które obejmowało swoim zakresem trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Zakres ubezpieczenia kształtowała łącząca powoda i pozwanego umowa dobrowolnego ubezpieczenia, w tym postanowienia i definicje zawarte w OWU. Strona pozwana podkreśliła, że zakresem ubezpieczenia był jedynie trwałe uszczerbek na zdrowiu.

Strony do końca procesu w niniejszej sprawie podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska procesowe.

Postanowieniem z dnia 4 lipca 2022 r. Sąd zwrócił tytułem różnicy między kosztami pobranymi, a należnymi pełnomocnikowi pozwanego resztę niewykorzystanej zaliczki z k. 129, tj. kwotę 176,10 zł na konto, z którego ta zaliczka została uiszczona, oraz tytułem różnicy między kosztami pobranymi, a należnymi - powodowi całą niewykorzystaną zaliczkę z k. 130, tj. kwotę 500 zł na konto, z którego ta zaliczka została uiszczona.

Postanowieniem z dnia 17 października 2022 r. Sąd wobec przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości i uprzedniego odebrania od stron stanowisk na piśmie zamknął rozprawę celem wydania orzeczenia na posiedzeniu niejawnym na podstawie art. 15z<sup>2</sup> ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

### ***Sąd ustalił następujący stan faktyczny:***

Powoda P. P., jako ubezpieczonego, oraz pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W., jako ubezpieczyciela, łączyła umowa grupowego ubezpieczenia pracowniczego, którą jako ubezpieczający zawarł z pozwanym pracodawcą Z. P. - ojca powoda - (...) S.A. oraz umowa dodatkowego ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków potwierdzona polisą nr (...). W związku z tym P. P. był ubezpieczony u pozwanego m.in. w ramach polisy nr (...) Grupowego Następstw Nieszczęśliwych Wypadków. Z polisy tej przysługiwało świadczenie pt. „Trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - wariant 2 – pełnoletnie dziecko pracownika, w kwocie 72.000 zł”.

W dniu 11 marca 2016 r. ok. godziny 19.30 w czasie zajęć gry aktora z przedmiotem w Akademii (...) na Wydziale (...) w B., miało miejsce zdarzenie, w wyniku którego P. P. uległ wypadkowi. Podczas wykonywania zadania podnoszenia

koleżanki skręcił prawy bark. Poszkodowany pojechał do szpitala, gdzie lekarz po wykonaniu zdjęcia RTG stwierdził skręcenie prawego barku i naderwanie ścięgien oraz zalecił noszenie usztywniacza barku przez okres 4 tygodni.

Uczelnia powoda P. P. sporządziła protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku ucznia. Rodzaj wypadku określono jako „lekki”. Osobą sprawującą nadzór nad poszkodowanym uczniem była M. D..

okoliczności bezsporne, a nadto **dowód:** polisa nr (...) Grupowego Następców Nieszczęśliwych Wypadków (k. 6-37), protokół nr (...) ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku ucznia (k. 94), dokumentacja medyczna (k. 95-96v)

Powód w dniu 9 września 2016 r. zgłosił pozwanemu zdarzenie objęte umową ubezpieczenia w celu wypłaty świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku z dnia 11 marca 2016 r.

Decyzją z dnia 15 września 2016 r. po zapoznaniu się z dokumentacją zgromadzoną w toku przeprowadzonego postępowania, mającego na celu ustalenie odpowiedzialności za zaistniałe zdarzenie, pozwany podjął decyzję o odmowie zaspokojenia zgłoszonych roszczeń. Z przedstawionej dokumentacji wynikało, że w dniu 11 marca 2016 r. podczas podnoszenia koleżanki powód doznał skręcenia prawego barku z naderwaniem ścięgien. Jednym z elementów definicji nieszczęśliwego wypadku jest powstanie urazu w wyniku przyczyny zewnętrznej. Przyczyna zewnętrzna to taka, która ma swoje źródło poza organizmem człowieka. Przesłana dokumentacja nie wskazuje, aby przedmiotowe zdarzenie było spowodowane czynnikiem zewnętrznym. Pozwany odmówił wypłaty świadczenia w związku z niespełnieniem definicji nieszczęśliwego wypadku. Pozwany wskazał, że reklamacje dotyczące usług (...) S.A. należy składać w formie pisemnej – przesyłką pocztową, albo osobiście w jednostce (...) obsługującej klientów, ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu w jednostce (...) obsługującej klientów.

W dniu 18 października 2016 r. powód odwołał się od decyzji pozwanego, wnosząc o ponowne rozpatrzenie sprawy, w formie wiadomości elektronicznej.

Pozwany pismem z dnia 3 stycznia 2017 r. w odpowiedzi na odwołanie w sprawie odmowy wypłaty świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wskazał, że nie znajduje podstaw do zmiany stanowiska. Ponowna analiza dokumentacji roszczeniowej nie potwierdziła zajścia nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu definicji OWU. Z okoliczności zdarzenia wynika wprost, że dolegliwości bólowe barku i jego uraz są wynikiem przeciążenia stawu, do którego doszło na skutek przeciążenia. Wpisy w historii choroby nie potwierdzają, aby powodem dolegliwości był jakikolwiek uraz zewnętrzny o charakterze gwałtownym i nagłym.

Warunki szczególne polisy oraz Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) S.A. (dalej jako OWGUNN) dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia określają zarówno zakres ubezpieczenia i definicje – między innymi definicję nieszczęśliwego wypadku.

Zgodnie z art. II ust. 11 OWGUNN „ **nieszczęśliwy wypadek** to przypadkowe zdarzenie, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego, mające miejsce w okresie udzielenia Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle. Jeżeli zakres ubezpieczenia zostanie rozszerzony o zawał serca lub udar mózgu przyjmuje się, że stanowią nieszczęśliwy wypadek.” Przyczyna zewnętrzna to taka, która ma swoje źródło poza organizmem człowieka.

Zgodnie z art. II ust. 31 OWGUNN **trwały uszczerbek na zdrowiu** to „trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Obejmuje przypadki tylko i wyłącznie umieszczone w Tabeli Uszczerbków na Zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU lub (w zależności, która z tabel będzie przewidywał wyższą kwotę świadczenia) w tabeli uszczerbków na zdrowiu ZUS „Ocena procentowa stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu” będącą załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych trybów orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U.02.234.1972 z

późniejszymi zm.) z zastrzeżeniem, że Dział O „Choroby zawodowe” ww. tablicy nie ma zastosowania”. Zgodnie z art. XII ust. 5 pkt 2. OWGUNN „Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wypłacane jest w wysokości 1% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dacie nieszczęśliwego wypadku, za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu”.

**Dowód:** decyzja pozwanego z dnia 15 września 2016 r. (k. 40-40v), odwołanie powoda z dnia 18 października 2016 r. (k. 39) z potwierdzeniem odbioru (k. 42, 43), decyzja pozwanego z dnia 3 stycznia 2017 r. (k. 41-41v), polisa nr (...) wraz z warunkami szczególnymi i Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (k. 6-37)

W związku z nieuwzględnieniem przez pozwanego (...) S.A. roszczeń wynikających z reklamacji, powód wystąpił do Rzecznika (...) z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy. Podniósł również, że Zakład (...) nie udzielił w trybie ustawowym odpowiedzi na prawidłowo doręczoną reklamację, dotyczącą odmowy spełnienia roszczeń, a zatem zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Pismem z dnia 25 maja 2017 r. Rzecznik (...) poinformował powoda, że z treści pisma o odmowie realizacji świadczenia i zawartych tam informacjach o formie składania reklamacji wynika, że (...) S.A. nie wskazuje elektronicznej formy składania reklamacji. Zgodnie z zapisami ustawy art. 3 ust. 2 ustawy o Rzeczniku Finansowym reklamacja może być złożona – pkt 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, o ile takie środki zostały do tego celu wskazane przez podmiot rynku finansowego. Rzecznik nie posiada władczych kompetencji do wpływania na decyzje podmiotów rynku finansowego. Poinformował także, że zaistniały spór ma charakter cywilnoprawny i jako taki może być rozstrzygnięty przez sąd powszechny.

**Dowód:** wniosek do Rzecznika (...) (k.44-44v), odpowiedź Rzecznika (...) (k. 45-49v)

Powód wystąpił z wnioskiem do (...) z tytułu zbiorowego ubezpieczenia Akademii (...) w B. o wypłatę jednorazowego odszkodowania wskutek następstw nieszczęśliwego wypadku. Powód otrzymał ww. świadczenie.

Jednym z zadań w trakcie zajęć dydaktyczno-praktycznych gry aktora z przedmiotem, było podniesienie koleżanki przez dwie osoby. Poleceniem wykładowcy nie było wykonanie podnoszenia, tylko wykonanie etudy. Była to etiuda A. S. (2) przedstawiająca iluzoryczność lotu w powietrzu. Był to układ sprawnościowy, wykonywany prawidłowo. Etiuda była wcześniej przygotowywana przez studentów, obejmowała ona również podnoszenie przy asekuracji dwóch osób, przejście kilku kroków i odstawienie studentki. Próby odbywały się w tej samej sali, w której doszło do wypadku. Na wcześniejszych próbach nic się nie stało, wszystko było wykonywane prawidłowo. Próby były również w innych salach, które różniły się wielkością i kolorem ścian, a podłoga jest albo baletowa, albo parkietowa.

Studenci na zajęciach w toku studiów są przygotowywani fizycznie do pracy własnym ciałem. Mają świadomość konieczności samodzielnego rozgrzewania się przed zajęciami, odpowiedniego przygotowania i ruchu scenicznego. Studenci są przeszkoleni z przepisów bhp, nadto wykładowcy zapoznają studentów z procedurami postępowania.

**Dowód:** zeznania świadka M. D. i świadka A. S. (2) (k. 146-166), zeznania powoda (k. 83-85, 240-241)

Powód w dniu 11 marca 2016 r. w czasie zajęć aktorskich doznał urazu barku prawego w mechanizmie wyprostno-skrotnym, który skutkowało wyzwoleniem dolegliwości bólowych i ograniczeniem ruchów. Powód wymagał wykonywania badań obrazowych, przeprowadzenia leczenia zachowawczego oraz unieruchomienia prawej kończyny górnej w ortezie typu Dessault przez ponad 4 tygodnie. Zastosowane leczenie przyniosło żądany efekt. Dolegliwości bólowe ze strony barku prawego w znacznej mierze ustąpiły. Obecnie nie występuje deficyt ruchów barku prawego. Leczenie zostało zakończone 11 lipca 2016 r. Później powód nie wymagał specjalistycznego leczenia z powodu przedmiotowej kontuzji.

Powód w następstwie urazu barku prawego, którego doznał 11 marca 2016 r. nie odniósł trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Zgodnie z tabelą uszczerbków na zdrowiu (...) S.A. (k. 27-34) przysługiwałoby 2 % długotrwałego uszczerbku na zdrowiu wg pkt. 104a) za skręcenie barku prawego wymagającego pobytu w (...) Szpitala w B., wykonywania badań obrazowych, unieruchomienia w ortezie przez 32 dni oraz konieczności korzystania z leczenia ortopedycznego – nieznacznego stopnia 1-10 %.

W dacie zdarzenia powód doznał urazu barku prawego w mechanizmie wyprostno-skrętnym. Było to zdarzenie nagle i nieprzewidywalne. Zostało spowodowane przyczyną zewnętrzną, jaką było podnoszenie partnerki w czasie przedstawiania etiudy. Obrażenia barku prawego wymagały pomocy medycznej, której udzielono powodowi w (...) Szpitala w B.. Uzyskano dobry efekt funkcjonalny. Obecnie powód w konsekwencji odniesionych w wypadku z dnia 11 marca 2016 r. obrażeń barku prawego nie wymaga leczenia i rehabilitacji.

**Dowód:** opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii i traumatologii dr B. M. (k. 212-214)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych dowodów z dokumentów.

**Dokumenty** zebrane aktach sprawy, które zostały przedstawione przez strony, Sąd uznał co do zasady za wiarygodne, a zatem przydatny materiał dowodowy. Dokumenty prywatne, zgodnie z treścią art. 245 kpc, stanowiły zaś dowód tego, że osoba, która je podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie. Żadna ze stron nie kwestionowała dokumentów, więc i Sąd nie widział podstaw by czynić to z urzędu.

Postanowieniem z dnia 18 czerwca 2020 r. Sąd dopuścił **dowód z pisemnej opinii biegłego z dziedziny ortopedii** na fakt ustalenia wystąpienia urazu u powoda, charakteru urazu, wysokości uszczerbku na zdrowiu powoda, ustalenia, czy w dacie zdarzenia na skutek czynnika zewnętrznego powód doznał jakiegokolwiek urazu, a jeśli tak, to o jakim charakterze i czy ewentualnie wymaga rehabilitacji.

Odnosząc się do powyższej opinii zauważyć należy, iż opinia ta podlegała, jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 kpc, lecz co odróżnia ją pod tym względem, to szczególnie dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (postanowienie SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001, nr 4, poz. 64). Specyfika oceny tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana była przez Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej. Nadaje to pierwszorzędne znaczenie, przy tej ocenie, kryterium poziomu wiedzy biegłego, którą niewątpliwie posiada. Gdy więc Sąd zleca biegłemu wydanie opinii, musi mieć na względzie to, czy dysponuje on wiadomościami specjalnymi niezbędnymi dla stwierdzenia okoliczności mających istotny wpływ dla rozstrzygnięcia sprawy. Wiadomości specjalne mogą wynikać zarówno z przygotowania teoretycznego, jak i wykonywanej w danej dziedzinie pracy i nabytych stąd umiejętności oceny występujących tam zagadnień.

Powyższa opinia – złożona w formie pisemnej - sporządzona została w sposób rzetelny, w oparciu o materiały zgromadzone podczas wywiadu z powodem oraz materiał dowodowy w postaci badania powoda P. P.. Treść opinii wskazuje, iż biegły, który ją sporządził dysponuje fachową i specjalistyczną wiedzą, przydatną do dokonywania ustaleń faktycznych w sprawie.

Sporządzona przez biegłego opinia nie zawierała przy tym niejasności ani sprzeczności. Zawarte w opinii konkluzje były konkretne i przekonujące. Wnioski zawarte w opinii zostały w należyty sposób uzasadnione. Opinia pozbawiona była wad logicznego rozumowania i cechuje ją obiektywizm. Opinia nie została zakwestionowana przez żadną ze stron procesu.

Przechodząc do oceny dowodów osobowych, Sąd przeprowadził dowód z przesłuchania **świadka M. D. i A. S. (1)** na okoliczność faktu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ustalenia przebiegu zdarzenia, zewnętrznej przyczyny zdarzenia, charakterystyki urazu i czy na powoda oddziaływały jakiejkolwiek siły zewnętrzne. Sąd nie dopatrył się w nich elementów mogących podważać ich wiarygodność faktologiczną, sprzeczną z zebrany materiał

dokumentowym lub zasadami doświadczenia życiowego. M. D. to osoba, która prowadziła zajęcia w czasie zdarzenia, A. S. (2) to jest koleżanka, którą powód podnosił w trakcie zdarzenia. Obie były naoczными świadkami zdarzenia i obie były na miejscu w dniu wypadku. Zeznały również, że powód nie zgłaszał uwag ani dolegliwości przed etudą. Zajęcia nie wymagały dużego wysiłku fizycznego. Świadek M. D. zeznała, że „były to zajęcia dydaktyczne o charakterze praktycznym, które łączą się z wysiłkiem fizycznym, ale nie jest to wysiłek wyczynowy. Wysiłek ma charakter artystyczny”. W ocenie świadków powód był odpowiedzialnym studentem, dobrze przygotowanym do zajęć.

Sąd przeprowadził także dowód z zeznań **powoda P. P.** na fakty jak w pkt. 8 pozwu (k. 8 akt) oraz pkt. 3b odpowiedzi na pozew (k. 43v akt). Zeznania powoda okazały się wiarygodne. Powód opisał zdarzenie z dnia 11 marca 2016 r., a jego relacja znajdowała odzwierciedlenie w zgromadzonym materiale dowodowym. Odnośnie zdarzenia powód wskazał, że „Koleżanka nie była zbyt ciężka. Wynikało to z kwestii adrenaliny, że ćwicząc nie byliśmy w takim stresie, jak pokazując etiudę pierwszy raz przed profesorem. Zawsze się rozgrzewam się przed takimi rzeczami i w tym przypadku też tak było”. Przy przeciążeniu czuje dolegliwości w barku. Odnośnie polisy, która dotyczy trwałego uszczerbku na zdrowiu, powód oświadczył, że „nie rozumie tego, co jest tam napisane. Nie ma obiekcji do tego, co jest tam zapisane. Natomiast stoi na stanowisku, że skoro odczuwa dolegliwości to jest to trwały uszczerbek na zdrowiu.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że w procesie cywilnym obowiązuje pełna zasada kontradiktoryjności. Oznacza to, że Sąd nie ma obowiązku zarządzania dochodzeń w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie. Sąd nie jest też zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 232 kpc). Obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach (art. 3 kpc), a ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie (art. 227 kpc) spoczywa na stronie, która z faktów tych wywodzi skutki prawne (art. 6 kc). Innymi słowy Sąd nie ma obowiązku wyręczania stron procesu w poszukiwaniu dowodów na potwierdzenie ich stanowisk procesowych i opiera się na materiale dowodowym zaprezentowanym przez strony postępowania. Strona, która nie podejmuje inicjatywy dowodowej, musi liczyć się z negatywnymi skutkami takiego postępowania.

Przeprowadzenie postępowania dowodowego z dokumentów i fakt uprzedniego odebrania od strony pozwanej stanowiska pozwalał Sądowi zamknąć rozprawę celem wydania orzeczenia na posiedzeniu niejawnym na podstawie art. 15zzs<sup>2</sup> ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Na wstępie stwierdzić należy, że poza sporem pozostawała okoliczność, że obie strony związane były stosunkiem zobowiązaniowym wynikającym z zawartej umowy ubezpieczeniowej. Zasadniczo bezsporne między stronami były także pozostałe okoliczności stanu faktycznego. Istota sporu pomiędzy powodem a pozwanym ubezpieczycielem, zarówno w przedsądowym postępowaniu likwidacyjnym, jak w toku niniejszego procesu sprowadzała się natomiast do tego, czy ubezpieczony P. P. uległ wypadkowi wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową.

Zgodnie z dyspozycją art. 805 kc 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. Ponadto art. 809 § 1 kc przewiduje, iż ubezpieczyciel zobowiązany jest potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia.

Przepis art. 805 § 1 kc zawiera zatem ogólną definicję umowy ubezpieczenia. Rekonstruując jej charakter prawny stwierdzić należy, że jest to umowa odpłatna, dwustronnie zobowiązująca i losowa, ale nie wzajemna. Ubezpieczający opłaca składkę w zamian za ochronę ubezpieczeniową (causa obligandi), ubezpieczyciel zaś świadczy w celu zwolnienia



się z zobowiązania (causa solvendi). Świadczenie ubezpieczającego jest bezwarunkowe, natomiast świadczenie ubezpieczyciela jest uzależnione od zajścia przewidzianego w umowie wypadku, tj. zdarzenia losowego.

Stronami umowy są ubezpieczyciel i ubezpieczający, ale podmiotami stosunku ubezpieczenia mogą być i są w praktyce inne osoby (ubezpieczony), np. osoba trzecia, na rzecz, której umowa została zawarta. Osoba ubezpieczyciela i jego legitymacja do występowania w charakterze podmiotu stosunku ubezpieczenia są określone przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Drugą stroną stosunku ubezpieczenia jest ubezpieczający. Kodeks cywilny nie zawiera podmiotowych ograniczeń po stronie ubezpieczającego. Może, więc nim być zarówno osoba fizyczna, jak i prawna. Natomiast ziszczenie lub nieziszczenie się warunku przesądza o istnieniu lub nieistnieniu całego stosunku prawnego. Dodać należy, że do powstania obowiązku świadczenia przez ubezpieczyciela konieczne jest, aby pomiędzy wypadkiem a powstałą w jego wyniku szkodą zachodził związek przyczynowy (art. 361 § 1 kc).

Wypadki ubezpieczeniowe mogą następować niezależnie od woli człowieka albo stanowić przejaw zamierzonego działania. Zdarzeniem prawnym, rodzącym obowiązek świadczenia ubezpieczeniowego, co do zasady jest tylko taki wypadek ubezpieczeniowy, który nastąpił wbrew lub przynajmniej niezależnie od woli ubezpieczającego, a w każdym razie bez jego winy umyślnej (wyjątek - art. 833 kc). Odmiennie jest w obowiązkowym ubezpieczeniu komunikacyjnym, tzw. OC, w którym umyślna wina kierowcy pojazdu nie zwalnia ubezpieczyciela od obowiązku świadczenia poszkodowanemu. Na ogół jednak warunki ubezpieczenia wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela także w razie rażącego niedbalstwa lub jakiegokolwiek winy ubezpieczającego.

Bezspornym w niniejszej sprawie było, iż ubezpieczonego i pozwanego łączyła umowa grupowego ubezpieczenia pracowniczego, którą jako ubezpieczający zawarł z pozwanym pracodawca Z. P. - ojca powoda – (...) S.A. oraz umowa dodatkowego ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków potwierdzona polisą nr (...). Bezspornym w sprawie było również, iż powód P. P. w dniu 11 marca 2016 r. w trakcie zajęć gry aktora z przedmiotem w Akademii (...) w B., uległ wypadkowi, podczas wykonywania zadania podnoszenia koleżanki. Kwestią sporną natomiast pozostawało, czy wypadek ten nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, a tym samym odpowiedzialność umowna pozwanego.

W niniejszej sprawie strony różniły się również co do szczegółów łączącego jej stosunku prawnego, a w tym co do interpretacji konkretnych zapisów Ogólnych Warunków Ubezpieczeń. Ze względu bowiem na masowość umów ubezpieczenia ustawodawca wprowadził zasadę posługiwania się przy ich zawieraniu ogólnymi warunkami ubezpieczenia. Z tego względu istotne postanowienia dla wszystkich typów umów w zakresie danego rodzaju ubezpieczenia określają w sposób jednolity ogólne warunki ubezpieczenia, które stanowią część składową każdej z tych umów.

W związku z tym na wstępie tej części rozważań zważyć należy, że zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.) zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym. W końcu w myśl art. 12 ust. 3 cyt. ustawy ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały.

Jednocześnie w myśl treści art. 809 § 1 kc ubezpieczyciel zobowiązany jest potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia, zaś zgodnie z § 2 tego przepisu w razie wątpliwości umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia. W związku z tym zasadnicze znaczenie dla ustalenia treści umowy ubezpieczenia (a co za tym idzie obowiązku zakładu ubezpieczeń) ma obok treści polisy, jako dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy, również treść ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których umowę zawarto (por. uzasadnienie wyroku SN z 2005.10.13, IV CK 181/05, LEX nr 186907).

Co zaś istotne, w myśl art. 12a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (pkt 4), przy ubezpieczeniach majątkowych - sposób ustalania rozmiaru szkody (pkt 5) i sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad ogólnych. Z taką sytuacją mamy

właśnie do czynienia w niniejszej sprawie. Jak bowiem wyżej ustalono zgodnie z art. II ust. 11 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych wypadków (...) S.A. „nieszczęśliwy wypadek to przypadkowe zdarzenie, nagle i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego, mające miejsce w okresie udzielenia Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle. Jeżeli zakres ubezpieczenia zostanie rozszerzony o zawał serca lub udar mózgu przyjmuje się, że stanowią nieszczęśliwy wypadek.” Przyczyna zewnętrzna to taka, która ma swoje źródło poza organizmem człowieka. Natomiast zgodnie z art. II ust. 31 OWU trwałe uszczerbek na zdrowiu to „trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Obejmuje przypadki tylko i wyłącznie umieszczone w Tabeli Uszczerbków na Zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU lub (w zależności, która z tabel będzie przewidywał wyższą kwotę świadczenia) w tabeli uszczerbków na zdrowiu ZUS „Ocena procentowa stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu” będącą załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych trybów orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U.02.234.1972 z późniejszymi zm.) z zastrzeżeniem, że Dział O „Choroby zawodowe” ww. tablicy nie ma zastosowania”. Zgodnie z art. XII ust. 5 pkt 2. OWGUNN „Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wypłacane jest w wysokości 1 % sumy ubezpieczenia obowiązującej w dacie nieszczęśliwego wypadku, za każdy 1 % uszczerbku na zdrowiu”.

Jak wynika ze zgromadzonego w toku postępowania materiału dowodowego, w tym z uznanej za wiarygodną opinii biegłego sądowego, powód w dniu 11 marca 2016 r. podczas podnoszenia koleżanki, doznał skręcenia prawego barku z naderwaniem ścięgien. Powód w następstwie urazu barku prawego, którego doznał w dniu 11 marca 2016 r. nie odniósł jednak trwałego uszczerbku na zdrowiu. Obecnie u powoda nie występuje zresztą deficyt ruchów barku prawego. Zdarzenie z udziałem powoda nie nosi znamion nieszczęśliwego wypadku. Pozwany podniósł, że dokumentacja nie wskazuje, aby przedmiotowe zdarzenie było spowodowane przyczyną zewnętrzną. Brak zatem w niniejszym przypadku przesłanek warunkujących odpowiedzialność pozwanego za zaistniałe zdarzenie z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartych w OWU i OWGUNNW. Nieszczęśliwym wypadkiem, który obejmuje umowa ubezpieczenia zawarta z pozwanym jest bowiem, co wyżej wskazano, zdarzenie zewnętrzne, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) S.A., które w niniejszej sprawie nie wystąpiły. Pozwany podniósł również, że powód sam z własnej woli i inicjatywy podjął się dźwigania koleżanki, a zatem można mówić tylko i wyłącznie o przyczynie wewnętrznej. Powód objęty był dobrowolnym ubezpieczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków, które obejmowało swoim zakresem trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Zakresem ubezpieczenia był jedynie trwałe uszczerbek na zdrowiu, czego powód skutecznie nie zakwestionował. Rację zatem w pełni ma pozwany podnosząc, że jeżeli biegły wprost wskazał, iż powód nie doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, a odpowiedzialność pozwanego powstaje jedynie w przypadku doznania przez ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu, a więc trwałego nierokującego poprawy uszkodzenia danego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji, to pozwany nie ponosi odpowiedzialności za uraz powoda doznany w dniu 11 marca 2016 r.

Ubezpieczyciel odpowiada za skutki nieszczęśliwego wypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek związany był z gwałtownym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną. Taką przyczyną zewnętrzną jest bowiem każdy czynnik zewnętrzny (tzn. taki, który nie wynika z wewnętrznych właściwości człowieka) zdolny wywołać w istniejących warunkach szkodliwe skutki. W tym znaczeniu przyczyną zewnętrzną może być nie tylko narzędzie pracy, maszyna, siły przyrody, ale także praca i czynności samego poszkodowanego (np. potknięcie się, niefortunny odruch). Podkreślić jednak należy, iż dochodzone przez powoda niniejszym pozwem roszczenie wynika z zawartej z pozwanym umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego, tak więc jest roszczeniem cywilnoprawnym, a nie roszczeniem z zakresu prawa pracy, które to przepisy zawierają odrębną definicję wypadku przy pracy. Sąd nie badał zatem okoliczności wystąpienia u powoda wypadku podczas zajęć, a jedynie, czy przyczyną skręcenia barku powoda był nieszczęśliwy wypadek z dnia 11 marca 2016 r., czego nie udało się potwierdzić w niniejszym postępowaniu.

Wobec ustalenia natomiast, iż w niniejszej sprawie do zdarzenia z dnia 11 marca 2016 r. nie doszło w okolicznościach, za które odpowiada zakład ubezpieczeń, pozwany nie ponosił odpowiedzialności umownej z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Wskazać jeszcze należy, iż w sprawie nie miały zastosowania przepisy dotyczące odpowiedzialności deliktowej, a to z uwagi na zawartą między stronami umowę grupowego ubezpieczenia pracowniczego.

Powód podniósł również, że Zakład (...) nie udzielił w trybie ustawowym odpowiedzi na prawidłowo doręczoną reklamację, dotyczącą odmowy spełnienia roszczeń, a zatem zgodnie z obowiązującymi przepisami. Wskazać należy, iż Rzecznik (...) w odpowiedzi na interwencję w tej sprawie poinformował powoda, że z treści pisma o odmowie realizacji świadczenia i zawartych tam informacjach o formie składania reklamacji wynika, że pozwany nie wskazuje elektronicznej formy składania reklamacji. Zgodnie z zapisami ustawy art. 3 ust. 2 ustawy o Rzeczniku Finansowym reklamacja może być złożona – pkt 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, o ile takie środki zostały do tego celu wskazane przez podmiot rynku finansowego. Zapisy OWU pozwanego wyraźnie stanowiły, że reklamacje mogą być składane w formie pisemnej – osobiście w jednostce podmiotu rynku finansowego, obsługującej klientów albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy – Prawo pocztowe na podany adres, ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce podmiotu finansowego, obsługującej klientów. Pozwany nie przewidział możliwości złożenia reklamacji drogą elektroniczną. Pisma odwoławcze złożone drogą elektroniczną nie są reklamacjami i nie dotyczą ich zapisy ustawy mówiące o uznaniu reklamacji klienta w przypadku opóźnienia w udzieleniu odpowiedzi. Na marginesie Rzecznik (...) poinformował także, że zaistniały spór ma charakter cywilnoprawny i jako taki może być rozstrzygnięty przez sąd powszechny. Rzecznik (...) odnosząc się natomiast do odmowy wypłaty świadczenia wskazał, że nie posiada uprawnień do zmiany stanowiska podmiotu rynku finansowego, ani też do prowadzenia postępowania dowodowego mającego na celu ustalenie stanu faktycznego. Zwrócił uwagę, że umowa ubezpieczenia z Zakładem (...) została zawarta w ramach dobrowolnych umów ubezpieczeń zgodnie z zasadą swobody umów. W myśl zapisów art. 353<sup>1</sup> kc ustawodawca pozwala stronom ubezpieczenia na szczegółowe określenie wybranych kwestii.

Wskazać należy, że P. P. nie był uzależniony od pozwanego w sposób, który uniemożliwiałby podjęcie przez niego świadomej decyzji w zakresie warunków umowy ubezpieczenia. Powód miał zatem czas, by rozważyć, czy zaoferowane ubezpieczenie jest dla niego wystarczająco korzystne.

Sąd rozumie, rzecz jasna, subiektywną traumę powoda, jakiej doznał w wyniku zdarzenia z dnia 11 marca 2016 r., jednak odpowiedzialność pozwanego wynika z zawartej z nim umowy ubezpieczenia, a nie zasad współżycia społecznego, czy zasad słuszności. Co więcej, wskazać należy, iż powód otrzymał od (...) S.A. - ubezpieczyciela Akademii (...) w B. świadczenie tytułu wystąpienia ww. zdarzenia.

Mając powyższe na względzie, wobec nie wykazania przez powoda zasadności dochodzonej należności z tytułu wypłaty świadczenia, jego pozew należało w takiej sytuacji oddalić w całości, albowiem powód nie wykazał, jakoby zdarzenie z dnia 11 marca 2016 r. nastąpiło wskutek nieszczęśliwego wypadku.

W związku z tym orzeczono jak w punkcie 1 wyroku, powództwo P. P. oddalając w całości.

O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł w punkcie 2 wyroku na podstawie art. 98 § 1 i 3 kpc w zw. z art. 99 kpc zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu. Koszty w całości ponosi powód jako strona przegrywająca. Na przedmiotowe koszty składają się koszty wynagrodzenia biegłego w wysokości 323,90 zł, koszty zastępstwa procesowego w kwocie 270 zł oraz opłata od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Podstawę dla ustalenia wysokości wynagrodzenia pełnomocnika procesowego strony powodowej stanowi § 2 pkt 2) Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 265 ze zm.).

sędzia Kamil Antkowiak