

Sygn. akt I C 889/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 listopada 2019 r.

Sąd Rejonowy w Jaśle I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Grzegorz Wanat

Protokolant: starszy sekretarz sądowy Katarzyna Wysowska

po rozpoznaniu w dniu 26 listopada 2019 r. w Jaśle

na rozprawie

sprawy z powództwa J. W.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S. A. z siedzibą W.

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od powódki J. W. na rzecz pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S. A. z siedzibą W. kwotę 3.617,00 zł (trzy tysiące sześćset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;

III. odstępuje od obciążania powódki J. W. kosztami opłaty od pozwu od uiszczenia których była zwolniona i przenosi je na Skarb Państwa – Sąd Rejonowy w Jaśle.

Sygn. akt I C 889/18 Uzasadnienie

wyroku Sądu Rejonowego w Jaśle z 26 listopada 2019 r.

Powódka J. W. w pozwie skierowanym przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W. domagała się zasądzenia kwoty 34.400 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za skutki wypadku z dnia 24.04.2018 r. oraz zasądzenia zwrotu kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa procesowego zgodnie z przedłożonym spisem kosztów.

Powódka wskazała, że 24.04.2018 r. doznała złamania przewlekłego szyjki kości udowej lewej, z powodu którego była leczona w Oddziale Ortopedii

i Traumatologii Szpitala (...) w J.. Zdarzenie to kwalifikuje się jako nieszczęśliwy wypadek, skutkujący trwałym uszczerbkiem na zdrowiu. Wobec faktu, że w dacie zdarzenia powódka była związana z pozwanym umową ubezpieczenia grupowego na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, powódce przysługuje świadczenie odszkodowawcze, przewidziane tą umową. Powódka zgłosiła szkodę pozwanemu, który po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego wypłacił na jej rzecz tylko kwotę 100 zł. Zdaniem powódki ból i cierpienie, jakiego doznała w związku z urazem uzasadniają przyznanie zadośćuczynienia w kwocie 30.000 zł. Na pozostałą kwotę roszczenia składa się refundacja kosztów przejazdu na leczenie – 300 zł, zniszczonej odzieży – 500 zł i kosztów diety – 3.600 zł.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki zwrotu kosztów procesu.

Pozwany przyznał, że w dacie zdarzenia, z którego powódka wywodzi swoje roszczenie strony były związane umową dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, typ P plus, potwierdzoną polisą nr (...)

z sumą ubezpieczenia 9.000 zł i wysokością świadczenia za 1 % w wysokości

4 % tj. 360 zł. Do umowy tej zastosowanie znajdują ogólne warunki grupowego ubezpieczenia typ P plus, w których zawarta jest zarówno definicja nieszczęśliwego wypadku jak i trwałego uszczerbku na zdrowiu. Pozwany wywodził, że podane przez powódkę okoliczności zdarzenia wskazują, że do powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu nie doszło na skutek nieszczęśliwego wypadku, lecz długotrwałego przeciążenia narządu (złamanie zmęczeniowe), co nie jest objęte odpowiedzialnością pozwanego w myśl o.w.u. Jednocześnie pozwany zakwestionował żądanie zadośćuczynienia co do zasady oraz żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. Zarzucił, że łącząca strony umowa obliguje pozwanego wyłącznie do spełnienia umówionego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Zakwestionował również żądanie w zakresie odsetek, wskazując, że wskazany w pozwie termin początkowy ich naliczania jest nieprawidłowy.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny.

W dniu 23 kwietnia 2018 r. powódka J. W. wraz z mężem B. W. udała się samochodem na zakupy do J.. Po zaparkowaniu samochodu na parkingu przy sklepie (...), powódka wysiadając z samochodu nagle poczuła gwałtowny ból w okolicy biodra i upadła na ziemię. Nie była w stanie sama wstać. Mąż pomógł jej podnieść się i zawiózł ją do domu. Po dotarciu do domu, w dalszym ciągu odczuwała silny ból, który nie ustępował mimo zażycia środków przeciwbólowych, w związku z czym w dniu następnym zgłosiła się do szpitala w J. (dowód: częściowo zeznania świadka B. W. – k. 132, świadka B. S. – k. 136/2 - 137, częściowo przesłuchanie powódki J. W. – k. 137/2 - 139).

W dniach 24 - 25 kwietnia 2018 r. była leczona w Oddziale Ortopedii, Traumatologii, Mikrochirurgii i (...) Ręki Szpitala (...)

w J., gdzie rozpoznano u niej zmęczeniowe złamanie szyjki kości udowej. Przeprowadzono leczenie operacyjne, które przebiegło bez powikłań – wykonano zamknięte nastawienie złamania i zespolenie 3 śrubami kaniulowanymi. Powódka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniami m.in. chodzenia z pomocą kul, zakazu obciążania kończyny przez co najmniej 8 tygodni.

Po wypisie ze szpitala była leczona w poradni urazowo – ortopedycznej i rehabilitacyjnej, w poradni ogólnej SP ZOZ w S.. Do 25 czerwca 2018 r. przebywała na zwolnieniu lekarskim. Leczenie zakończyła w sierpniu 2018 r.

Przed zdarzeniem z dnia 23 kwietnia 2018 r. powódka w dniu 11 kwietnia 2018 r. zgłosiła się do lekarza rodzinnego w SP ZOZ w S., gdzie zgłaszała ból lewego uda, skąd z rozpoznaniem zakrzepu tętniczego została w trybie pilnym skierowana na Szpitalny Oddział Ratunkowy w J.. Tam rozpoznano: podejrzenie zespołu mięśnia gruszkowatego lewostronnie (dowód: karta informacyjna - k. 147). Wówczas (11.04.2018 r.) w Szpitalu powódka zgłaszała trwający od paru dni ból biodra lewego (k. 17), ból okolicy pośladka lewego z promieniowaniem do kończyny dolnej lewej, powodujący utykanie.

W badaniu stwierdzono bolesność mięśnia gruszkowatego, nieznacznie ograniczoną ruchomość biodra lewego w zakresie rotacji. Wykonano badanie RTG uda lewego, kości miednicy, biodra, badanie USG naczyń kończyn dolnych – doppler'a. Wynik badania RTG biodra nie wskazał nieprawidłowości, stwierdzono, że struktura kości i ich ustawienie są prawidłowe (dowód: wynik badań – k. 153).

Powódka została skierowana do szpitala ponownie w dniu 16 kwietnia 2018 r. W dniu 22 kwietnia 2018 r. w ramach pomocy lekarza POZ rozpoznano: zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (dowód: historia choroby - k. 144).

Dokonane złamanie z przemieszczeniem, jakiego powódka doznała w dniu 23.04.2018 r. było wynikiem schorzenia – złamania zmęczeniowego, które nie zostało wykryte w trakcie wcześniejszych wizyt lekarskich. Dokonywało się ono stopniowo i nie miało związku z nagłym urazem, w szczególności nie powstało z powodu upadku powódki przy wysiadaniu z samochodu. Mechanizm urazu był wręcz odwrotny, tzn. najpierw dokonało się złamanie, które wywołało silny ból, w następstwie którego powódka straciła równowagę i upadła (dowód: kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego Szpitala (...) w J. z 25.04.2018 r. – k. 11-12 oraz z 11.04.2018 r. – k. 24, historii choroby powódki – k. 13 - 14, wynik badania rtg stawów biodrowych – k. 15, zaświadczenie lekarskie lek. D. M. o zakończeniu leczenia z 16.08.2018 r. – k. 16, historia wizyt SP ZOZ w S. – k. 19 - 21, opinia biegłego ortopedy i traumatologa lek. W. S. – k. 158).

W dacie 23 kwietnia 2018 r. strony związane były umową dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (okoliczność bezsporna). Integralną część tej umowy stanowiły postanowienia ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, zatwierdzone Uchwałą Nr (...)z 3 marca 2004 r. Zarządu (...) S.A. ze zm. (o.w.u.).

Zgodnie z o.w.u. określenie nieszczęśliwy wypadek oznacza niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będącą wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia, objętego odpowiedzialnością (...) S.A. W dalszej części o.w.u. przewidują, że ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu 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 (k. 112).

(dowód: ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P plus – k. 109 – 110 oraz ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem wraz z tabelą norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu – k. 111 - 122).

Pozwany decyzją z dnia 21 sierpnia 2018 r. odmówił przyznania powódce świadczenia odszkodowawczego, argumentując, że uraz jakiego doznała nie powstał w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lecz na skutek długotrwałego przeciążenia narządu (złamanie zmęczeniowe), a to nie jest objęte odpowiedzialnością ubezpieczeniową (dowód: akta szkody (...) – k. 123).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o materiał dowodowy zebrany w sprawie, w tym okoliczności bezsporne oraz kserokopie dokumentów. Sąd uznał złożone dokumenty za w pełni wiarygodne. Ich treść i autentyczność nie były podważane przez żadną ze stron postępowania.

W ustaleniach stanu faktycznego Sąd oparł się także o treść opinii biegłego lekarza ortopedy traumatologa W. S., a to w zakresie ustalenia mechanizmu powstania złamania uda u powódki i charakteru schorzenia w postaci złamania zmęczeniowego. Opinia biegłego jest dla Sądu przekonywująca. Została sporządzona z wykorzystaniem doświadczenia zawodowego biegłego, w sposób fachowy i rzetelny. Sąd nie dopatrywał się w niej zarzucanych przez powódkę uchybień, zarówno w wywodzie jak i wnioskach końcowych opinii. Należy podkreślić, że przedmiotem opinii nie była ocena wiarygodności zeznań świadka i powódki, lecz wyjaśnienie mechanizmu dokonanego złamania w świetle podanych okoliczności zdarzenia. Sam niekorzystny dla strony powodowej wynik końcowy opinii nie mógł uzasadniać powołania innego biegłego, w związku z czym Sąd wniosek strony powodowej w tym zakresie oddalił, uznając, że kontynuowanie postępowania jest zbędne i spowoduje tylko przedłużenie postępowania i powstanie dodatkowych kosztów.

Oceniając moc dowodową zeznań świadka zdarzenia B. W.

i informacje podane przez samą powódkę należy stwierdzić, że nie wnoszą one wiele do sprawy w tym znaczeniu, że potwierdzają stan faktyczny ustalony za pomocą wyżej wskazanych dowodów i są wiarygodne co do faktu i okoliczności upadku powódki na parking. Sąd nie oparł się jednak na tych stwierdzeniach, które nie odnoszą się do faktów, lecz mają charakter ocen i prywatnych opinii zeznających osób. Dotyczy to w szczególności dokonywanej przez nich interpretacji pojęcia „nieszczęśliwego wypadku”, które to pojęcie utożsamiają z przyczyną doznanego przez powódkę urazu. Okoliczność, co stanowiło przyczynę urazu powódki Sąd ustalił za pomocą dokumentacji medycznej i opinii biegłego ortopedy, które to dowody były w tym zakresie miarodajnym źródłem wiedzy.

Z kolei, za niewiarygodne Sąd uznał zeznania świadków i powódki w zakresie opisywanej przez nich szkody w postaci zniszczonych ubrań i kosztów specjalnego żywienia. Twierdzenia te nie znalazły potwierdzenia w żadnych innych dowodach, jak chociażby rachunkach (co do odzieży) lub wskazań lekarskich (co do specjalnej diety), a zważając, że całe zdarzenie ogranicza się do upadku powódki na asfalt, bez oddziaływania jakichkolwiek sił z zewnątrz, czy przeciążeń, twierdzenia o całkowicie zniszczonym obuwiu są wręcz nieprawdopodobne.

Sąd zważył, co następuje.

Powództwo okazuje się bezzasadne w całości.

W niniejszym postępowaniu powódka dochodziła zapłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia osobowego, którym objęta była jako pracownik zatrudniającego go zakładu pracy, a w ramach którego ochrony udzielał mu pozwany. Stąd też, podstawę materialnoprawną powództwa stanowiły art. 829 § 1 k.c. w zw. z art. 805 § 1 k.c. Z treści wskazanych przepisów wynika, że celem ubezpieczenia osobowego jest zapewnienie ubezpieczonemu ochrony życia i zdrowia poprzez zagwarantowanie określonych świadczeń w postaci sum ubezpieczenia, ustalonych na wypadek zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia. Przedmiotem umowy zawartej między powódką, a pozwanym w niniejszej sprawie było życie oraz zdrowie powódki.

Między stronami nie była sporna podstawa odpowiedzialności pozwanego w ramach zawartej umowy ubezpieczenia, natomiast spór sprowadzał się do interpretacji treści ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (...), uzupełnionych treścią ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, składających się łącznie na treść stosunku zobowiązaniowego łączącego strony, tj. w szczególności zapisu § 2 pkt 3 o.w.u., i ustalenia, czy w ramach umowy ubezpieczenia obejmującej powódkę mogła ona domagać się od pozwanego przyznania jej zadośćuczynienia oraz odszkodowania, jako roszczeń pozostających w związku ze zdarzeniem z dnia 23.04.2018 r.

W pierwszym rzędzie należy zauważyć, że przepisy prawa wyróżniają reżim odpowiedzialności kontraktowej, właśnie w przypadku zaistnienia zdarzeń objętych umową, kiedy ubezpieczonemu przysługuje prawo żądania świadczeń określonych postanowieniami zawartej umowy, jak też reżim odpowiedzialności deliktowej, określony przepisami art. 415 k.c. i następnymi. Są to dwa odrębne reżimy odpowiedzialności. W niniejszej sprawie powódka oparła żądanie na odpowiedzialności kontraktowej pozwanego, zgłaszając i uzasadniając jednak swoje żądania tak, jak gdyby wynikały z odpowiedzialności deliktowej pozwanego.

Mając na względzie zakres umowy ubezpieczenia łączącej strony, należy zauważyć, że żadne z postanowień umowy nie przewiduje świadczenia związanego z wystąpieniem uszczerbku na zdrowiu w postaci pokrycia kosztów dojazdów na leczenie, zniszczonego mienia, czy też zwiększonych potrzeb w związku ze specjalną dietą. Dochodzone żądanie odszkodowania w kwocie 4.400 zł nie znajduje zatem żadnego oparcia w postanowieniach umowy, pomijając już fakt, że poniesienie szkody w takiej wysokości nie zostało ostatecznie udowodnione (6 k.c.). Strony na powyższe świadczenie nie umówiły się, wobec czego należy stwierdzić, że nie istnieje żadna podstawa kontraktowa do jego dochodzenia przez powódkę. W konsekwencji zatem, powództwo

w zakresie żądania pokrycia tych kosztów było bezzasadne.

Analogicznie należy ocenić żądanie w zakresie zasądzenia zadośćuczynienia. Pojęcie to jest zastrzeżone dla świadczeń określonych w art. 445 k.c., tj. dla świadczeń wynikających z odpowiedzialności deliktowej, a zatem dla sytuacji, gdy odpowiedzialność za zdarzenie ponosi podmiot, z którym poszkodowanego nie łączy węzeł ubezpieczeniowy, a odpowiedzialność podmiotu wynika z przepisów prawa – odpowiedzialności za zdarzenia na zasadzie winy, ryzyka czy słuszności. Należy zauważyć, że powódka była

w sprawie reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, będącego adwokatem, który w piśmie z dnia 08.11.2018 r. podtrzymał w całości argumentację zawartą w pozwie. Uzasadnienie pozwu w zakresie żądania zadośćuczynienia odwołuje do typowych przesłanek zadośćuczynienia – rozmiaru bólu, cierpienia, następstw urazu w życiu powódki itp. Tymczasem, strony niniejszego postępowania, zawierając umowę ubezpieczenia, nie objęły jej postanowieniami świadczenia w postaci zadośćuczynienia, którego wysokość mogłaby wynikać z oceny bólu, krzywdy czy cierpienia powódki. Z tych przyczyn również i to żądanie Sąd uznał za nie znajdujące oparcia w treści zawartej umowy i jako takie za bezzasadne.

Mając na uwadze treść postanowień umowy, Sąd uznał, że stosunek zobowiązaniowy stron obejmuje jedynie odszkodowanie z tytułu wystąpienia

u powódki trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Materiał dowodowy sprawy jednak także i w tym zakresie nie pozwolił na pozytywne dla powódki rozstrzygnięcie.

Podejmując rozważania mające na celu ustalenie, czy przedmiotowe zdarzenie było nieszczęśliwym wypadkiem, odnieść się należy do etiologii powstania urazu u powódki. Jak wykazano w sprawie, do przemieszczonego złamania kości szyjki udowej doszło u powódki w przebiegu schorzenia określanego jako zmęczeniowe złamanie. Złamanie zmęczeniowe nie powstaje

w wyniku nagłego urazu jak zwykle złamanie kości. Jak wiadomo, jego przyczyną są niewielkie, ale często powtarzające się siły i obciążenia działające na kości, więzadła i mięśnie. Następuje ono stopniowo, nawet przez tygodnie.

Za właściwy należy uznać zatem wniosek, że uraz powódki nie był skutkiem nagłego zdarzenia zewnętrznego, wywołanego przyczyną zewnętrzną, lecz był wynikiem procesu chorobowego, jaki rozwijał się u powódki wcześniej. Ocena ta znajduje pełne uzasadnienie w dokumentacji medycznej z okresu poprzedzającego zdarzenie z dnia 23.04.2018 r., a w szczególności treści zapisów dokumentacji medycznej z wizyt powódki u lekarzy w dniach 11.04.2018 r. 16.04.2018 r. i 22.04.2018 r. i przemawiają za nią jednoznaczne wnioski opinii biegłego ortopedy.

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd ocenił żądania pozwu jako bezzasadne, orzekając w pkt 1 sentencji wyroku o oddaleniu powództwa.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c., obciążając powódkę – jako stronę przegrywającą proces – kosztami zastępstwa procesowego pozwanego, w wysokości przewidzianej § 2 pkt. 5 rozp. Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2018.265.t.j.). Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych

w sprawach cywilnych, koszty opłaty sądowej, od których powódka była zwolniona w całości, obciążały Skarb Państwa (pkt III wyroku).