

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 19 maja 2015 r. W. N. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 1.120 zł z tytułu zasiłku dziennego oraz kwoty 269 zł tytułem poniesionych kosztów leczenia.

Pozwem z dnia 26 września 2015 r. W. N. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 800 zł tytułem odszkodowania za uszczerbek na zdrowiu.

W uzasadnieniu obu powództw powód wskazał, iż nie zgadza się z decyzją pozwanego Towarzystwa odmawiającą wypłaty odszkodowania za skutki zdarzenia, które zaszło w dniu 7 kwietnia 2014 r. Powód podniósł, iż pozwane Towarzystwo bezpodstawnie odmówiło wypłaty odszkodowania z tytułu uszczerbku na zdrowiu, zwrotu kosztów leczenia oraz odszkodowania z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej przedmiotowym wypadkiem. Zarzucił, iż każde z tych roszczeń powstaje niezależnie od siebie, skoro podlega osobnej składce. Powód wskazał, iż skutkiem zdarzenia z dnia 7 kwietnia 2014 r. są blizny na skórze twarzy i lewego kolana oraz dolegliwości bólowe lewego barku, kolana oraz głowy, świadczące o rozstroju zdrowia. Powód podniósł, iż w jego ocenie doznał 2 – procentowego uszczerbku na zdrowiu, co uzasadnia żądanie zapłaty kwoty 800 zł tytułem odszkodowania. Dochodzona tytułem zasiłku dziennego wynika z pomnożenia wartości zasiłku dziennego za jeden dzień niezdolności do pracy wynoszącej 35 zł przez liczbę dni niezdolności do pracy, tj. 32. Na koszty leczenia w wysokości 269 zł składają się koszty wizyt lekarskich w dniu 18 kwietnia 2014 r. w kwocie 104 zł, w dniu 28 kwietnia 2014 r. w kwocie 61 zł oraz w dniu 30 kwietnia 2014 r. w kwocie 104 zł.

(pozew k. 1-4 sygn. akt IC 1275/15, pozew k. 1-3 sygn. akt IC 3472/15)

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) S.A. z siedzibą w W., reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na jego rzecz od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwany zakwestionował roszczenie powoda co do zasady jak i co do wysokości. Pozwany przyznał, iż w chwili zdarzenia łączyła go z powodem umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Na wszelki wypadek” (obowiązująca od dnia 8 czerwca 2013 r. do dnia 7 czerwca 2014 r.). W związku ze zgłoszeniem szkody przez powoda, doznanej w wypadku pozwany przeprowadził postępowanie likwidacyjne i wydał decyzję odmowną. Pozwany wskazał, iż jego odpowiedzialność powstaje w momencie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, tj. nagłego zdarzenia, powstałego w okresie odpowiedzialności G., wywołanego przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, wbrew swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu (...) (§ 2 pkt 11). Tymczasem z przedstawionej pozwanemu dokumentacji medycznej nie można stwierdzić żadnych (nierokujących poprawy) następstw powstałych po przebytych urazie jakim było otarcie naskórka policzka oraz kolana lewego. Co do roszczeń o zwrot kosztów leczenia oraz zasiłku dziennego za czas niezdolności do pracy pozwany wskazał, iż są one pokrywane pod warunkiem, że zaistniała po stronie Towarzystwa odpowiedzialność z tytułu następstwa nieszczęśliwych wypadków. Pozwany podniósł również, iż powód nie udowodnił w żaden sposób, niezdolności do pracy przez okres 32 dni, którego przyczyną miał być przedmiotowy wypadek na rowerze, nie wykazał również zasadności żądanych kosztów leczenia.

(odpowiedź na pozew k. 26-28, 97 - 99)

Sąd uznał za ustalone następujące okoliczności:

Pomiędzy W. N. a (...) S.A. z siedzibą w W. została zawarta umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Na wszelki wypadek”, potwierdzona polisą nr (...). Powyższa umowa ubezpieczenia na życie została zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków „Na wszelki wypadek”, których tekst W. N. otrzymał przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Ubezpieczeniem objęty był okres od dnia 8 czerwca 2013 r. do dnia 7 czerwca 2014 r. Umowa ubezpieczenia została zawarta w wariantcie II, wobec czego zakres ubezpieczenia obejmował: ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków z sumą ubezpieczenia

40.000 zł, koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków z sumą ubezpieczenia 8.000 zł, zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy lub nauki lub pobytu w szpitalu (suma ubezpieczenia wynosiła kwotę 3.600 zł z tytułu niezdolności do pracy/nauki; 4.500 zł z tytułu pobytu w szpitalu), ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (suma gwarancyjna wynosiła 50.000 zł). W. N. zobowiązał się uiścić składkę w kwocie 395 zł w dwóch ratach.

(dowody: wniosek k. 41, kalkulacja k. 42)

Zgodnie z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Na wszelki wypadek”, dalej „OWU” nieszczęśliwy wypadek został zdefiniowany jako nagłe zdarzenie, powstałe w okresie odpowiedzialności G., wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, wbrew swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub w następstwie którego nastąpił zgon ubezpieczonego (§ 2 pkt 11). W rozumieniu niniejszych OWU, za nieszczęśliwy wypadek uważano również uderzenie w głowę oraz zawał serca, jeżeli nie były spowodowane wcześniejszymi zdiagnozowanymi stanami chorobowymi. Za trwałe uszczerbek na zdrowiu uznano takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy, określone przez lekarza orzecznika (...) S.A. na podstawie przedstawionych dokumentów medycznych (§ 2 pkt 24). Przedmiotem ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków było zdrowie i życie ubezpieczonego (Klauzula nr 1 do OWU). Zakres ochrony obejmował m.in. świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie więcej jednak, niż 100 % tej sumy ubezpieczenia. (§ 1 ust. 3 pkt 1). Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku ustalane było po określeniu przez lekarza orzecznika powołanego przez (...) S.A., stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie przedstawionych dokumentów medycznych oraz „Tabeli norm procentowego uszczerbku na zdrowiu” obowiązującej w (...) S.A. w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, bez konieczności badania osoby ubezpieczonej przez lekarza orzecznika, z zastrzeżeniem ust. 3, zgodnie z którym w uzasadnionych przypadkach stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu mógł być określony na podstawie badań przeprowadzonych przez lekarza orzecznika wskazanego przez (...) S.A. (§ 4 ust. 1, 2 i 3 Klauzuli nr 1 do OWU). Zgodnie z § 4 ust. 6 Klauzuli do OWU ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powinno nastąpić niezwłocznie po zakończeniu leczenia, w tym ewentualnego leczenia rehabilitacyjnego. W przypadku dłuższego leczenia ostateczny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien zostać ustalony najpóźniej w dwunastym miesiącu od dnia nieszczęśliwego wypadku. Stosownie do treści § 4 ust. 1 i 4 Klauzuli nr 2 do OWU ustalenie zasadności i wysokości odszkodowania z tytułu zwrotu kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dokonywane jest na podstawie dokumentów określonych w § 13 ust. 1 pkt 1 pkt 3 OWU oraz oryginalnych rachunków oraz dowodów wniesienia opłat za hospitalizację, udzieloną pomoc medyczną, transport oraz za zakupione leki i środki opatrunkowe przy czym koszty leczenia następstwa nieszczęśliwych wypadków pokrywane są pod warunkiem, że istniała odpowiedzialność z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków. Zgodnie z § 1 ust.1 Klauzuli nr 3 do OWU z zachowaniem pozostałych, niezmiennych niniejszą klauzulą postanowień OWU, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do wykonywania pracy bądź nauki lub pobytu w szpitalu. Zasiłek dzienny, o który mowa w ust. 1 wypłacany jest ubezpieczonemu za udokumentowany okres niezdolności do pracy bądź nauki, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem ubezpieczonego, powstałym w okresie odpowiedzialności (...) S.A. (§ 1 ust 3 Klauzuli nr 3 do OWU). Zasiłek dzienny wypłacany jest pod warunkiem, że zachodziła odpowiedzialność (...) S.A. z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków.

(**dowód:** OWU k. 47-62)

W dniu 7 kwietnia 2014 r. W. N., wracając do domu na rowerze, przewrócił się na lewą stronę ciała na betonowe nierówne podłoże. W wyniku upadku powód doznał stłuczenia lewego barku, kolana oraz twarzy w okolicy kości jarzmowych. W. N. zgłosił się do szpitala, gdzie zaopatrzone mu kolano i twarz oraz podano anatoksynę przeciwtężcową.

(**dowód:** karta informacyjna konsultacji szpitalnej k. 45)

W dniach 8 -13 kwietnia 2014 r., 14 - 18 kwietnia 2014 r., 19 - 25 kwietnia 2014 r., 26 - 27 kwietnia 2014 r., 28 - 30 kwietnia 2014 r., 1 - 8 maja 2014 r. W. N. pozostawał na zwolnieniu lekarskim. Przedmiotowe zwolnienia wystawiane były przez lekarzy internistów, bez wskazania przyczyn niezdolności powoda do pracy.

(**dowód:** zwolnienia lekarskie k. 68-73)

W dniu 18 kwietnia 2014 r. podczas konsultacji internistycznej stwierdzono zagojenie się rany na twarzy z pozostawieniem bladoróżowego przebarwienia po strupku. Rana na kolanie nadal goiła się, ale bez ropnia. Powód zgłaszał pobolewanie barku przy ruchach ręką oraz dolegliwości lewego kolana związane z chodzeniem. Za wizytę lekarską powód zapłacił 104,00 zł.

(**dowód:** dokumentacja medyczna k. 79-81, faktura k. 74)

W dniu 16 czerwca 2014 roku W. N. zgłosił pozwanemu Towarzystwu szkodę doznaną wskutek zdarzenia z dnia 7 kwietnia 2014 r. Sprawa została zarejestrowana pod nr (...).

(**dowód:** zgłoszenie szkody k. 43-44)

W dniu 28 kwietnia 2014 roku podczas wizyty ambulatoryjnej internista stwierdził zagojenie rany po otarciu naskórka oraz odpadnięcie strupa. Powód skarżył się na ból stawów, szczególnie kolanowego. Kolejna konsultacja miała miejsce w dniu 30 kwietnia 2014 r.

(**dowód** : karta wizyty ambulatoryjnej k. 82, karta k. 83)

Decyzją z dnia 20 sierpnia 2014 r. pozwane Towarzystwo odmówiło wypłaty odszkodowania za skutki zdarzenia z dnia 7 kwietnia 2014 r., w uzasadnieniu wskazując, iż zgodnie z przedstawioną przez powoda dokumentacją medyczną zdarzenie nie pozostawiło żadnych trwałych następstw uwzględnionych w tabeli świadczeń właściwej dla zawartej umowy.

(**dowód:** decyzja k. 46)

Na skutek upadku nie doszło do trwałego upośledzenia czynności organizmu jak również trwałego uszczerbku na zdrowiu wg tabel Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku (Dz. U. Nr 234, poz. 1974). Otarcia naskórka zagoiły się bez pozostawienia trwałych istotnych następstw, na twarzy nie pozostały żadne ślady pourazowe. Na lewym kolanie została prawie niewidoczna blizna po otarciu naskórka. Powód na nic się nie leczy, nie przyjmuje żadnych leków na stałe. Skarży się jedynie na bóle głowy, jednakże mogą one mieć związek z podwyższonym ciśnieniem tętniczym. Zgłaszane przez W. N. bóle barku i kolana mogą mieć podłoże pozamedyczne.

(**dowód:** opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej k. 117-119)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów załączonych do akt niniejszej sprawy, w tym dokumentacji medycznej powoda.

Sąd oparł się również na pisemnej opinii biegłej sądowej z zakresu chirurgii ogólnej M. G.. Dowód ten stał się punktem odniesienia dla Sądu dla oceny aspektów medycznych sprawy. Opinia została sporządzona zgodnie z przedstawioną tezą dowodową, określoną przez Sąd, zawiera czytelne uzasadnienie oraz wyjaśnienie wniosków końcowych w zakresie ustalenia skutków wypadku jakiemu uległ powód. Przedłożona opinia w sposób dostateczny wyjaśniła okoliczności, będące przedmiotem tego dowodu, nadto nie została zakwestionowana przez żadną ze stron.

Sąd oddalił pozostałe wnioski dowodowe jako nieprzydatne dla rozstrzygnięcia sporu.

Sąd zważył, co następuje:

Żadne z roszczeń powoda nie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 805 § 1 i 2 pkt 2 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie - przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Z kolei według treści art. 829 k.c. ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć: 1) przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku, 2) przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków - uszkodzenie ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczenie osobowe ma zatem zapewnić ubezpieczonemu ochronę życia i zdrowia poprzez zagwarantowanie określonych świadczeń w postaci sum ubezpieczenia, ustalonych na wypadek śmierci, dożycia określonego wieku lub nastąpienia nieszczęśliwego wypadku.

Odpowiedzialność przewidziana w powołanych przepisach sprowadza się zatem do ponoszenia przez ubezpieczyciela wszelkich ujemnych skutków szkody i zapłacenia odszkodowania za szkodę w razie wystąpienia przewidzianych umową ubezpieczenia okoliczności (wypadku ubezpieczeniowego). Ciężar udowodnienia istnienia szkody, związku przyczynowego pomiędzy szkodą a zdarzeniem wywołującym szkodę i wysokości szkody spoczywa na poszkodowanym zgodnie z ogólną zasadą wyrażoną w przepisie art. 6 k.c. Wskazany przepis ustanawia zasadę rozkładu ciężaru dowodu w sporze i jest ściśle związany z przepisami kodeksu postępowania cywilnego, w szczególności z art. 232 k.p.c., w myśl którego strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Nadto stosownie do treści art. 3 k.p.c., obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach postępowania. Przepis ten zobowiązuje strony zarówno do wyjaśnienia okoliczności sprawy (ciężar przytoczenia) i przedstawienia dowodów na tę okoliczność (ciężar dowodu), jak i nakłada na nie obowiązek mówienia prawdy. Należy jednak mieć na uwadze, że nie są to obowiązki prawne, w ścisłym tego słowa znaczeniu, ponieważ ich wykonania nie można wymusić przez zastosowanie sankcji, lecz są to ciężary procesowe, z których jeżeli strona się nie wywiąże, musi liczyć się z niekorzystnymi dla niej skutkami procesowym, np. nieuwzględnieniem jej wniosku, żądania, zarzutów.

Przedmiotem ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków jest sam nieszczęśliwy wypadek, który powoduje skutki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia, a do których może należeć śmierć albo uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego. Kodeks cywilny nie definiuje przy tym pojęcia nieszczęśliwego wypadku czy też wypadku ubezpieczeniowego, precyzują go zawsze ogólne warunki ubezpieczenia czy też umowa ubezpieczenia. Sposób ich zdefiniowania rozstrzyga zawsze o zaistnieniu lub braku odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ogólne warunki są wzorcami umowy w rozumieniu art. 384 k.c. i jako takie stanowią część składową umowy. Wykładni tych postanowień należy dokonywać z uwzględnieniem regulacji prawnej art. 65 § 2 k.c., która przy ustalaniu nakazuje uwzględniać zgodny zamiar stron i cel umowy. A zatem to ogólne warunki poszczególnych ubezpieczeń określają treść stosunku ubezpieczenia powstałego w wyniku zawarcia umowy ubezpieczenia. Stanowią odrębny od umowy element kształtujący prawa i obowiązki stron, ale mogą również przewidywać zastrzeżenia wyłączające lub ograniczające odpowiedzialność ubezpieczyciela.

Bezsporne w okolicznościach niniejszej sprawy było to, iż w dacie zdarzenia tj. w dniu 7 kwietnia 2014 roku W. N. jako ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową na podstawie zawartej z pozwanym Towarzystwem umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Na wszelki wypadek” w wersji obejmującej ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków, kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zasiłku dziennego z tytułu niezdolności do pracy lub nauki lub pobytu w szpitalu oraz ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, której integralną część stanowiły ogólne warunki umów ubezpieczenia. Poza sporem były również okoliczności przedmiotowego zdarzenia. Pozwany kwestionował odpowiedzialność za jego skutki ze względu na niewystąpienie wypadku ubezpieczeniowego, zdefiniowanego w przedmiotowej umowie ubezpieczenia. Wątpliwości co do wystąpienia przewidzianego umową wypadku oznaczały, że wątpliwa jest także odpowiedzialność ubezpieczyciela. W konsekwencji to powód – wobec zakwestionowania przez stronę pozwaną zasadności żądania pozwu – był zobligowany do wykazania, iż zgodnie z przepisami prawa oraz w oparciu o łączącą strony umowę pozwany był

zobowiązany do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, i to w wysokości dochodzonej pozwem. Należy przy tym ponownie zaakcentować, że ciężar dowodu w niniejszym procesie spoczywał na powodzie, albowiem ciężar dowodu spoczywa na tym, kto twierdzi, a nie na tym, kto zaprzecza. Stroną „twierdzącą” w rozpoznawanej sprawie jest niewątpliwie powód, albowiem to on wywodził, iż przysługuje mu względem pozwanego Towarzystwa skuteczne roszczenie o zapłatę konkretnej kwoty. Aż do przedstawienia przez powoda dowodów na zasadność dochodzonego pozwem roszczenia strona pozwana mogła ograniczyć się do zaprzeczenia twierdzeniom pozwu.

Na gruncie treści stosunku ubezpieczenia spór stron dotyczył definicji wypadku ubezpieczeniowego oraz podstaw wypłaty świadczenia odszkodowawczego. Powód twierdził, że ryzyka objęte klauzulami ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, ubezpieczenia kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oraz zasiłku dziennego z tytułu niezdolności do pracy, formułują szczególne w stosunku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podstawy świadczenia ubezpieczeniowego w zakresie definicji zdarzenia rodzącego odpowiedzialność umowną. W ocenie powoda w zakres definicji tego zdarzenia nie wchodził wymóg, by jego następstwem powodującym powstanie kosztów leczenia oraz obowiązek zapłaty zasiłku i świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, było powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu definicji zawartej w § 2 pkt 24 OWU. Zgodnie z nią trwały uszczerbek na zdrowiu stanowił takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy.

Ze stanowiskiem tym, ze względów semantycznych i systematycznych nie można się zgodzić. Z postanowień OWU dotyczących zawartej przez strony umowy wynika, że pozwane Towarzystwo było zobowiązane do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy ubezpieczony ulegnie nieszczęśliwemu wypadkowi, tj. dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu, czyli takiego naruszenia sprawności organizmu w określonych w umowie sytuacjach, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy, ustalonego w oparciu o tabele norm procentowego uszczerbku na zdrowiu. Cytowane sformułowania ogólnych warunków są precyzyjne, nie budzą wątpliwości interpretacyjnych. Nie stanowią one klauzul abuzywnych a jedynie umowne postanowienia zgodne z zasadą swobody umów. W ocenie Sądu, użyte w § 2 ust. 11 i 24 OWU sformułowanie "trwały" uszczerbek na zdrowiu zostało zdefiniowane w sposób jasny i niebudzący wątpliwości przy posłużeniu się choćby wyłącznie znaczeniem słownikowym tego pojęcia. W znaczeniu słownikowym „trwały” to bezpowrotny, nieodwracalny, chroniczny – każde z tych zwrotów jest zrozumiałe dla przeciętnego odbiorcy.

Struktura umowa wskazuje jasno, że Ogólne Warunki Ubezpieczenia zawierały generalne postanowienia dotyczące przesłanek powstania odpowiedzialności ubezpieczyciela, natomiast poszczególne klauzule, określające warianty tego ubezpieczenia, zawierały definicje szkód, których powstanie było asekurowane w ramach umowy. Zastosowano tu metodę podzielności szkody, wyrażającą się w stwierdzeniu, że jedno zdarzenie może rodzić różne dające się wyodrębnić uszczerbki w mieniu składające się na pojęcie szkody. W ramach podzielności szkody ubezpieczyciel wyodrębnił różnego rodzaju uszczerbki związane z niekorzystnymi skutkami nieszczęśliwego wypadku, polegające na utracie zarobku w okresie zwolnienia od pracy oraz ponoszonych kosztach leczenia. To właśnie zróżnicowanie zakresu szkody podlegającej odpowiedzialności ubezpieczyciela wyodrębniało warianty ubezpieczenia. Ich wspólnym mianownikiem było natomiast zdarzenie szkodzące – tj. zajście nieszczęśliwego wypadku tak jak został on sformułowany w części ogólnej OWU, a więc również z uwzględnieniem wymagania powstania uszczerbku na zdrowiu nierokującego poprawy. Wynika to z następujących zapisów umowy: §1 ust. 1. i 3. Klauzuli numer 1 odwołującej się wprost do OWU jako podstawy określenia odpowiedzialności pozwanego oraz definiującego świadczenia jako przysługujące w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu; § 1 ust. 1., § 2 oraz § 4 ust. 4. Klauzuli numer 2 posługującej się taką samą techniką odniesienia do części ogólnej OWU jak klauzula poprzedzająca; § 1 ust. 1 oraz 3 pkt 1 i § 4 ust. 6. Klauzuli numer 3 również odwołującej się do części ogólnej OWU jako podstawy określenia zasad odpowiedzialności przez pozwanego. Wbrew zatem tezie powoda nie można uznać, aby powołane klauzule w sposób autonomiczny, w oderwaniu od części ogólnej OWU, określały podstawy odpowiedzialności pozwanego za poszczególne elementy szkody. Klauzule te wprost odnosiły się do części ogólnej OWU jako dokumentu określającego te zasady odpowiedzialności, a główną, definiującą ryzyko ubezpieczeniowe w postaci zajścia nieszczęśliwego wypadku, była trwałość uszczerbku na zdrowiu rozumiana jako naruszenie sprawności organizmu nierokujące

poprawy. Wbrew zatem tezom pozwu fakt opłacania odrębnych składek od każdego z „ryzyk” ubezpieczeniowych nie ma tu znaczenia. Rozróżnienie wysokości składek nie dotyczy bowiem ryzyka ujmowanego jako zdarzenie, w związku z którym powstaje odpowiedzialność pozwanego, które na gruncie stosunków stron jest jedno i jest nim nieszczęśliwy wypadek, ale elementów szkody, której wysokość może się przecież różnić w ramach danego tożsamego zdarzenia, ze względu na rodzaje dóbr majątkowych, które zostały dotknięte. To zróżnicowanie zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, co oczywiste, znajdowało wyraz w wysokości składki. Odwołując się do koronnego argumentu powoda – właśnie ze względu na rodzaje szkody podlegającej naprawieniu, nie zaś ryzyk, zróżnicowana była składka, albowiem wraz z wielością rodzajów szkód wzrastał zakres odpowiedzialności pozwanego. Takie ukształtowanie treści stosunku prawnego stron jest zgodne z zasadą swobody umów a jego badanie pod względem abuzywności jest dopuszczalne tylko pod względem klarowności sformułowania warunków, albowiem definicja ryzyka ubezpieczeniowego stanowi element głównego świadczenia ubezpieczyciela (art. 385¹ k.c.). Pod względem zaś klarowności ujęcia nie można pozwanemu czynić żadnych zarzutów. W świetle tych uwag kwestia doznania przez powoda trwałego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu § 2 pkt 24 i 11 OWU miała, wbrew stanowisku powoda, kluczowe znaczenie dla sprawy.

W świetle zgromadzonego materiału dowodowego nie sposób uznać, że W. N. uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu. Jakkolwiek nie było kwestionowane to, że powód przewrócił się na rowerze na betonowe podłoże, doznając stłuczenia barku, kolana i części twarzy oraz otarcia naskórka, to obrażenia te miały charakter powierzchowny, nie pozostawiły po wyleczeniu widocznych śladów pourazowych. Sam przebieg zdarzenia, długość procesu leczenia i jego przebieg, wskazują na to, że doznane przez powoda urazy były na tyle niegroźne, że nie spowodowały naruszenia czynności narządów o charakterze trwałym. Według tabel norm procentowego uszczerbku na zdrowiu uwzględnione są – w przypadku uszkodzeń głowy – tylko uszkodzenia powłok czaszki w przypadku rozległych, ściągających blizn. Już po badaniu powoda przeprowadzonego w dniu 28 kwietnia 2014 r., a więc 14 dni od zdarzenia stwierdzono wygojenie rany po otarciu naskórka. Powyższa konstatacja została potwierdzona po badaniu powoda w dniu 30 grudnia 2015 r. przez biegłą sądową, która jedynie na kolanie powoda stwierdziła wystąpienie ledwo widocznej blizny. Twierdzenia powoda o tym, że ma widoczne i szpecące rany twarzy i na lewym kolanie okazały się zatem gołosłowne. Z kolei ból głowy, na który skarży się powód mógł wynikać ze znacznie podwyższonego ciśnienia tętniczego, a nie z urazu głowy doznanego w dniu 7 kwietnia 2014 r. W każdym razie związku tej dolegliwości z wypadkiem powód w sposób bezsprzeczny nie wykazał. Nie został również wykazany związek przyczynowy pomiędzy bólem kolana i barku a przedmiotowym zdarzeniem. Bóle jakie odczuwa W. N. mogą mieć różne podłoże, również pozamedyczne. Powód nawet nie próbował wykazać, że opinia biegłej jest nierzetelna, oderwana od podstaw jej sporządzenia, wewnątrznie sprzeczna. Co więcej biegła w sposób logiczny uargumentowała swoje stanowisko wskazując wyraźnie, że nie sposób powiązać odczuwanych przez powoda dolegliwości ze zdarzeniem z dnia 7 kwietnia 2014 r. Tych schorzeń nie można więc brać pod uwagę przy ocenie skutków przedmiotowego zdarzenia. Reasumując, powód nie zdołał udowodnić, iż doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, co generowałoby odpowiedzialność pozwanego Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwego wypadku. Powyższe oznacza, iż bezzasadne są również roszczenia powoda dotyczące zwrotu kosztów leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku oraz zasiłku dziennego z tytułu niezdolności do pracy. Warunkiem sine qua non możliwości ubiegania się o ich przyznanie jest powstanie odpowiedzialności pozwanego Towarzystwa. Postanowienia OWU wprost wskazują, że zasiłek dzienny wypłacany był ubezpieczonemu za udokumentowany okres niezdolności do pracy bądź nauki, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem ubezpieczonego, natomiast ustalenie zasadności i wysokości odszkodowania z tytułu zwrotu kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dokonywane jest na podstawie dokumentów określonych w § 13 ust. 1 pkt 1 pkt 3 OWU oraz oryginalnych rachunków oraz dowodów wniesienia opłat za hospitalizację, udzieloną pomoc medyczną, transport oraz za zakupione lekarstwa i środki opatrunkowe, przy czym koszty leczenia następstwa nieszczęśliwych wypadków pokrywane są pod warunkiem, że istniała odpowiedzialność z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków. Roszczenia te mogą powstać niezależnie od siebie i mogą być samodzielnie dochodzone, jednak ich źródłem zawsze musi być odpowiedzialność pozwanego Towarzystwa z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku, co zostało wyłożone w poprzednim akapicie. Z tych przyczyn Sąd uznał, że roszczenie powoda było bezzasadne i orzekł o oddaleniu powództwa.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. Powód przegrał proces, zobowiązany był zatem do zwrotu pozwanemu kosztów jego przeprowadzenia, na które składało się wynagrodzenie pełnomocnika obliczone według stawki określonej w § 6 pkt 3 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 (t. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 490 ze zm.) oraz 17 zł z tytułu opłaty skarbowej – łącznie 617 zł.

W toku procesu powstały koszty związane z przeprowadzeniem dowodu z opinii biegłego, które tymczasowo pokrył Skarb Państwa, a których ciężar zwrotu uzależniony był od wyniku procesu (art. 83 ust. 2 w zw. z art. 113 ust. 1 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, t. j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1025 ze zm.). Powód przegrał proces w całości i zobowiązany był zwrócić Skarbowi Państwa całość wydatków poniesionych na opinię biegłej, wynoszących 413,64 zł (k. 123, 127).

Ze względu na powyższe motywy orzeczono jak w sentencji.