

Sygnatura akt I C 179/17

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 grudnia 2018 r.

**Sąd Rejonowy w Kamiennej Górze I Wydział Cywilny w następującym składzie:**

Przewodniczący: SSR Marek Dziwiński

Protokolant: Anna Lasko

**po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 21 grudnia 2018 r. w Kamiennej Górze**

**sprawy z powództwa E. W.**

**przeciwko (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W.**

**o zapłatę**

I zasądza od strony pozwanej (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. na rzecz powoda E. W. kwotę 5.100,00 zł (słownie złotych: pięć tysięcy sto 00/100 ) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 19.02.2015r. do dnia zapłaty;

II dalej idące powództwo oddala;

III zasądza od strony pozwanej (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. na rzecz powoda E. W. kwotę 1.876,34 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;

IV nakazuje zwrócić powodowi E. W. od Skarbu Państwa (kasa Sądu Rejonowego w Kamiennej Górze) kwotę 42,16 zł stanowiącą niewykorzystaną kwotę zaliczki na biegłego;

V nakazuje powodowi E. W. aby uiścił na rzecz Skarbu Państwa (kasa Sądu Rejonowego w Kamiennej Górze) kwotę 139,92 zł tytułem zwrotu wydatków wyłożonych przez Skarb Państwa, zaś stronie pozwanej (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. nakazuje aby uiściła na rzecz Skarbu Państwa (kasa Sądu Rejonowego w Kamiennej Górze) z tego tytułu kwotę 734,61 zł.

Sygn. akt I C 179/17

## UZASADNIENIE

Powód E. W. (po sprostowaniu w zakresie imienia k. 46) wniósł o zasądzenie od strony pozwanej (...) S.A. w W. kwoty 6 100,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 19.02.2015 r. do dnia zapłaty, a także o zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda kosztów postępowania wraz z kosztami zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje żądanie powód podał, że w dniu 18.06.2014 r. zawarł ze stroną pozwaną umowę ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, przy czym suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wynosiła 10 000 zł, zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy wynosił 100 zł za 1 dzień. Powód wskazał, że w dniu 6.08.2014 r. uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w wyniku którego doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz był niezdolny do pracy przez okres 143 dni. Powód podniósł, że Ubezpieczyciel wypłacił kwotę 900 zł zasiłku dziennego uznając że świadczenie przysługuje za okres 14 dni oraz odmówił wypłaty świadczenia za trwałe uszczerbek na zdrowiu, powołując się na to, że stan zdrowia powoda był konsekwencją urazów samoistnych. Na kwotę żądania składa się suma 5 100 zł jako należnego zasiłku dziennego oraz kwota 1 000 zł odszkodowania z tytułu trwałego uszczerbku

na zdrowiu. Według twierdzeń powoda odsetki należą się od następnego dnia po wydaniu decyzji, kiedy to strona powodowa mogła spełnić świadczenie.

Strona pozwana (...) S.A. w W. wniosła o oddalenie powództwa, a także o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwane Towarzystwo podało, że tytułem zasiłku dziennego wypłaciło kwotę 900 zł i nie znajduje podstaw do uznania dalszych roszczeń, wskazując, że dla ustalenia wysokości zasiłku dziennego konieczne było ustalenie przypuszczalnego okresu niezdolności do pracy jaki mógłby być wyłącznie następstwem wypadku ubezpieczonego. Pozwane Towarzystwo podniosło, że jego odpowiedzialność jest wyłączona za następstwa chorób i stanów chorobowych, które wystąpiły nagle lub zostały ujawnione w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Strona pozwana wskazała, że ewentualne odsetki powinny być naliczone po 30 dni od zgłoszenia szkody, które nastąpiło 26.01.2015 r.

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

E. W. w okresie od 19.06.2014 r. do 18.06.2015 r. był ubezpieczony u strony pozwanej od następstw nieszczęśliwych wypadków. Suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wyniosła 10 000 zł. Umowa przewidywała wypłatę zasiłku dziennego w wysokości 100 zł za 1 dzień niezdolności do pracy, maksymalnie przez okres 60 dni. Ogólne warunki ubezpieczenia przewidywały, że odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona za następstwa chorób lub stanów chorobowych, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Zasiłek dzienny miał być wypłacany na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności wystawionego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto według regulaminu ubezpieczenia jeżeli na powstałą niezdolność do pracy ma wpływ istniejący przed wypadkiem stan chorobowy zasiłek dzienny wypłacany jest za przypuszczalny okres niezdolności do pracy, jaki mógłby być wyłącznie następstwem wypadku ubezpieczeniowego.

Dowód: polisa nr (...) k. 6-7, ogólne warunki jednostkowego i rodzinnego ubezpieczenia (...) zapisane elektronicznie w aktach szkodowych – płyta CD k. 43.

W dniu 6 sierpnia 2014 r. E. W. uległ nieszczęśliwemu wypadkowi – wychodząc z wanny poślizgnął się i upadł na podłogę doznając urazu kręgosłupa szyjnego oraz urazu kończyny górnej lewej.

(okoliczności bezsporne)

W dniu 26.01.2015 r. powód zgłosił szkodę Ubezpieczycielowi. Lekarz orzecznik (...) ustalił 14 dniowy okres przypuszczalnej niezdolności do pracy. Strona pozwana decyzją z 18.02.2015 r. uwzględniła dziewięciodniowy okres czasowej niezdolności do pracy powoda i przyznała powodowi kwotę 900 zł zasiłku dziennego odmawiając wypłaty odszkodowania z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Dowody: zapisane w aktach szkody – płyta CD k. 43 - zgłoszenie szkody, decyzja z 18.02.2015 r., zaoczne orzeczenie lekarskie.

U powoda rozpoznano stan po urazie kręgosłupa szyjnego, niewielkiego stopnia uszkodzenie nerwu łokciowego lewego, nawracający zespół bólowy kręgosłupa szyjnego, zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowego, wielopoziomowe, masywne zmiany zwyrodnieniowo – dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego. Zmiany zwyrodnieniowo – dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego nie są następstwem przebytego zdarzenia. Nie wystąpił uszczerbek na zdrowiu powoda w związku z upadkiem z dnia 6.08.2014 r. Okresowo nasilające się dolegliwości kręgosłupa szyjnego są dolegliwościami bez związku ze zdarzeniem z dnia 6.08.2014 r. Ich tłem są zmiany zwyrodnieniowo – dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego. Upadek w dniu 6.08.2014 r. spowodował wystąpienie dolegliwości ze strony kręgosłupa szyjnego. Powód przebywał na zwolnieniu lekarskim w okresie od 7.06.2014 r. do 30.12.2014 r.

Dowody: dokumentacja medyczna powoda k. 8-15 i koperta k. 98, zaświadczenia lekarskie – (...) k.16-21, opinia medyczna z 11.11.2017 r. R. B. z zakresu ortopedii i traumatologii k. 58-59, opinia sądowa z 2.08.2018 r. J. W. biegłej z zakresu neurologii k. 89-92.

### **Sąd zważył co następuje:**

Stan faktyczny został ustalony przede wszystkim w oparciu o dowody z dokumentów w postaci polisy ubezpieczeniowej wraz z regulaminem ubezpieczenia, dokumentów znajdujących się w aktach szkodowych, dokumentacji medycznej powoda, zwolnień lekarskich, a także opinii sądowo – lekarskich, z których zasadnicze znaczenie miała opinia J. W. biegłej z zakresu neurologii. Należy podkreślić, że autentyczność zebranych dowodów z dokumentów nie budziła wątpliwości i nie była kwestionowana przez strony procesowe.

Powód dochodził z umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków odszkodowania za doznany uszczerbek na zdrowiu oraz zasiłku dziennego za dalszych 51 dni niezdolności do pracy. Bezsporne było w sprawie, że E. W. w dniu 6.08.2014 r. uległ nieszczęśliwemu wypadkowi doznając urazu kręgosłupa oraz kończyny górnej lewej. Spór dotyczył ustalenia czy obrażenia powoda pozostające w związku z nieszczęśliwym wypadkiem wywołały u niego trwałe uszczerbek na zdrowiu oraz czy należy mu się zasiłek dzienny za okres dalszych 51 dni przebywania na zwolnieniu lekarskim.

Zgodnie z brzmieniem przepisu 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 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 towarzystwa ubezpieczeniowego sprowadza się do ponoszenia ujemnych skutków szkody poprzez wypłatę określonego w umowie świadczenia w razie wystąpienia przewidzianych okoliczności (wypadku ubezpieczeniowego).

Niewątpliwie powód w dniu zdarzenia z 6.08.2014 r. był objęty ubezpieczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków u strony pozwanej, czego potwierdzeniem była dołączona do akt sprawy polisa nr (...) k. 6-7. Ryzykiem ubezpieczeniowym, które w przypadku jego zaistnienia aktualizowało po stronie ubezpieczyciela odpowiedzialność odszkodowawczą był nieszczęśliwy wypadek. Zakres ubezpieczenia obejmował świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz zasiłek dzienny w wysokości 100 zł za 1 dzień niezdolności do pracy. Suma ubezpieczenia, a tym samym górna granica odpowiedzialności strony pozwanej, została określona na kwotę 10 000 zł. Z regulaminu ubezpieczenia wynika, że zasiłek dzienny wypłacany jest maksymalnie przez okres 60 dni (zob. § 22 ust. 3 regulaminu).

Przedłożona do akt sprawy dokumentacja medyczna oraz sporządzona opinia sądowa biegłej z zakresu neurologii wskazuje, że Z. W. w wyniku upadku z 6.08.2014 r. nie doznał uszczerbku na zdrowiu, który skutkowałby obowiązkiem zapłaty przez stronę pozwaną odszkodowania. Podobne ustalenia poczynił lekarz orzecznik (...) w zaocznym orzeczeniu lekarskim (por. zaoczone orzeczenie lekarskie zapisane elektronicznie w aktach szkody). Takie ustalenie oparte zostało o wiarygodną opinię biegłej sądowej J. W.. Opinia neurologiczna jest zupełna i wyczerpująca, wykonana zgodnie z zaleceniami sądu. Biegła w sposób jasny i czytelny przedstawiła tok rozumowania, który umożliwił sądowi dokonanie kontroli prawidłowości opinii z punktu widzenia zasad logiki i doświadczenia życiowego. Powód przed dniem 6.08.2014 r. cierpiał na wielopoziomowe, masywne zmiany zwyrodnieniowo – dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego. Zmiany takie ujawnione zostały w badaniu MR kręgosłupa szyjnego. Nie mogły one powstać nagle - w wyniku upadku z dnia 6.08.2014 r., gdyż proces ich powstawania jest długotrwały. Wobec stwierdzenia braku trwałego

uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego obowiązek odszkodowawczy pozwanego Towarzystwa wynikający z umowy (...) nie zaistniał. Powyższe względy zadecydowały o oddaleniu powództwa E. W. w zakresie żądania odszkodowania za doznany trwały uszczerbek na zdrowiu w kwocie 1 000 zł.

Drugą składową pozwu, było roszczenie E. W. o zapłatę z tytułu zasiłku dziennego za czasową niezdolność do pracy. Odnośnie tego żądania należy stwierdzić, że przeprowadzone postępowanie wykazało, że powodowi należy się od Ubezpieczyciela wypłata zasiłku dziennego za kolejnych 51 dni czasowej niezdolności do pracy. Za biegłą J. W. trzeba powtórzyć, że upadek z 6.08.2014 r. spowodował u powoda wystąpienie dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa szyjnego. W leczeniu urazów kręgosłupa istotne jest m.in. odciążenie szyi przy pomocy kołnierza ortopedycznego. Wskazane jest leczenie farmakologiczne, wczesne wdrożenie leczenia rehabilitacyjnego oraz prowadzenie oszczędzającego trybu życia i powstrzymanie się od pracy zawodowej. Udzielenie zwolnienia lekarskiego pozwoliło poszkodowanemu na prowadzenie oszczędzającego trybu życia. Powód złożył do akt zwolnienia lekarskie za okres od 7.06.2014 r. do 30.12.2014 r. (k. 16-21). O tym czy E. W. był zdolny do pracy decydował każdorazowo lekarz uprawniony do wydawania tego typu zaświadczeń. Skoro powód zrealizował wymagania stawiane przez § 22 ust. 5 regulaminu ubezpieczenia – przedłożył zaświadczenia (...), a biegła sądowa potwierdziła, że w leczeniu urazów kręgosłupa zalecane jest prowadzenie oszczędzającego trybu życia i powstrzymanie się od pracy zawodowej, to wypłata zasiłku dziennego z powodu czasowej niezdolności do pracy jest zasadna. W ocenie sądu brak było podstaw do zmniejszenia świadczenia na rzecz poszkodowanego w oparciu o zapis § 22 ust. 6 ogólnych warunków ubezpieczenia (...). Ten zapis regulaminu stanowi, że jeśli na powstałą niezdolność do pracy ma również wpływ istniejący przed wypadkiem ubezpieczeniowym stan chorobowy lub niepełnosprawność, zasiłek dzienny wypłacany jest za przypuszczalny okres niezdolności do pracy, jaki mógłby być wyłącznie następstwem wypadku ubezpieczeniowego. Mamy zatem do czynienia z sytuacją, że w przypadku wątpliwości czy na doznane urazy wpływ miał stan chorobowy ubezpieczonego, to ubezpieczyciel może dokonać oszacowania przypuszczalnego okresu niezdolności do pracy jakie powstało wyłącznie z powodu wypadku (z przyczyny samoistnej). Zapis taki jest zrozumiały bacząc na to, że ubezpieczyciel nie powinien brać odpowiedzialności za zdarzenia nienależne od ochrony ubezpieczeniowej. Niemniej jednak należy stwierdzić, że procedura określona w § 22 ust. 6 OWU cechuje się arbitralnością. Pojęcie „przypuszczalnej niezdolności do pracy” jest pojęciem mało konkretnym, nieprecyzyjnym, a w regulaminie brak jest wskazań czy też mierników, na podstawie których należałoby dokonywać stosownej oceny. Regulamin ubezpieczenia definiuje jedynie pojęcie „czasowej niezdolności do pracy” - jako powstałą w następstwie wypadku ubezpieczeniowego czasową niezdolność ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy wystawionym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Definicja ta koresponduje z unormowaniami § 22 ust. 5 i 6 regulaminu jednak w dalszym ciągu nie dostarcza wskazówek odnośnie tego jak należy szacować przypuszczalną niezdolność do pracy. Mamy zatem do czynienia z sytuacją, że z warunków ubezpieczenia, nie wynika w sposób jasny czy ubezpieczony uzyska spodziewaną ochronę ubezpieczeniową, bowiem wzorzec ubezpieczenia posługuje się pojęciem mało precyzyjnym „przypuszczalny okres niezdolności do pracy”. W przekonaniu sądu zastrzeżenie takie stanowi klauzulę abuzywną. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 września 2015 r. (wyrok SN z 30.09.2015 r., I CSK 800/14, Publ. LEX) stwierdził, że we wzorcu umownym określającym ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia szpitalnego można określić maksymalny okres hospitalizacji limitujący obowiązek świadczenia pieniężnego ubezpieczyciela, chyba że sposób jego sformułowania stwarza niepewność co do tego, czy i kiedy konsument uzyska spodziewaną ochronę ubezpieczeniową; takie postanowienie stanowi klauzulę niedozwoloną w rozumieniu art. 3851 § 1 zdanie pierwsze k.c. Dalej w orzeczeniu tym wskazano, że niedozwoloną jest klauzula w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia kosztów leczenia, która określa możliwość wypłaty świadczenia za wskazaną liczbę dni pobytu w szpitalu w rocznym okresie ubezpieczenia, ale bez ścisłego zdefiniowania tego okresu. Należy zatem uznać, że postanowienie § 22 ust. 6 OWU stanowi niedozwolone postanowienie umowne, które nie wiąże E. W.. Zgodnie z brzmieniem przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Według § 3 cyt. artykułu k.c. niezgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień

umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. Mając na względzie treść powołanych przepisów oraz całokształt zebranego materiału dowodowego należało uznać, że powodowi E. W. należała się wypłata zasiłku dziennego za okres dalszych 51 dni z tytułu czasowej niezdolności do pracy. Poszkodowany był niezdolny do pracy w okresie od 7.06.2014 r. do 30.12.2014 r. tj. zdecydowanie przewyższającej 60 dni roboczych. Limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynosił jednak 60 dni. Powodowi przyznano w toku postępowania likwidacyjnego świadczenie w kwocie 900 zł - za 9 dni niezdolności. W tych warunkach należało zasądzić na rzecz powoda kwotę 5 100 zł z tytułu zasiłku dziennego (kwota po 100 zł za 51 dni niezdolności do pracy).

Rekapitulując, w punktach I i II sentencji wyroku zasądzono od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 5 100 zł wraz z odsetkami od dnia 19.02.2015 r. do dnia zapłaty, natomiast powództwo o odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu zostało oddalone. Powód zgłosił szkodę w dniu 26.01.2015 r. a zatem po zakończeniu okresu jego niezdolności do pracy. Ubezpieczyciel wydając odmowną decyzję odszkodowawczą w dniu 18.02.2015 r. wyjaśnił wszystkie okoliczności konieczne do ustalenia odpowiedzialności, dlatego odsetki na rzecz powoda należą się od następnego dnia po wydaniu decyzji.

Koszty procesu zostały stosownie rozdzielone. Zgodnie bowiem z przepisem art. 100 zd. 1 k.p.c. w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Powód wygrał sprawę w 83 %, a przegrał w 17 %. Odwrotne proporcje dotyczą strony pozwanej. Do kosztów procesu powoda zaliczono opłatę sądową w kwocie 305 zł, koszty zastępstwa procesowego w kwocie 1 800 zł, opłatę od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł oraz koszty opinii sądowej w kwocie 500 zł, łącznie – 2 622 zł. Do kosztów strony pozwanej należało zaliczyć koszty zastępstwa procesowego w kwocie 1 800 zł i opłatę od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Po stosunkowym rozdzieleniu należało zasądzić od pozwanej na rzecz powoda kwotę 1 876,34 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

W punkcie IV sentencji wyroku nakazano zwrócić powodowi od Skarbu Państwa (kasa Sądu Rejonowego w Kamiennej Górze) kwotę 42,16 zł stanowiącą niewykorzystaną kwotę zaliczki na koszty biegłego.

Skarb Państwa wyłożył kwotę 874,53 zł na wynagrodzenie biegłej J. W.. Mając na uwadze wynik sprawy zgodnie z przepisami art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 zd. 1 k.p.c. należało nakazać powodowi, aby uiścił na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Kamiennej Górze kwotę 139,92 zł, natomiast stronie pozwanej kwotę 734,61 zł - tytułem zwrotu wydatków wyłożonych tymczasowo przez Skarb Państwa.