

Powód M. N. wystąpił o zasądzenie na jego rzecz od strony pozwanej (...) Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 3.879 złotych i 26 groszy wraz z odsetkami ustawowymi, liczonymi od dnia 20 października 2011 roku do dnia zapłaty.

Na uzasadnienie żądania pozwu wskazał, że dochodzi odszkodowania od pozwanej Spółki z tytułu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia na życie dodatkowej umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Na (...). Podał, że chodzi o zdarzenie z dnia 29 grudnia 2010 roku, kiedy podczas jazdy na wyznaczonej trasie narciarskiej w R. uległ wypadkowi, w następstwie którego doznał całkowitego uszkodzenia ścięgna A. kończyny dolnej prawej oraz złamania kostki bocznej stawu skokowego. Oświadczył, że opisany wypadek został zgłoszony stronie pozwanej, która z tego tytułu przyjęła 11-procentowy trwały uszczerbek na zdrowiu i wypłaciła mu świadczenie w kwocie 3.879 złotych i 26 groszy. Podniósł, że pozwana Spółka błędnie przyjęła, iż uszkodzenie ścięgna A. miało stopień niewielki, gdy tymczasem niewątpliwie był to stopień średni, a przy tym nie uwzględniła uszczerbku na zdrowiu dotyczącego złamania kostki bocznej stawu skokowego i związanego z tym uszkodzenia skóry, dlatego też żąda dopłaty kwoty 3.879 złotych i 26 groszy.

W odpowiedzi na pozew z dnia 7 listopada 2014 roku, strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości.

Motywuując swoje stanowisko przyznała, że zawarła z powodem opisaną przez niego umową ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Na (...) i w dniu 4 listopada 2011 roku powód z tego tytułu wystąpił z roszczeniem o wypłatę świadczenia za zdarzenie z dnia 29 grudnia 2010 roku, wskazując opisane powyżej obrażenia. Przyznała także, że wypłaciła powodowi w związku z tym świadczenie w kwocie 3.879 złotych 26 groszy, przyjmując trwały uszczerbek na zdrowiu wynoszący 11 procent. Podtrzymała także stanowisko co do wysokości tego uszczerbku na zdrowiu i wysokości należnego świadczenia.

W ocenie Sądu powództwo jest zasadne i podlega uwzględnieniu.

W rozpoznawanej sprawie, w oparciu o dowód z wniosku o dokupienie umów dodatkowych do polisy numer (...), Sąd ustalił, że powód był ubezpieczony przez stronę pozwaną na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem i opisana umowa obowiązywała w dniu 29 grudnia 2010 roku, kiedy doszło do wypadku objętego tym procesem. Wskazane fakty zostały przyznane przez pozwaną Spółkę i tym samym nie wymagały odrębnego udowodnienia.

Zgodnie z przepisem art. 805 par. 1 i 2 Kodeksu cywilnego, przez umowę ubezpieczenia, ubezpieczyciel zobowiązuje się w zakresie działalności swojego 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 majątkowym określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku, a przy ubezpieczeniu osobowym, umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Z kolei wedle przepisów art. 829 par. 1 Kodeksu cywilnego, ubezpieczenie osobowe może szczególnie dotyczyć przy ubezpieczeniu na życie, śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku, a przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku. W niniejszej sprawie mamy do czynienia z ubezpieczeniem osobowym dotyczącym nieszczęśliwych wypadków. W takim natomiast w wypadku zdarzeniem, które powoduje obowiązek wypłaty świadczenia przez ubezpieczyciela, jest nieszczęśliwy wypadek. Należy przy tym podkreślić, że pojęcie to jest zdefiniowane w ogólnych warunkach tego ubezpieczenia i wedle tej definicji nieszczęśliwy wypadek to zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w trakcie ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły i niezależnie od woli ubezpieczonego. W tym przypadku nie było sporu między stronami, że wypadek z dnia 29 grudnia 2010 roku był nieszczęśliwym wypadkiem w świetle tej definicji i był objęty ubezpieczeniem. Świadczy o tym zresztą fakt, iż pozwana Spółka wypłaciła powodowi świadczenie z tego tytułu w kwocie 3.879 złotych i 26 groszy.

Nie było także żadnych sporów między stronami co do zakresu uszkodzeń doznanych przez powoda w tym wypadku, a mianowicie iż wystąpiło w jego przypadku całkowite zerwanie ścięgna A. prawego i doszło do złamania szczytu kostki bocznej po prawej stronie. Znalazło to zresztą potwierdzenie w zebranej w sprawie dokumentacji medycznej, a także opinii pisemnej biegłego sądowego z zakresu (...) z dnia 18 marca 2014 roku.

W związku z tym, kluczowe znaczenie dla rozstrzygnięcia tej sprawy miały ustalenie, jak należy zakwalifikować uszkodzenia ciała u powoda, według tabeli procentowej uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, stanowiącej element przedmiotowej umowy ubezpieczenia.

W tym zakresie swoje ustalenia skład orzekający oparł na dowodach z odpisów dokumentacji medycznej powoda, a także opinii pisemnej biegłego sądowego z zakresu (...), z dnia 18 marca 2014 roku i jego opinii pisemnej dodatkowej z dnia 11 września 2015 roku. Co do tych opinii pisemnych Sąd stwierdził, że w sposób pełny, jasny i wyczerpujący, opisują zarówno zakres doznanych przez powoda uszkodzeń ciała, jak i ich charakter, a przy tym przedstawione w nich wnioski, zostały należycie i rzeczowo uzasadnione. Biegły przytoczył bowiem argumenty, którymi się kierował sporządzając opinię, jednocześnie poparł je fachowymi wyjaśnieniami odwołującymi się do posiadanej wiedzy specjalistycznej. Należy także wyraźnie stwierdzić, iż przedstawiony w nich tok rozumowania jest logiczny i zgodny z doświadczeniem życiowym oraz wskazaniem wiedzy, a przy tym nie ujawniły się żadne powody, które osłabiałyby zaufanie do wiedzy lub bezstronności biegłego. Co istotne, żadna ze stron nie podważała argumentacji biegłego. Z tych względów należało przyjąć, że przedmiotowe opinie stanowią wiarygodne źródło informacji o stwierdzonych w nich faktach. W tych opiniach natomiast biegły zakwalifikował uszkodzenia ścięgna A. do punktu 4k tej tabeli procentowej i złamanie szczytu kostki do punktu 5c. Pierwszy z tych punktów stanowi, że w przypadku uszkodzenia tkanek miękkich, ścięgna A., innych ścięgien średniego stopnia, ze średnim zaburzeniem ruchomości stopy i lub zniekształceniem goleni stopy, przysługuje odszkodowanie w wysokości 12 procent sumy ubezpieczenia. Drugi natomiast punkt stanowi, że w przypadku uszkodzenia stawu skokowego w następstwie złamania kości tworzących staw, wykręceń, zwichnięć, zranień, blizn z ograniczeniem ruchomości, ze zniekształceniem, koślawości, szpotawości i inne upośledzenia funkcji ruchowej i statycznej stopy średniego stopnia, przysługuje świadczenie w wysokości 10 procent sumy ubezpieczenia. Biegły szczegółowo także wyjaśnił dlaczego w ten sposób te uszkodzenia zakwalifikował i ostatecznie zostało to zaakceptowane przez strony, gdyż po sporządzeniu dodatkowej opinii pisemnej nie zgłaszały one do niej już żadnych zastrzeżeń.

Należy jednocześnie podkreślić, że rację ma powód twierdząc, że biegły nie mógł zmienić procentowego uszczerbku na zdrowiu, przewidzianego w omawianej tabeli. Analiza zasad i trybu postępowania przy ustalaniu uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, prowadzi do wniosku, że lekarz ustalający wysokość uszczerbku nie ma możliwości jej modyfikowania, lecz jedynie określa, jaki charakter ma ten uszczerbek. Tabela przewiduje bowiem wyłącznie sztywne wysokości uszczerbku, a nie umożliwia orzekanie w widełkach od minimalnej do maksymalnej wysokości procentowej tego uszczerbku. Gdyby miało być inaczej, to w tej tabeli byłyby takie widełki podane. Wynika to także z istoty umów o ubezpieczenie nieszczęśliwych wypadków.

Z tych też względów należało uznać, że powód w wyniku omawianego nieszczęśliwego wypadku doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, wynoszącego według punktu 4k tabeli 12 procent, a według punktu 5c tabeli 10 procent, co daje łącznie 22 procent, a nie 11 procent uszczerbku na zdrowiu, jak przyjęła strona pozwana.

Jak wynika z dowodu z odpisu pisma strony pozwanej, do powoda z dnia 19 października 2011 roku, znajdującego się w aktach szkody, suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wynosiła 35.266 złotych, a tym samym należne powodowi świadczenie wynosiło 22 procent tej sumy, czyli kwotę 7.758 złotych i 52 groszy. Mając na uwadze, że strony przyznały, iż powód otrzymał już z tego tytułu kwotę 3.879 złotych i 26 groszy, co znajduje także potwierdzenie w opisanym powyżej piśmie, należało dodatkowo zasądzić na jego rzecz od pozwanej Spółki kwotę 3.879 złotych 26 groszy.

Powód wystąpił dodatkowo w pozwie z żądaniem zasądzenia na jego rzecz odsetek ustawowych liczonych od dnia 20 października 2011 roku do dnia zapłaty.

Podstawę prawną do sformułowania takiego żądania stanowią przepisy art. 481 Kodeksu cywilnego. Z przepisu par. 1 tegoż artykułu wynika bowiem, że jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Odsetki za opóźnienie należą się przeto zarówno bez względu na szkodę poniesioną przez wierzyciela, jak i zawinięcie okoliczności opóźnienia przez dłużnika. Należy przy tym wskazać, iż w świetle przepisów ustawy, dłużnik opóźnia się z wykonaniem zobowiązania, gdy nie spełnia świadczenia w terminie oznaczonym w sposób dostateczny, lub wynikający z właściwości zobowiązania. Aby dokładnie wyjaśnić wskazaną kwestię, konieczne jest odwołanie się do pojęcia wymagalności. Roszczenie o spełnienie świadczenia jest wymagalne wówczas, gdy wierzyciel jest uprawniony do żądania spełnienia świadczenia. Dopóki roszczenie jest niewymagalne, nie zachodzi także opóźnienie, gdyż dłużnik nie jest zobowiązany do świadczenia. O dacie wymagalności decyduje natomiast treść stosunku obligacyjnego łączącego strony. W przypadku zobowiązań terminowych, jeżeli dłużnik nie realizuje w terminie swych obowiązków, wynikających z treści zobowiązania, opóźnia się ze spełnieniem świadczenia. W takim przypadku data wymagalności roszczenia stanowi jednocześnie datę, od której dłużnik opóźnia się ze świadczeniem. Z mocy przepisu art. 481 Kodeksu cywilnego, uzasadnia to roszczenie o odsetki. W przypadku z kolei zobowiązań bezterminowych, opóźnienie nastąpi dopiero w przypadku niedostosowania się do wezwania wierzyciela, żądającego spełnienia świadczenia, chyba że obowiązek jego spełnienia wynika z właściwości zobowiązania. Na koniec należy wskazać, iż na mocy przepisu art. 481 par. 2 zdania pierwszego Kodeksu cywilnego, w sytuacji gdy stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe.

Zgodnie z przepisami art. 817 Kodeksu cywilnego, ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, albo wysokości świadczenia okazały się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w par. 1 art. 817. Ponadto przepisy te stanowią, iż umowę o ubezpieczenie lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą zawierać postanowienia korzystniejsze dla uprawnionego, niż określone w par. 1 i 2 art. 817.

W niniejszej sprawie ogólne warunki ubezpieczenia nie zawierały korzystniejszych postanowień od regulacji zawartych w przepisach art. 817 par. 1 i 2 Kodeksu cywilnego, a tym samym należało zastosować wskazane regulacje. W świetle opisanych regulacji prawnych należało przyjąć, że świadczenie z tytułu tej umowy ubezpieczenia jest świadczeniem terminowym. Wedle tych przepisów ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o wypadku, a w późniejszym terminie tylko wówczas, gdy nie jest w stanie wcześniej wyjaśnić okoliczności niezbędnych do ustalenia jego odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W rozpoznawanej sprawie, pozwana Spółka nie udowodniła, że istniały przeszkody uniemożliwiające wyjaśnienie w ciągu 30 dni okoliczności koniecznych do ustalenia jej odpowiedzialności, albo wysokości świadczenia należnego powodowi, pomimo działań podejmowanych ze szczególną starannością. Tym samym powinna spełnić świadczenie, przysługujące powodowi w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku.

Nie ulega wątpliwości, w świetle dowodu z odpisów formularza zgłoszenia roszczenie z wypadku z dnia 28 września 2011 roku znajdującego się w aktach szkody, że powód zawiadomił stronę pozwaną o przedmiotowym wypadku w dniu 4 października 2011 roku. Tym samym należne świadczenie pozwana Spółka powinna zapłacić do dnia 3 listopada 2011 roku. Od dnia następującego po tej dacie czyli dnia 4 listopada 2011 roku, należały się więc powodowi odsetki ustawowe i tym samym dalej idące powództwo w tym zakresie należało oddalić.

Mając powyższe na względzie, na podstawie przytoczonych przepisów, orzeczono jak w punktach I i II sentencji.

Wedle przepisów art. 100 Kodeksu postępowania cywilnego, w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań, koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone, jednakże sąd może nałożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznaczącej części swego żądania, albo gdy określenie należnej mu sumy należało od wzajemnego obrachunku lub oceny sądu. W niniejszej sprawie żądanie powoda zostało w zasadzie w całości uwzględnione, gdyż uległ on tylko co do nieznaczącej części swojego żądania, a mianowicie

w zakresie zasądzenia odsetek ustawowych. Oznacza to, iż zgodnie z przepisem art. 100 zdania drugiego Kodeksu postępowania cywilnego, pozwana Spółka jest zobowiązana do zwrotu powodowi poniesionych przez niego kosztów procesu w całości.

Wedle przepisu art. 98 par. 3 Kodeksu postępowania cywilnego, do niezbędnych kosztów procesu strony reprezentowanej przez adwokata, zalicza się wynagrodzenie, jednak nie wyższe niż stawki opłat, określone w odrębnych przepisach i wydatki jednego adwokata, koszty sądowe oraz koszty nakazanego przez Sąd osobistego stawiennictwa stron. W świetle wskazanego przepisu, do kosztów procesu poniesionych przez powoda należało zaliczyć: opłatę od pozwu w kwocie 100 złotych, wynagrodzenie jego adwokata w kwocie 600 złotych, opłatę skarbową od odpisu pełnomocnictwa w kwocie 17 złotych i zaliczki na wynagrodzenie biegłego w łącznej kwocie 721 złotych i 60 groszy, co daje w sumie kwotę 1.438 złotych i 60 groszy.

Z tych względów, na podstawie powołanych przepisów, orzeczono jak w punkcie III wyroku.

W rozpoznawanej sprawie Skarb Państwa - Sąd Rejonowy w Dzierżoniowie poniósł tymczasowo wydatki na czynności podejmowane z urzędu, a dotyczące uzyskania odpisów dokumentacji medycznej w kwocie 39 złotych 26 groszy.

Dodatkowo powód został w niniejszej sprawie wezwany do uzupełnienia zaliczki na poczet kosztów przeprowadzenia dowodu z opinii pisemnej biegłego sądowego w kwocie 220 złotych i 64 groszy, którą to kwotę ostatecznie poniósł Skarb Państwa - Sąd Rejonowy w Dzierżoniowie.

Zgodnie z przepisami art. 113 ust. 1 w związku z art. 83 ust. 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, sąd w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji, tymczasowymi wydatkami poniesionymi przez Skarb Państwa obciąży strony, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu, a więc w tym przypadku przepisu art. 100 zdania drugiego Kodeksu postępowania cywilnego. Dlatego też tymi wydatkami należało w całości obciążyć pozwaną Spółkę jako stronę, która w całości przegrała niniejszy proces.

Z tych powodów, w oparciu o wskazane przepisy orzeczono, jak w punkcie IV sentencji.