

Sygn. akt I ACa 541/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 listopada 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Ewa Giezek (spr.)
Sędziowie:	SA Małgorzata Idasiak-Grodzińska SA Małgorzata Zwierzyńska
Protokolant:	sekr. sądowy Agnieszka Kisicka

po rozpoznaniu w dniu 18 listopada 2015 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa F. K.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku

z dnia 15 grudnia 2014 r. sygn. akt XV C 341/13

1/ oddala apelację;

2/ nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego;

3/ zasądza od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gdańsku na rzecz adwokata J. P. kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych wraz z należnym podatkiem od towarów i usług tytułem nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Małgorzata Zwierzyńska SSA Ewa Giezek SSA Małgorzata Idasiak-Grodzińska

Sygn. akt I ACa 541/15

## UZASADNIENIE

Powód F. K. domagał się zasądzenia od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 127.395,27 zł, ostatecznie precyzując podstawę faktyczną w ten sposób, że domagał się zasądzenia od pozwanej kwoty 115.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną następstwami wypadku drogowego z dnia 25 kwietnia 2012 roku oraz o zasądzenia od pozwanej na

rzecz powoda kwoty 12.395,22 zł tytułem kosztów leczenia, rehabilitacji i zniszczonego mienia poniesionych przez powoda w związku z powyższym wypadkiem. Łącznie powód wnosił o zasądzenie od pozwanej kwoty 127.395,322 zł. Pismem z 3 listopada 2014 roku powód w wykonaniu zobowiązania do wskazania podstawy prawnej dochodzonego roszczenia wskazał, że stanowi ją umowa ubezpieczenia pracowniczego typu P.

W odpowiedzi na pozew pozwana wniosła o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania wg norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa. Odpowiadając na pismo precyzujące powództwo pozwana zarzuciła, że nie jest legitymowana biernie w zakresie roszczenia o zadośćuczynienie za krzywdę i odszkodowania za szkodę jakiej poniósł powód w wypadku. (...) Spółka Akcyjna w myśl art. 8 ust 1 ustawy z 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej nie może wykonywać jednocześnie działalności zakreślonej w dziale I załącznika do ustawy tj. ubezpieczeń na życie oraz działalności zakreślonej w dziale II załącznika do ustawy tj. dotyczących ubezpieczeń majątkowych i pozostałych ubezpieczeń osobowych.

Zaskarżonym wyrokiem z 15 grudnia 2014r. Sąd Okręgowy w Gdańsku zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę 1.088 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 7 kwietnia 2014 r. do dnia zapłaty, oddalił powództwo w pozostałej części, odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu oraz kosztami sądowymi w części w jakiej nie został uprzednio od nich zwolniony i przyznał adwokatowi J. P. kwotę 4.428 zł od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gdańsku z tytułu nieopłaconej w całości ani w części pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu.

Podstawa tego rozstrzygnięcia były następujące ustalenia i rozważania Sądu pierwszej instancji:

Powód F. K. zawarł z pozwaną (...) Spółką Akcyjną w W. umowę ubezpieczenia pracowniczego indywidualnie kontynuowanego typu P.

Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Pracowniczego typu P przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego i współubezpieczonych oraz następstwa nieszczęśliwych wypadków, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego.

W dniu 25 kwietnia 2012 roku w K. powód F. K. idąc przez przejście dla pieszych został potrącony przez samochód. W wyniku uderzenia przewrócił się i upadł na ziemię.

Z miejsca wypadku został przetransportowany karetką pogotowia do szpitala w K.. W szpitalu po przeprowadzeniu niezbędnych badań rozpoznano u powoda rozerwanie więzozrostu barkowo – obojczykowego prawego oraz złamanie żebra prawego, nadto doszło do powstania krwaka podtwardówkowego okolicy skroniowo- czołowo- ciemieniowej lewej. W dniu 13 lipca 2012 roku powód F. K. został podany operacji powyższego krwaka podtwardówkowego, podczas której dokonano usunięcia krwaka.

W wyniku wypadku z dnia 25 kwietnia 2012 roku powód doznał długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w łącznej wysokości 12%, na które składało się 5% z tytułu rozerwania więzozrostu barkowo – obojczykowego prawego z niewielkim stopniem ograniczenia ruchomości w prawym stawie ramiennym oraz 7 % z tytułu pooperacyjnego ubytku o średnicy 1,5 cm w kościach czaszki (w łusce lewej kości ciemieniowej) w związku z przeprowadzonym w dniu 13 lipca 2012 roku zabiegiem neurochirurgicznym w postaci usunięcia krwaka przymózgowego.

W dniu 25 września 2012 roku powód dokonał zgłoszenia pozwanej trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Decyzją z dnia 5 października 2012 roku pozwana przyznała powodowi F. K. świadczenie w wysokości 544,00 zł w związku z ustaleniem 4 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, co stanowiło 16% sumy ubezpieczenia, która w dacie zdarzenia wynosiła 3.400 zł.

W ocenie Sądu Okręgowego powództwo zasługiwało na uwzględnienie jedynie w niewielkiej części – uznanej przez pozwanego.

Powód oparł swoje roszczenie z tytułu wiążącej go umowy z pozwanym w zakresie ubezpieczenia pracowniczego indywidualnie kontynuowanego typu P powstałego w związku z wypadkiem 25 kwietnia 2012 roku. Zgodnie z treścią art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 950 – tekst jednolity z późn. zm.), zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym (ust. 1). Umowa ubezpieczenia ma charakter dobrowolny, z zastrzeżeniem przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (ust. 2).

Definicję umowy ubezpieczenia określa natomiast treść art. 805 § 1 k.c., stanowiący, że 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. (art. 805 § 2 k.c.)

Z treści art. 805 k.c. wynika obowiązek zakładu ubezpieczeń zapłaty umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, jednak jego aktualizacja następuje dopiero wówczas, gdy ubezpieczający udowodni, że zaistniał wypadek przewidziany umową ubezpieczenia, powstała szkoda w wykazywanej przez niego wysokości oraz istnieje związek przyczynowy pomiędzy tymi zdarzeniami (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 lipca 2005 roku, III CZP 49/05, Lex nr 171747, teza 1).

Bezspornym w niniejszej sprawie było, że powód przystąpił do indywidualnego ubezpieczenia pracowniczego typu P, zaś do umowy tego ubezpieczenia zastosowanie mają ogólne warunki ubezpieczenia obowiązujące w dniu przystąpienia do ubezpieczenia, tj. ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P zatwierdzone uchwałą nr 93/92 zarządu pozwanego z dnia 7 grudnia 1992 roku.

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P (przywoływane dalej jako o.w.g.u.p.) stanowią, że przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego (§ 3 pkt 1) oraz następstwa nieszczęśliwych wypadków, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego (§ 3 pkt 2).

Zakres ubezpieczenia obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności pozwanego. Pozwany zobowiązał się wypłacić świadczenia w przypadku następstwa nieszczęśliwych wypadków, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu przyznania świadczenia z tytułu nieszczęśliwego wypadku

W § 4 o.w.g.u.p. zdefiniowano pojęcie nieszczęśliwego wypadku, wskazując, że jest to nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

Powód w dniu 25 kwietnia 2012 roku uległ wypadkowi na skutek którego doznał uszkodzenia więzozrostu barkowo obojczykowego prawego i złamania żebra prawego. Nadto w wyniku uderzenia głową w twarde podłoże doszło do powstania krwiaka podtwardówkowego, którego w dniu 13 lipca 2012 roku podczas zabiegu neurochirurgicznego usunięcia krwiaka przymózgowego.

Bezspornym w sprawie było, że powód doznał nieszczęśliwego wypadku, który spowodował trwający u powoda uszczerbek na zdrowiu opisany szczegółowo w stanie faktycznym. Tym samym została spełniona przesłanka wypłaty odszkodowania z tytułu ubezpieczenia pracowniczego indywidualnie kontynuowanego typu P. Pozwany nie negował

swojej odpowiedzialności i w toku postępowania likwidacyjnego przyznał powodowi kwotę 544 zł uznając, iż doznał on 4% uszczerbku na zdrowiu. Ustalenie przez Sąd Okręgowy wyższego, dwunastoprocentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu skutkowało uwzględnieniem powództwa do kwoty orzeczonej w punkcie pierwszym wyroku, zgodnie bowiem z § 5 pkt 1 o.w.g.u.p. (...) SA wypłaca 4 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Suma ubezpieczenia z godnie z § 9 o.w.g.u.p. została określona jako suma minimalna – 1-krotna wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia pracowników w sektorze przedsiębiorstw ogłaszanego przez GUS (zaokrąglona wwyż do pełnych setek złotych). Zaznaczenia przy tym wymaga, że suma ta bezspornie wynosiła 3.400 zł (nie była zmieniana w trakcie kontynuowania umowy - §28 o.w.g.u.p.).

Skoro pozwany doznał 12% trwałego uszczerbku to należała mu się wypłata odszkodowania wynoszącego 48% z 3.400 zł tj 1.632 zł.

Pozwany przed wytoczeniem powództwa wypłacił powodowi kwotę 544 zł za 4% trwałego uszczerbku a zatem, pozostałą kwotą do wypłaty przez pozwanego jest kwota 1.088 zł.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy na podstawie art. 805 k.c. zasądził w punkcie pierwszym wyroku kwotę 1.088 zł wraz z odsetkami ustawowymi. Sąd zasądził odsetki na podstawie art. 481§1 i 2 k.c. od dnia 7 kwietnia 2014 roku, tj. od dnia złożenia pisma procesowego zawierającego żądanie odsetek (k. 114), uznając, że jest moment wniesienia powództwa w tym zakresie) do dnia zapłaty. Pozwany był zobowiązany wypłacić odszkodowanie w terminie 30 dni od otrzymania wszystkich dokumentów (§38 o.w.g.u.p) uzasadniających wypłatę odszkodowania, czyli w sprawie od zgłoszenia mu szkody. Oznacza to, że wypłata winna nastąpić najpóźniej w dniu 25.10.2012 r.

W pozostałej części Sąd pierwszej instancji oddalił powództwo na podstawie art. 805k.c. a contrario.

Orzeczenie o kosztach procesu zostało oparte o treść art. 102 k.p.c.

W ocenie Sądu Okręgowego biorąc pod uwagę stan majątkowy powoda jak również jego obecny stan zdrowia oraz niezdolność do oceny swojej sytuacji prawnej mimo przyznania mu pełnomocnika z urzędu obciążanie go kosztami sądowymi i procesu byłoby niesłuszne, tym bardziej, iż koszty te przewyższały wygraną kwotę roszczenia.

Jednocześnie z uwagi na niemal całkowitą przegraną powoda i brak podstaw do obciążania kosztami przeciwnika procesowego w myśl art. 113 ust. 1 i 2 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd Okręgowy obciążył Skarb Państwa kosztami wynagrodzenia pełnomocnika procesowego powoda ustanowionego z urzędu, które nie zostały pokryte w jakiegokolwiek części. Ich wysokość została określona na 4.428,00 zł, które zgodne jest z § 2 ust. 1 i 3, § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez adwokata ustanowionego z urzędu (Dz. 2013 poz. 461 ze zm.) i zawiera w sobie podatek od towarów i usług w stawce 23%.

Apelację od tego rozstrzygnięcia wywiódł powód, zaskarżając je w całości.

Zarzucił:

1/ błąd w ustaleniach faktycznych polegający na niezgodności ustaleń faktycznych Sądu z zebrany materiał dowodowy zebrany w sprawie, w szczególności poprzez ustalenie, że powód nie udowodnił podstawy faktycznej wysokości swego roszczenia,

2/ naruszenia prawa procesowego, a w szczególności:

a/ art. 233§1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegającej na błędnej ocenie merytorycznej opinii biegłych specjalistów, co w konsekwencji doprowadziło do błędnej rekonstrukcji stanu faktycznego, a czego skutkiem było nieuwzględnienie wysokości roszczeń wnoszonych przez powoda,

b/ art. 322 k.p.c. przez nierozważenie wszystkich Okoliczności sprawy przy ustalaniu odszkodowania, podczas gdy prawidłowo ocena całości okoliczności sprawy powinna prowadzić do wniosku, że powodowi należy się odszkodowanie oraz zadośćuczynienie w dochodzonej kwocie.

Wskazując na powyższe skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku przez uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

W odpowiedzi na apelację pozwana wniosła o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda jako nieuzasadniona podlegała oddaleniu. Sąd Okręgowy poczynił prawidłowe ustalenia faktyczne, które Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne, aprobując również rozważania prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

Zarzut błędnych ustaleń faktycznych przez ustalenie, że powód nie udowodnił podstawy faktycznej wysokości swego roszczenia jest nieuzasadniony, bowiem nie został skonkretyzowany ani w jego treści, ani w uzasadnieniu apelacji, a ocena, że powód nie udowodnił wysokości roszczenia nie została przez Sąd pierwszej instancji wyrażona. Wskazał Sąd Okręgowy natomiast, że okoliczności faktyczne niniejszej sprawy pozostawały bezsporne, a spór ograniczał się do ich oceny prawnej.

Ocenę tą należy podzielić, również w kontekście kolejnego zarzutu apelacji - naruszenia art. 233§1 k.p.c. poprzez błędną ocenę opinii biegłych.

Po pierwsze należy wskazać, że przeprowadzenie konkretnego dowodu i zakres dowodzenia na jego podstawie są uzależnione od zakresu podniesionych twierdzeń faktycznych (zważywszy na związanie Sądów obu instancji podstawą faktyczną) oraz istotności dowodu dla rozstrzygnięcia sprawy.

Powód podstawę faktyczną wiązał z uprawnieniami przysługującymi z zawartą z pozwaną umową ubezpieczenia na życie, a z twierdzeń faktycznych zawartych w osobistym pozwie powoda, donoszących się wyłącznie do pozwanego można wywieść, że wskazuje na takie skutki wypadku jak złamanie obojczyka, złamanie żebra, zerwanie ścięgien, krwiak w wyniku urazu głowy i nerwobóle. Powód nawiązał do dołączonej do pozwu w postaci załączników dokumentacji medycznej, a także decyzji pozwanej i jej odpowiedzi na kolejne pisma powoda, dotyczące procentowego rozmiaru uszczerbku na zdrowiu w związku z wypadkiem. Wysłuchany informacyjnie na rozprawie w dniu 24 października 2013r. (k. 88-89) powód nie przytoczył innych twierdzeń faktycznych, zarzucił, że ustalony czteroprocentowy uszczerbek na zdrowiu jest zaniżony. Po ustanowieniu pełnomocnika z urzędu powód nie podniósł nowych twierdzeń faktycznych, sprecyzował, że domaga się zadośćuczynienia za cierpienie powstałe w związku z wypadkiem i odszkodowanie tytułem kosztów leczenia, rehabilitacji i zniszczonego mienia.

Opinia G. (...), sporządzona na okoliczność ustalenia trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda będącego wynikiem wypadku z 25 kwietnia 2012r. odnosiła się do wszystkich twierdzeń faktycznych powoda, ponowionych w zawartym w opinii wywiadzie lekarskim. Należy dodać, że w trybie art. 207§3 k.p.c. Sąd Okręgowy wydał postanowienie zobowiązujące strony do złożenia wszelkich zastrzeżeń do opinii, a pełnomocnika powoda nadto do sprecyzowania podstawy faktycznej i prawnej żądania przez określenie, czy dochodzi od pozwanej odszkodowania lub zadośćuczynienia z kontynuowanego indywidualnie grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P, czy też z czynu niedozwolonego i na jakiej podstawie prawnej. W wykonaniu tego zobowiązania powód nie złożył żadnych konkretnych zarzutów do opinii biegłych, ograniczając się do twierdzenia, że z opinia się nie zgadza i wnosząc o wezwanie ich na rozprawę (k. 179). Również na rozprawie powód zarzutów do opinii nie skonkretyzował, a wobec treści oświadczenia pełnomocnika, nie odwołanego przez obecnego na rozprawie powoda Sąd zwolnił biegłego z udziału w rozprawie (k. 189-190 i k. 193).

Wobec braku zarzutów do opinii biegłych nie ma żadnych podstaw do podzielenia zarzutów donoszących się do sposobu dokonania oceny tego dowodu przez Sąd pierwszej instancji, który swą ocenę uzasadnił odwołując się do utrwalonych poglądów doktryny i orzecznictwa, adekwatnie zastosowanych w okolicznościach niniejszej sprawy. Ocenę tą Sąd Apelacyjny podziela, zbędne jest zatem ponawianie argumentacji zawartej w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

Wreszcie, zważywszy na sprecyzowanie podstawy faktycznej do roszczeń wywodzonych z zawartej umowy ubezpieczenia na życie typu P zbędne było prowadzenie postępowania dowodowego na okoliczność rozmiaru cierpień doznanych przez powoda w związku z wypadkiem, bowiem jest to okoliczność istotna dla rozstrzygnięcia o zadośćuczynieniu. Takie żądanie zaś w świetle zawartej z pozwaną umowy ubezpieczenia powodowi nie przysługiwało.

Niezasadny jest zarzut naruszenia art. 322 k.p.c. W judykaturze wypowiedziano pogląd, który Sąd Apelacyjny podziela, że z uprawnienia zawartego w art. 322 sąd może skorzystać dopiero wówczas, gdy po wyczerpaniu wszystkich dostępnych dowodów okaże się, że ściśle udowodnienie żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione. W świetle umowy łączącej strony wysokość świadczenia jest ustalona w stosunku do określonych mierników w postaci procentowego uszczerbku na zdrowiu i określonej kwoty bazowej, czyli przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia pracowników w sektorze przedsiębiorstw, ogłaszanego przez ZUS. Brak jest zatem jakichkolwiek podstaw do zastosowania art. 322 k.p.c. dla ustalenia wysokości sumy pieniężnej należnej powodowi na podstawie zawartej umowy.

Wreszcie, niezależnie od niezasadności powództwa o zadośćuczynienie w stosunku do pozwanej należy mieć na uwadze, że przepis art. 322 k.p.c. stanowiący normę szczególną, nie ma zastosowania do zasądzenia zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 445 § 1 k.c.

Oceniając z urzędu naruszenie prawa procesowego Sąd Apelacyjny w całości podziela ocenę prawną dokonaną przez Sąd pierwszej instancji.

Żądanie powoda, wobec sprecyzowania powództwa tak w zakresie podstawy faktycznej jak i prawnej, zasadnie zostało rozpoznane przez Sąd Okręgowy na podstawie art. 805 k.c. Artykuł 805 k.c. wskazuje na istotę umowy ubezpieczenia, określając obowiązki stron przedmiotowej umowy, ubezpieczyciela i ubezpieczającego. Elementami przedmiotowo istotnymi umowy ubezpieczenia jest z jednej strony zobowiązanie do spełnienia określonego świadczenia przez ubezpieczyciela w razie zajścia określonego w umowie wypadku, z drugiej zaś strony zobowiązanie do zapłaty składki przez ubezpieczającego. Zgodnie z uregulowaniami zawartymi w art. 805 § 2 k.c. świadczenie ubezpieczyciela polega na zapłacie przy ubezpieczeniu osobowym (a z takiego ubezpieczenia powód dochodzi w niniejszej sprawie świadczenia) umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia, w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Wprowadzając takie uregulowanie, ustawodawca dokonał podziału ubezpieczeń na ubezpieczenia osobowe i majątkowe, które podlegają w części odrębnej regulacji.

Świadczenia z ubezpieczeń osobowych nie mają charakteru odszkodowawczego. Ich celem nie jest bowiem wyrównanie szkody w pojęciu prawa cywilnego, lecz udzielenie poszkodowanemu stosownego zabezpieczenia, którego wysokość nie zależy od rozmiaru wyrządzonej szkody, lecz od umówionej sumy ubezpieczenia. Uprawnionemu służą odrębnie zarówno roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia osobowego, jak i roszczenie odszkodowawcze przeciwko sprawcy szkody. Brak jest podstaw do zaliczenia świadczeń otrzymywanych przez uprawnionego z tytułu umowy ubezpieczenia osobowego, na poczet odszkodowania należnego od osoby odpowiedzialnej za wyrządzoną szkodę (por. wyrok SN z dnia 10 sierpnia 1973 r., II CR 356/73, LEX nr 7290). Nie ma zatem podstaw do oceny, że w ramach zawartego ubezpieczenia osobowego pozwana jest legitymowana biernie do zapłaty odszkodowania i zadośćuczynienia za szkodę i krzywdę poniesione przez powoda na skutek wypadku komunikacyjnego. Tym samym argumentacja powoda zawarta w apelacji, a odnosząca się do roszczeń odszkodowawczych, nie może być uznana za uzasadnioną.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. w zw. z art. 108§1 k.p.c. mając na uwadze sytuację majątkową powoda, jego stan zdrowia i subiektywne przekonanie o zasadności powództwa, dzieląc w całości ocenę dokonaną w tym zakresie w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku również do postępowania apelacyjnego.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi w postępowaniu apelacyjnym przez adwokata J. P. orzeczono na podstawie § 2 ust. 1 i 3, § 6 pkt 6, § 13 pkt 1 i § 19 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez adwokata ustanowionego z urzędu (Dz. 2013 poz. 461 ze zm.).

SSA Małgorzata Idasiak-Grodzińska SSA Ewa Giezek SSA Małgorzata Zwierzyńska