

Sygn. akt XIV C 1640/19

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 października 2022 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy XIV Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia Sądu Rejonowego Aleksandra Smólska-Kreft
Protokolant:	sekretarz sądowy Ziemowit Jasieniecki

po rozpoznaniu w dniu 27 października 2022 r. w Bydgoszczy

sprawy z powództwa G. Z.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

- zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 6.400 zł (sześć tysięcy czterysta złotych 00/100) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 30 maja 2018 r. do dnia zapłaty,
- oddala powództwo w pozostałym zakresie,
- zasądza od powódki na rzecz pozwanego kwotę 1720,14 zł ( tysiąc siedemset dwadzieścia złotych 14/100) tytułem zwrotu kosztów procesu,
- przyznaje pełnomocnikowi powódki r. pr. S. M. ze Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Bydgoszczy kwotę 5579,28 zł (pięć tysięcy pięćset siedemdziesiąt dziewięć złotych 28/100) w tym 1043,28 zł (tysiąc czterdzieści trzy złote 28/100) podatku od towarów i usług, tytułem świadczenia na rzecz powódki pomocy prawnej z urzędu.
- nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Bydgoszczy kwotę 583,60 zł (pięćset osiemdziesiąt trzy złote 60/100) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych,
- obciąża Skarb Państwa kosztami sądowymi od których była zwolniona powódka.

SSR Aleksandra Smólska-Kreft

Sygn. akt: XIV C 1640/19

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 4 marca 2019 r. powódka G. Z. domagała się od pozwanego (...) S.A. w W. zapłaty kwoty 41 000,00 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 30 maja 2018 r. do dnia zapłaty oraz zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwu wskazała, że jej zmarły mąż, F. Z. (1), był w ramach działalności pozwanego objęty grupowym (...). Zakres ubezpieczenia obejmował między innymi niezdolność do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku. W dniu 9

lipca 2015 r. F. Z. (1) uległ zdarzeniu, które prawomocnym wyrokiem Sądu Rejonowego w Bydgoszczy VII Wydziału Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 6 grudnia 2017 r. w sprawie VII P 161/16 zostało uznane za wypadek przy pracy. Powódka wyjaśniła, że w wyniku wypadku u jej męża lekarz wstępnie rozpoznał zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych i pomimo leczenia farmakologicznego jego stan nie ulegał poprawie. Powódka podała, że F. Z. (1) nigdy nie podjął dalszej pracy zarobkowej i aż do śmierci w dniu 2 lutego 2018 r. towarzyszyły mu dolegliwości bólowe i negatywne konsekwencje wypadku. Powódka dalej wywodziła, że pozwany uznał, iż stan jej męża nie był następstwem nieszczęśliwego wypadku lecz skutkiem stanu chorobowego i odmówił wypłaty odszkodowania. Powódka składała reklamację, jednak pozwany nie zmienił swego stanowiska.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości wskazując, że roszczenia powódki są bezpodstawne. Pozwany wywodził, że do wypadku doszło na skutek schorzeń zdrowotnych ubezpieczonego, a nie nieszczęśliwego wypadku, co z kolei na gruncie zawartej umowy, nie podlega ochronie. Zdaniem pozwanego uraz, jakiego doznał ubezpieczony, był wynikiem schorzeń zwyrodnieniowych kręgosłupa. Pozwany kwestionował też powództwo co do wysokości podnosząc, że mając na uwadze treść OWU, powódka znacznie zawyżyła wysokość swego roszczenia. Pozwany kwestionował także powództwo w zakresie odsetek.

W odpowiedzi na stanowisko pozwanego powódka zakwestionowała jakoby jej mąż przed zdarzeniem z dnia 9 lipca 2015 r. cierpiał na chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa i był w tym kierunku leczony.

W dalszym toku procesu stanowiska strony nie uległy zmianie.

### **Sąd ustalił, co następuje:**

F. Z. (1), mąż powódki, był od dnia 1 marca 2011 r. objęty Grupowym (...) w ramach działalności pozwanego ubezpieczyciela. Zakres ubezpieczenia obejmował między innymi niezdolność do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku, gdzie suma ubezpieczenia wynosiła 9 000,00 zł oraz trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, gdzie suma ubezpieczenia wynosiła 32 000,00 zł.

Powódka była głównym uposażonym. Jest też spadkobierczynią F. Z. (1) i cesjonariuszką wszystkich należnych świadczeń w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym z 9 lipca 2015 r.

O. ści bezsporne, nadto certyfikat Grupowego (...) – k. 7, akt poświadczenia dziedziczenia – k. 85-85v i umowa cesji – k. 86-86v.

Zgodnie z definicją zawartą w ogólnych warunkach Grupowego (...), nieszczęśliwy wypadek oznacza przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu oraz innych chorób i stanów chorobowych, nawet występujących nagle. Z kolei niezdolność do pracy zarobkowej to, zgodnie z definicją z OWU, całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wonnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej. Trwały uszczerbek na zdrowiu został zaś zdefiniowany jako trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU ( art. II pkty 12, 13 i 39 OWU).

Ponadto OWU stanowiło, że Towarzystwo wypłaca świadczenie z ubezpieczenia najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego (art. XII ust. 4), a prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej. Warunkiem wypłaty świadczenia miało być istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości. Towarzystwo ubezpieczeniowe miało przyznać prawo do świadczenia, jeżeli okres

niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku (art. XV ust. 6 pkt 8 OWU). Zgodnie z zawartą umową w przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu pozwany miał wypłacić świadczenie w wysokości 1 % sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej umowy w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu.

D. ód: ogólne warunki ubezpieczenia – k. 8 – 37.

F. Z. (1) był zatrudniony w spółce (...) S.A. w B. od dnia 3 lipca 2000 r. Podczas wykonywania pracy w dniu 9 lipca 2015 r., na skutek przeciężenia, doznał silnego bólu kręgosłupa, którego nikomu nie zgłosił i pracował do końca dnia.

W dniu 10 lipca 2015 r. nadal dokuczały mu silne bóle, nie był w stanie wstać z łóżka. F. Z. (1) zgłosił się do lekarza, który rozpoznał u niego zaburzenie korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych. Mimo przyjmowania leków jego stan zdrowia nie uległ poprawie. Mąż powódki po wypadku przebywał pod opieką Poradni walki z bólem, gdzie skierowano go na badanie MR. Badanie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego przeprowadzone w dniu 30 października 2015 r. wykazało, że u męża powódki widoczne jest złamanie trzonu kręgu L3 i miernie nasilone zmiany zwyrodnieniowe na poziomach L2-S1. Stwierdzono też, że trzon kręgu jest zniekształcony, sklinowaciały, ma złamaną ścianę, a szpik kostny trzonu jest obrzęknięty.

W dniu 7 grudnia 2015 r. F. Z. (1) przeszedł zabieg operacyjny -wertebroplastykę i został skierowany do poradni neurochirurgicznej.

Wyrokiem z dnia 6 grudnia 2017 r. Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych ustalił, że zdarzenie z dnia 9 lipca 2015 r. jest wypadkiem przy pracy.

Pomimo stosowania się do zaleceń lekarskich i przyjmowania leków, stan zdrowia męża powódki nie uległ poprawie. Wymagał on pomocy przy codziennych czynnościach, nosił gorset ortopedyczny. Z powodu bólu miał problemy ze snem. Przebywał nieprzerwanie na zasiłku chorobowym.

Po wypadku mąż powódki nie wrócił już do pracy.

D. ód: wyrok z dnia 6.12.2017 r. wraz z uzasadnieniem – k. 38 – 45, kserokopia akt sprawy VII P 161/16 – k. 319 – 445, umowa o pracę – k. 683, świadectwo pracy – k. 684 i k. 685, świadectwo pracy wraz z informacją o przebywaniu na zwolnieniu lekarskim – k. 112 – 113, dokumentacja medyczna, w tym orzeczenie lekarza orzecznika ZUS – k. 46 – 77, dowód z przesłuchania powódki – k. 158 – 160, dokumentacja medyczna – k. 118 – 151, k. 184 – 194, k. 197 – 209, k. 213 – 246, k. 248a – 251, k. 253 – 255, k. 266 – 269, k. 275 – 306.

W wyniku zdarzenia z 9 lipca 2015 r. mąż powódki doznał kompresyjnego złamania trzonu kręgu L3 powodującego trwałą dysfunkcję kręgosłupa lędźwiowego z przewlekłym zespołem bólowym, korzeniowym z koniecznością leczenia operacyjnego (wertebroplastyka), długotrwałego leczenia farmakologicznego i fizykalnego, skutkującego istotnym ograniczeniem sprawności jego organizmu. Przy czym w wyniku wypadku nie doszło do zaników mięśniowych, znacznego ograniczenia ruchomości czy dominującego zniekształcenia kręgosłupa. Nie doszło do uszkodzenia rdzenia kręgowego. Złamanie było wynikiem urazu a nie stanu chorobowego. Zdarzenie z dnia 9 lipca 2015 r. spełnia warunki uznania go za nieszczęśliwy wypadek zgodnie z pkt 12 i 39 artykułu II OWU. Biorąc pod uwagę charakter przebytego urazu uszczerbek, którego doznał mąż powódki wyniósł 10 % w zakresie ortopedycznym i 20 % zgodnie z punktem 90 b tabeli uszczerbków będącą załącznikiem do OWU.

Uraz ubezpieczonego spowodował trwałą niezdolność do wykonywania ciężkich i średniociężkich prac fizycznych, w szczególności prac zarobkowych, które wcześniej wykonywał, jednak po zakończeniu odpowiedniego leczenia i w zależności od wyniku tego leczenia, F. Z. (1) mógłby wykonywać zarobkowo lekkie prace fizyczne, bez dźwigania, chodząco-siedzące, z wyłączeniem prac obciążających kręgosłup.

Do złamania kręgosłupa u męża powódki doszło w wyniku urazu, a nie stanu chorobowego.

D. ód: opinia biegłego z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii S. F. – k. 460 – 461, opinia uzupełniająca – k. 481 – 484, opinia biegłego z zakresu chirurgii i traumatologii R. R. – k. 596 – 597, opinia uzupełniająca – k. 621 – 622, ustna opinia uzupełniająca – k. 669v – 670v, opinia biegłego neurologa A. G. – k. 571 – 576, ustna opinia uzupełniająca – k. 671 – 672.

Pozostałe zmiany obecne w kręgosłupie męża powódki, poza złamaniem kręgu L3, były zmianami zwyrodnieniowymi nieistotnymi z punktu widzenia doznanego przez niego złamania trzonu L3. Nie przyczyniły się one do jego złamania i były jedynie umiarkowanym stadium choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Obecność złamania tylko jednego trzonu kręgu bez zmian chorobowych w jego strukturze wewnętrznej i bez zmian chorobowych w strukturze pozostałych trzonów wskazuje na złamanie wywołane jednokrotną siłą sprawczą.

D. ód: opinia biegłego radiologa P. B. – k. 486 – 487, opinia uzupełniająca – k. 538 – 539.

F. Z. (1) przed wypadkiem z dnia 9 lipca 2015 r. cierpiał na dolegliwości bólowe prawego biodra. Przebywał często na zwolnieniach lekarskich, także długotrwałych - między innymi w okresie od 1.07.2011 r. do 31.07.2011 r., od 9.09.2013 r. do 30.12.2013 r. od 9.12.2014 r. do 31.12.2014 r. Zdiagnozowano u niego zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe prawego biodra i leczył się z tego powodu. Miał przejść operację wstawienia endoprotezy stawu biodrowego.

W związku ze stanem zdrowia F. Z. (1) w dniu 13 stycznia 2016 r. lekarz orzecznik ZUS 2016 r. uznał, że u badanego istnieją rokowania odzyskania zdolności do pracy i okoliczności uzasadniające ustalenie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego na okres 6 miesięcy, licząc od daty wyczerpania zasiłku chorobowego. Świadczenie to pozostawało w związku ze stanem narządu ruchu.

Po przyznaniu mu świadczenia rehabilitacyjnego na kolejny okres ( decyzja z 7 czerwca 2016 r. na 4 miesiące) – w sierpniu 2016 r., mąż powódki przeszedł zawał serca. Następnie przebywał w sanatorium. Po powrocie okazało się, że mąż powódki cierpi na raka płuc.

Lekarz orzecznik ZUS w swej decyzji z 7 października 2016 r. ustalił, iż mąż powódki jest częściowo niezdolny do pracy do dnia 31.10.2018 r.

Po okresie leczenia onkologicznego F. Z. (1) zmarł w dniu 2 lutego 2018 r.

D. ód: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS – k. 59-60, 70-71, 76-77, dowód z przesłuchania powódki – k. 158 – 160, akt poświadczenia dziedziczenia – k. 85 – 86v, dokumentacja medyczna – k. 54-58, 63-69, 73-75 275 – 306.

Powódka zgłosiła pozwanemu swe roszczenia odszkodowawcze. Decyzją z dnia 30 maja 2018 r. pozwany odmówił wypłaty świadczenia wskazując, że stan jej męża nie był następstwem nieszczęśliwego wypadku lecz skutkiem stanu chorobowego, czego ubezpieczenie nie obejmuje. Powódka składała reklamację, jednak pozwany nie zmienił swego stanowiska. Pismem z dnia 16 sierpnia 2018 r. powódka złożyła pozwanemu ostateczne odwołanie od jego odmownej decyzji, domagając się wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia. Pismem z dnia 29 sierpnia 2018 r. pozwany podtrzymał dotychczasowe stanowisko.

D. ód: akta szkody na płycie CD – k. 93, decyzja z dnia 30.05.2018 r. – k. 78 – 79, reklamacja – k. 80, pismo – k. 81, odpowiedź na reklamację – k. 82, ostateczne odwołanie – k. 83, pismo z dnia 29.08.2018 r. – k. 83v – 84.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powyżej wskazany stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o bezsporne twierdzenia stron oraz zgromadzone w sprawie dokumenty przedłożone przez strony i z akt sprawy VII P 161/16, nadesłaną z placówek medycznych dokumentację medyczną F. Z. (1), przesłuchanie powódki i dowód z opinii biegłego z dziedziny zakresu chirurgii urazowej i ortopedii S. F., biegłego radiologa P. B., biegłego neurologa A. G. oraz biegłego z zakresu chirurgii i traumatologii R. R.. Zebrany materiał dowodowy sprawy Sąd oceniał stosownie do kryteriów, o jakich mowa w treści art. 233 § 1 k.p.c., a więc

wedle własnego przekonania i w sposób wszechstronny, mając nadto na względzie zasady logiki i ogólne zasady doświadczenia życiowego.

Wszelkie wyżej wskazane dokumenty zgromadzone w sprawie Sąd uznał za wiarygodne, ponieważ ich autentyczność i prawdziwość nie były kwestionowane przez strony, a także nie budziły wątpliwości Sądu. Należy podkreślić, że część spośród okoliczności faktycznych niniejszej sprawy była bezsporna między stronami i jako taka, nie wymagała dowodzenia. Sąd dał również wiarę dowodowi z przesłuchania powódki. Jej relacja była szczerą i spójną z resztą zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego.

Sąd w całości podzielił wnioski płynące z opinii biegłego sądowego S. F.. W ocenie Sądu opinia ta była rzetelna i fachowa. Biegły dodatkowo ustosunkował się do wątpliwości stron w swej opinii uzupełniającej. Twierdzenia zawarte w treści opinii – podstawowej i uzupełniającej – były poparte logiczną i spójną argumentacją opartą na zgromadzonej w aktach sprawy dokumentacji medycznej. Sąd dopuścił dowód z opinii drugiego biegłego ortopedy wobec wielokrotnych zarzutów stron celem zbadania sprawy przez innego biegłego, który na podstawie własnej wiedzy specjalnej wyjaśniłby nieustające wątpliwości stron. Sąd oparł się na opinii biegłego z zakresu chirurgii i traumatologii R. R., albowiem potwierdzała ona konkluzje wywiedzione przez pierwszego biegłego ortopeda, a także radiologa i neurologa. Opinia była rzeczowa i wyczerpująca.

Podobnie Sąd oparł się w swych rozważaniach na opinii biegłego P. B.. Opinia ta była obiektywna i stanowiła miarodajny punkt odniesienia dla argumentów obu stron. Sąd kontrolując sferę merytoryczną opinii nie doszukał się sprzeczności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej, ani takich uchybień, które dyskwalifikowałyby jej znaczenie procesowe. Dodatkowo Sąd podzielił konkluzje zawarte w opinii biegłego neurologa A. G.. Biegły w sposób fachowy przedstawił swoje wnioski i należycie je uzasadnił. Sąd zaś nie znalazł żadnych podstaw do kwestionowania wiarygodności tego dowodu. Opinia ta odpowiadała na kwestie problematyczne w sprawie w zakresie zgłoszonej inicjatywy dowodowej. Nadto. Wszystkie te opinie pokrywały się ze sobą w swych wnioskach i były dla Sądu podstawą czynionych ustaleń i wniosków. Ważąc wiarygodność opinii biegłych Sąd odnosił ich wnioski również do pozostałego materiału dowodowego.

Na gruncie niniejszej sprawy spór między stronami dotyczył zarówno zasadności, jak i wysokości przyznania świadczenia objętego roszczeniem powódki. Powódka domagała się od pozwanego zapłaty kwoty 41 000,00 zł wraz z odsetkami ustawowymi wywodząc, że uszczerbek na zdrowiu zmarłego męża wynosi na 100%. Z tego tytułu domagała się kwoty 32 000,00 zł tytułem odszkodowania za trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz kwoty 9 000,00 zł tytułem odszkodowania za niezdolność do pracy zarobkowej powstałą wskutek nieszczęśliwego wypadku.

W ocenie Sądu powództwo zasługiwało na uwzględnienie jedynie w części.

Należy wskazać, że podstawą odpowiedzialności pozwanego stanowił art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie zakładu ubezpieczeń polega na zapłacie: przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku u osoby ubezpieczonej (art. 805 § 2 pkt 2 k.c.). Z kolei zgodnie z przepisem art. 831 § 1 k.c., zgodnie z którym ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci osoby ubezpieczonej; może również zawrzeć umowę ubezpieczenia na okaziciela. Ubezpieczający może każde z tych zastrzeżeń zmienić lub odwołać w każdym czasie.

Między stronami bezsporne było, że powódka posiada w przedmiotowej sprawie legitymację czynną do wystąpienia ze swym roszczeniem, albowiem jest osobą uposażoną na wypadek śmierci oraz następczynią prawną zmarłego F. Z. (1). Bezsporne było również, iż mąż powódki, był od dnia 1 marca 2011 r. objęty Grupowym (...) w ramach działalności pozwanego ubezpieczyciela.

Sąd zważył, że spór stron koncentrował się głównie wokół okoliczności, czy zdarzenie z dnia 9 lipca 2015 r. stanowiło nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia, czy też uraz był skutkiem wcześniejszych schorzeń, co na gruncie zawartej umowy, nie podlega ochronie.

Zgodnie z definicją zawartą w ogólnych warunkach Grupowego (...), nieszczęśliwy wypadek oznacza przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu oraz innych chorób i stanów chorobowych, nawet występujących nagle. Ta okoliczność została przesądzona już w postępowaniu przed sądem pracy, który uznał sporne zdarzenie za wypadek przy pracy, którego definicja jest zbieżna z definicją nieszczęśliwego wypadku – w obu przypadkach chodzi o zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną. Nagłe czyli nieprzewidziane, zaskakujące podmiot wypadku, a przyczyna zewnętrzna to leżąca poza organizmem poszkodowanego i niezależna od niego. Biegli jednogłośnie wskazali, że taki charakter miało złamanie kręgosłupa pozwanego. Ślady jakie po sobie pozostawiło zdarzenie wykluczało jego pochodzenie z organizmu poszkodowanego, w szczególności jakiegokolwiek związek z wcześniejszymi stanami chorobowymi F. Z. (1). Co istotne, zgodnie z dyspozycją przepisu art. 365 § 1 k.p.c. orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby. Tym samym Sąd w składzie orzekającym związany był w realiach niniejszej sprawy ustaleniami poczynionymi przez Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w sprawie VII P 161/16, w wyroku z dnia 6 grudnia 2017 r.

Po przesądzeniu źródła urazu należało ocenić wysokość doznanego uszczerbku. Biegli ortopedzi i neurolog ocenili doznany uszczerbek na podstawie tego samego zapisu umowy – punktu 9ob. Biegli w przekonujący sposób wyjaśnili dlaczego uznali za adekwatny ten akuraty zapis, powołując się na dokumentację medyczną i przesłuchanie powódki. Biegły neurolog opisał w jaki sposób dobiera zapis OWU do stwierdzonego urazu, wskazując, że bierze pod uwagę zapis oddający w sposób najpełniejszy doznany uraz w zakresie dotyczącego go narządu i przewidujący najwyższy uszczerbek ze wszystkich ewentualnie możliwych. W przedmiotowej sprawie jest tak, że rodzaje uszczerbków zawarte w pozostałych punktach, których uwzględnienia domagała się powódka zawarte są również w obrażeniach opisanych w punkcie 9ob, co szczegółowo objaśnił biegły neurolog. Co więcej wskazał, że uszczerbki ocenione przez specjalistów z kilku dziedzin medycyny dotyczące tego samego narządu nie sumują się, lecz zasadne jest uznanie, że zastosowanie znajdzie najwyżej przyjęty uszczerbek, który oddaje zakres urazu w sposób najpełniejszy, ale nie zwielokrotniony tylko tym faktem, że uraz ma różny zakres z punktu widzenia różnych gałęzi medycyny. W ocenie Sądu zatem należało przyjąć wysokości uszczerbku na zdrowiu na poziomie 20 % z jednego tylko punktu (...). To z kolei oznaczało, że świadczenie należne powódce z tego uszczerbku doznanego na skutek wypadku wyniosło 6 400,00 zł (32 000,00 zł x 20%), albowiem zgodnie z OWU w przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu pozwany miał wypłacić świadczenie w wysokości 1 % sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej umowy w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Jeśli chodzi o roszczenie w zakresie niezdolności do pracy zarobkowej to, zgodnie z definicją z OWU, niezdolność taką stanowi całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wonnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej. Biegli neurolog i ortopeda w swoich opiniach stwierdzili, że wyizolowany uraz z dnia 9 lipca 2015 r. nie powodował całkowitej niezdolności do pracy poszkodowanego. Tego rodzaju niezdolność miała charakter okresowy – bezpośrednio po wypadku, w okresie zwolnienia lekarskiego czy świadczenia rehabilitacyjnego po zabiegu wertebroplastyki. Natomiast art. XV ust. 6 pkt 8 OWU stanowił, że prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej, a warunkiem wypłaty świadczenia miało być istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości. Tymczasem po okresie zwolnienia lekarskiego, który trwa 185 dni czyli ok. 6 miesięcy przyznano zmarłemu uprawnienie do świadczenia rehabilitacyjnego w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy.

W październiku 2016 r. orzeczono, że pozwany jest częściowo niezdolny do pracy, a w tym okresie F. Z. (2) oprócz spornego urazu miał już za sobą zawał serca, a nadto borykał się z niezwiązanymi z wypadkiem dolegliwościami ze strony biodra, co do którego przewidziano endoprotezoplastykę. Do zabiegu nie doszło ze względu na stan zdrowia – stwierdzoną chorobę onkologiczną, która ostatecznie doprowadziła do śmierci ubezpieczonego. Biegli w sprawie jednoznacznie i zbieżnie wyjaśnili, że w okresie zwolnienia lekarskiego i świadczenia rehabilitacyjnego pacjent jest całkowicie niezdolny do pracy, ale orzeczenie ZUS nie dotyczy tylko jednego konkretnego schorzenia tylko ogólnego stanu zdrowia. W niniejszej sprawie oznaczało to zarówno chorobę biodra, jak i zwyrodnienia kręgosłupa oraz konsekwencje zawału serca. Powódce nie udało się wykazać, że źródłem niezdolności do pracy zmarłego był wypadek z 9 lipca, a tylko niezdolność mającą swoje źródło w nieszczęśliwym wypadku była relewantna w świetle stosunku prawnego łączącego pozwanego ze zmarłym. Co więcej, niezdolność ta tylko przez pewien czas była całkowita, a nadto ubezpieczony rokował powrót do pracy czego dowodem było przyznanie uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego, a następnie orzeczenie z 7 października 2016 r. o częściowej jedynie niezdolności do pracy. Te wszystkie okoliczności wykluczały wypłatę świadczenia zgodnie z umową. Na marginesie należy wskazać, że umowa nie odnosiła całkowitej niezdolności do pracy do wieku, wykształcenia czy umiejętności poszkodowanego. Zapis OWU był w tym zakresie bardzo restrykcyjny i nie odnosił się w ogóle do indywidualnych cech ubezpieczonego czy możliwości znalezienia obiektywnie możliwego rodzaju zatrudnienia. Jednak był tak sformułowany, że nie tworzył zbioru „pustego”, - spełnienie zapisanego w nim warunku było możliwe, chociaż była to wąska grupa przypadków. Ta okoliczność powodowała, że zapis ten nie miał charakteru niedozwolonego i winien znaleźć zastosowanie w niniejszej sprawie. Z opinii biegłych wynikało, że uraz ubezpieczonego z 9 lipca 2015 r. spowodował trwałą niezdolność do wykonywania ciężkich i średnio ciężkich prac fizycznych, w szczególności pracy którą wykonywał w chwili wypadku, jednak po zakończeniu odpowiedniego leczenia i adekwatnie do jego wyniku, F. Z. (1) mógłby wykonywać lekkie prace fizyczne z wyłączeniem prac obciążających kręgosłup. Okoliczność, że mąż powódki po wypadku nie powrócił już do pracy nie była spowodowana wyłącznie ujemnymi następstwami tego zdarzenia. Zdaniem Sądu przyczyniły się do tego również istniejące wcześniej zwyrodnienia, w tym biodra jak również późniejszy zawał serca, a następnie choroba nowotworowa.

Mając powyższe na uwadze Sąd uznał, że zmarły nie spełnił warunków wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności i do pracy na skutek nieszczęśliwego wypadku, zatem powództwo w tym zakresie podlegało oddaleniu w całości.

W tym stanie rzeczy Sąd orzekł jak w punkcie 1 sentencji wyroku.

O odsetkach orzeczono zgodnie z art. 481 k.c., zasądzając je zgodnie z żądaniem pozwu od dnia wydania decyzji odmownej przez pozwanego, bowiem od tego dnia pozwany pozostawał w opóźnieniu.

O kosztach procesu należnych pozwanemu od powódki Sąd orzekł w punkcie 3 wyroku zgodnie z zasadami słuszności, na podstawie przepisu art. 102 k.p.c., w myśl którego w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Zgodnie z postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 2011 roku (I CZ 13/11 LEX nr 848131) zastosowanie wskazanego przepisu może wynikać zarówno z samego przebiegu postępowania, jak również z okoliczności o charakterze zewnętrznym, związanych w szczególności z sytuacją majątkową strony przegrywającej. Ocena, czy w danych okolicznościach doszło do spełnienia tych przesłanek, stanowi przedmiot suwerennego uprawnienia jurysdykcyjnego sądu orzekającego. Przepis art. 102 k.p.c. powinien być zastosowany wówczas, gdy w okolicznościach danej sprawy obciążenie strony przegrywającej kosztami procesu przeciwnika byłoby niezgodne z zasadami słuszności. Zgodnie z twierdzeniami zawartymi w wyroku Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 13 czerwca 2019 r. (Sygn. akt I ACa 404/18) „Możliwość obciążenia strony przegrywającej jedynie częścią kosztów albo nieobciążenia jej w ogóle tymi kosztami, uzależniona jest, stosownie do art. 102 k.p.c., od wyłonienia się w sprawie wypadków szczególnie uzasadnionych, wskazujących że ponoszenie kosztów pozostawało w sprzeczności z powszechnym odczuciem sprawiedliwości oraz zasadami współżycia społecznego. Należą do nich okoliczności związane z przebiegiem sprawy, w szczególności charakter zgłoszonego roszczenia, jego znaczenie dla strony, subiektywne przekonanie o zasadności roszczenia, oraz sytuacja majątkowa i życiowa strony. Ocena, czy takie wypadki wystąpiły w konkretnej sprawie należy do sfery uznania sądu, który powinien dokonać jej w oparciu o całokształt okoliczności sprawy, przy uwzględnieniu zasad współżycia

społecznego. W związku z tym zakwestionowanie tej oceny może nastąpić jedynie wyjątkowo, w razie podjęcia przez sąd rozstrzygnięcia oczywiście niemieszczącego się w granicach przyznanej mu swobody decyzji przez art. 102 k.p.c.". Należy podkreślić, że przepis ten nie konkretyzuje pojęcia wypadków szczególnie uzasadnionych, pozostawia ich kwalifikację, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy, Sądowi (T. Demendecki, Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz aktualizowany. Tom I. red. Jakubecki Andrzej. komentarz do art. 102 LEX).

Zdaniem Sądu w niniejszej sprawie zaszyły przesłanki do częściowego odstąpienia od obciążania powódki kosztami procesu. Sąd miał tu w szczególności na względzie charakter zgłoszonego przez nią roszczenia oraz subiektywne, a jednak usprawiedliwione okolicznościami przekonanie o słuszności swych twierdzeń. Sąd miał na uwadze nagminne przypadki niewywiązywania się ubezpieczycieli z wypłacania należnych ubezpieczonym świadczeń z umów ubezpieczenia we właściwej wysokości. . Mając zaś na uwadze wysokość zasądzonego świadczenia Sąd uznał, że obciążenie powódki kosztami procesu pozwanego w pełnej wysokości spowodowałoby w praktyce, że nie uzyskałaby ona żadnej należnej kwoty odszkodowania, bo osiągnięta przez powódkę korzyść musiałaby niemal w całości zostać spożytkowana na pokrycie kosztów procesu.

Po ustaleniu powyższego Sąd uznał, że obciążenie powódki kosztami procesu na podstawie przepisu art. 100 k.p.c. pozostawałoby w sprzeczności z powszechnym odczuciem sprawiedliwości oraz zasadami współzycia społecznego i obciążył powódkę kosztami procesu pozwanego jedynie w połowie obliczonej w ten sposób kwoty na podstawie przepisu art. 102 k.p.c. Powódka wygrała sprawę w 16 %, a pozwany w 84 %. Na koszty procesu poniesione przez pozwanego w wysokości 5 467,00 zł złożyło się 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa, zaliczki w kwotach 50 zł, 1 000,00 zł i 800 zł na poczet opinii biegłego oraz wynagrodzenie pełnomocnika będącego radcą prawnym w kwocie 3 600,00 zł zgodnie z § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych. Sąd uwzględnił po stronie pozwanej wynagrodzenie pełnomocnika w wysokości dwukrotności stawki podstawowej mając na uwadze złożony charakter niniejszej sprawy i wielość opinii biegłych oraz aktywny udział pełnomocnika w sprawie. Wobec powyższego koszty procesu wyniosły łącznie 12 667,00 zł (5 467,00 zł + 7 200,00 zł). Koszty procesu należne powodowi to 84 %, czyli 10 640,28 zł (12 667,00 zł x 84 %). Od tej kwoty Sąd odjął 7 200,00 zł, co dało kwotę 3 440,28 zł. Wobec powyższego Sąd zasądził od powódki na rzecz powoda kwotę 1 720,14 zł, tj. połowę należnych mu kosztów procesu (3 440,28 zł : 2).

W punkcie 4 Sąd przyznał pełnomocnikowi powódki, radcy prawnemu S. M. ustanowionemu dla niej z urzędu wynagrodzenie w kwocie 5 579,28 zł, w tym 1 043,28 zł tytułem podatku od towarów i usług. Sąd mając na uwadze złożony charakter sprawy i konieczny nakład pracy pełnomocnika, w tym liczbę stawiennictw w sądzie, uwzględnił przy tym wynagrodzenie pełnomocnika z urzędu w 150 % stawki określonej w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych, tj. 5 400,00 zł (3 600,00 zł x 150 %). Sąd zważył, że 84 % z kwoty 5 400,00 zł wyniosło 4 536,00 zł. Kwotę tę Sąd powiększył o wartość podatku od towarów i usług, mając na uwadze przepis § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu, co dało łącznie 5 579,28 zł. Po ustaleniu powyższego orzeczono jak w punkcie 4 wyroku.

Z uwagi na fakt, iż pozostały nierozliczone koszty sądowe w postaci wynagrodzenia biegłych oraz pozyskania przez Sąd dokumentacji medycznej w łącznej kwocie 1 597,50 zł oraz opłata od pozwu w kwocie 2 050,00 zł, od której uiszczenia powódka została zwolniona, Sąd w punkcie 5 sentencji wyroku, uwzględniając stopień, w którym pozwany przegrał proces, na podstawie art. 108 k.p.c. w związku z art. 100 zdanie drugie k.p.c. i art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Bydgoszczy od pozwanego kwotę 583,60 zł (1 597,50 zł + 2 050 zł = 3 647,50 zł x 16 %). W punkcie 6 wyroku Sąd zaś obciążył Skarb Państwa kosztami sądowymi, od ponoszenia których na podstawie art. 102 k.p.c. zwolnił powódkę biorąc pod uwagę okoliczności wskazane już powyżej.

SSR Aleksandra Smólska - Kreft