

Sygn. akt I C 208/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 maja 2017 r.

Sąd Rejonowy w Gliwicach Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSR Joanna Zachorowska

Protokolant: Sandra Wyżgoł

po rozpoznaniu w dniu roku w Gliwicach

na rozprawie sprawy z powództwa J. B.

przeciwko (...) S.A. w S.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 41 710,29 zł (czterdzieści jeden tysięcy siedemset dziesięć złotych dwadzieścia dziewięć groszy) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 19 marca 2015 roku;
2. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 6 903 zł (sześć tysięcy dziewięćset trzy złote) tytułem kosztów procesu, w tym kwotę 4 800 zł (cztery tysiące osiemset złotych) tytułem kosztów zastępstwa procesowego;
3. nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Gliwicach kwotę 85,72 zł (osiemdziesiąt pięć złotych siedemdziesiąt dwa grosze) tytułem wydatków.

SSR Joanna Zachorowska

Sygn. akt I C 208/16

## UZASADNIENIE

J. B. domagała się zasądzenia od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w S. kwoty 41710,29 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 19 marca 2015 roku do dnia zapłaty oraz kosztów procesu według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje żądanie wyjaśniła, że w związku z wyjazdem na narty zawarła z pozwaną umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. W dniu 4 lutego 2015 roku uległa wypadkowi na stoku narciarskim i doznała poważnego urazu stawu kolanowego. Bezpośrednio ze stoku mąż powódki wykonał telefon do ubezpieczyciela zgłaszając szkodę, a ten poinformował go, że rozpocznie procedurę znalezienia placówki medycznej, z którą współpracuje ubezpieczyciel. Następnie powódka otrzymała informację, że ubezpieczyciel nie współpracuje z żadną lokalną placówką medyczną i w związku z tym powódka musi pokryć na miejscu wymagane koszty leczenia. Stan powódki wymagał niezwłocznego odtransportowania karetką do kliniki chirurgicznej, gdzie w wyniku przeprowadzonego badania metodą rezonansu magnetycznego zdiagnozowano złamanie kości piszczelowej prawej w okolicy wyniosłości międzykłykciowej i zdecydowano o konieczności pilnego przeprowadzenia zaopatrzenia operacyjnego, na które powódka zmuszona była się zdecydować. W tym samym dniu została wykonana operacja, w czasie której przeprowadzono artroskopię metodą zespolenia drutowego w prawym stanie kolanowym. J. B. musiała dokonać opłaty za przeprowadzony zabieg w łącznej kwocie 47627,92 zł. Powódka poinformowała telefonicznie pozwaną o konieczności przeprowadzenia operacji w trybie nagłym i otrzymała informację, że nie ma żadnych przeciwwskazań do skorzystania z prywatnej opieki medycznej. Powódka wniosła w pozwie o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego traumatologa na okoliczność ustalenia konieczności natychmiastowego wykonania operacji i skutków

wykonania operacji w późniejszym terminie. Po przedstawieniu rachunków za wykonane usługi medyczne pozwana wypłaciła kwotę 5727,05 zł tytułem zwrotu kosztów pomocy medycznej udzielonej 4 lutego 2015 oraz transportu karetką. W uzasadnieniu swej decyzji wskazała, że E. (...) nie ponosi odpowiedzialności w zakresie kosztów i usług przekraczających zakres niezbędny do przywrócenia stanu zdrowia ubezpieczonego umożliwiającą kontynuację przez niego podróży, powrót albo transport do miejsca zamieszkania lub placówki medycznej na terenie Polski. Dnia 21.5.2015 r. pozwany wypłacił dodatkowo sumę 190,58 zł.

Na rozprawie w dniu 31 sierpnia 2016 r. (...) S.A. w S. wniosło o oddalenie powództwa w całości argumentując, że ubezpieczyciel pokrywa jedynie koszty pierwszej, niezbędnej pomocy, zaś operacja i rezonans do nich nie należy. Pozwany przedłożył załącznik do protokołu rozprawy, w którym wniósł m.in. o zwrócenie się do (...) w W. o udostępnienie nagrań rozmów przeprowadzonych przez ubezpieczyciela z mężem powódki oraz opinii lekarza z centrum alarmowego.

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

W dniu 16 stycznia 2015 roku zawarta została z (...) S.A. w S. umowa ubezpieczenia M. B. i J. B. w wariantcie rozszerzonym na okres od 1.2.2015 r. do 13.2.2015 roku. Sumę ubezpieczenia i limit odpowiedzialności co do kosztów leczenia i assistance określono na 200000 zł. Przedmiotem ubezpieczenia była organizacja i pokrycie niezbędnych kosztów leczenia i pomocy assistance w związku z następstwami nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku objętych ochroną ubezpieczeniową w czasie podróży, niezbędnych do przywrócenia ubezpieczonemu stanu zdrowia umożliwiającą powrót lub transport do Polski lub kraju zamieszkania, lub kontynuowanie zaplanowanej podróży. W jego zakres wchodziło m.in. leczenie szpitalne, ambulatoryjne, konsultacje i wizyty lekarskie, lekarstwa, środki ortopedyczne i pomocnicze, środki opatrunkowe. W związku z pobytem w szpitalu pozwany zobowiązał się pokryć udokumentowane koszty leczenia i natychmiastowej pomocy assistance pobytu w szpitalu, tj. leczenia, zabiegów, operacji, których przeprowadzenia nie można było, ze względu na stan zdrowia, odłożyć do czasu powrotu lub transportu do Polski. Centrum alarmowe dokonuje wyboru szpitala, który najlepiej odpowiada stanowi zdrowia ubezpieczonego, organizuje dowóz do szpitala środkiem transportu sanitarnego, informuje szpital o warunkach płatności. Jeśli centrum alarmowe nie mogło zapewnić ubezpieczonemu organizacji usługi objętej zakresem ubezpieczenia, E. zwróci faktycznie poniesione przez ubezpieczonego koszty (§ 4 pkt 2c, 6 owu).

Zgodnie z treścią § 6 pkt 2 pkt b i c (...) nie ponosi odpowiedzialności w zakresie kosztów i usług przekraczających zakres niezbędny do przywrócenia stanu zdrowia ubezpieczonego umożliwiającą kontynuację przez niego podróży, powrót albo transport do miejsca zamieszkania lub placówki medycznej na terenie Polski albo kraju zamieszkania ubezpieczonego. Ponadto wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela następuje również, gdy zdaniem lekarza prowadzącego leczenie może być odłożone do chwili powrotu ubezpieczonego na teren Polski albo kraju zamieszkania ubezpieczonego.

Treść ogólnych warunków ubezpieczenia w § 31 przewidywała obowiązki ubezpieczonego na wypadek zaistnienia zdarzenia powodującego powstanie odpowiedzialności ubezpieczyciela. I tak ubezpieczony był zobowiązany powiadomić centrum alarmowe o zdarzeniu niezwłocznie po jego zajściu lub uzyskaniu o nim wiadomości oraz uzyskać akceptację centrum alarmowego na poniesienie kosztów powyżej 2000 zł.

/okoliczności bezsporne, a nadto dowody: polisa ubezpieczenia (k. 65), ogólne warunki ubezpieczenia Hestia Podróże (k. 66-84)/

W dniu 4 lutego 2015 roku J. B. około godziny 12.00 uległa w A.wypadkowi na stoku podczas jazdy na nartach. W wyniku zdarzenia doznała złamania wyniosłości międzykłykciowej kości piszczelowej prawej oraz złamania kompresyjnego kłykcia bocznego kości piszczelowej. Mąż powódki zawiadomił ubezpieczyciela o zdarzeniu bezpośrednio z miejsca zdarzenia, wnosząc o wskazanie placówki medycznej współpracującej z E., by można było dokonać zapłaty bezgotówkowej za usługę medyczną. O godzinie 13.33 ubezpieczyciel poinformował, że w pobliżu miejsca zdarzenia nie ma współpracującej z nim placówki medycznej. Oświadczył w wiadomości sms, że polisa może nie pokryć kosztu rezonansu magnetycznego lub operacji. Powódka została przetransportowana przez pogotowie

ratunkowe ze stoku do przychodni, gdzie poddano ją badaniu wstępnemu. Stwierdzono konieczność natychmiastowej operacji. Mąż powódki ponownie skontaktował się z ubezpieczycielem przekazując diagnozę lekarza. Ubezpieczyciel zobowiązał się w ciągu godziny zająć stanowisko odnośnie konieczności odbycia operacji. Kontakt ze strony ubezpieczyciela nie nastąpił. J. B. otrzymała środki przeciwbólowe. Stan urazu pogarszał się, narastała opuchlizna. Powódka odczuwała silny ból, jęczała. Lekarz w A. zażądał przedpłaty 7000 euro celem przetransportowania jej do szpitala. Poinformował, że operacja może kosztować 20000 euro. J. B. w godzinach 15.30-16.00 została przewieziona do szpitala. Noga pomimo schładzania lodem bardzo puchła. Mąż powódki poinformował ubezpieczyciela, że żona będzie miała operację, co nie spotkało się z komentarzem drugiej strony. Kolano zoperowano w godzinach wieczornych. Następnego dnia powódka wyposażona w kule i urządzenie do schładzania kolana opuściła szpital.

/dowody: zeznania świadka M. B. (k. 85 – 85v), przesłuchanie powódki (k. 86 – 86v), wydruk treści sms (k. 10 - 11), rachunki w aktach szkody, raport z operacji w aktach szkody/

Na skutek zdarzenia z dnia 4 lutego 2015 roku J. B. doznała złamania wyniosłości międzykłykciowej kości piszczelowej prawej oraz złamania kompresyjnego kłykcia bocznego kości piszczelowej. Dodatkowo powódka doznała uszkodzenia miejsca przyczepu piszczelowego wiązadła krzyżowego spełniającego rolę kluczową w stabilizacji stawu kolanowego. Wykonane w dniu zdarzenia badania diagnostyczne obrazowe wykazały istotne uszkodzenia wewnątrzskokowe wymagające leczenia specjalistycznego. Obrażenia kostno-stawowe wymagające leczenia operacyjnego winny być zaopatrzone w okresie jak najwcześniejszym z możliwych. W przypadku złamań kompresyjnych powierzchni stawowej, któremu uległa powódka, procesy naprawcze postępują szybko. Zwłoka w leczeniu operacyjnym, nawet kilkudniowa, może utrudniać realizację zaplanowanych procedur zabiegowych ze względu na organizację krwiaka w miejscu uszkodzenia kostnego.

Wykonanie zabiegu operacyjnego u powódki we wczesnym okresie pourazowym było rozwiązaniem najbardziej korzystnym. Badanie fizykalne potwierdziło bardzo dobry wynik czynnościowy leczenia. Powódka odczuwa dyskomfort przy klękaniu czy wchodzeniu po schodach.

W ocenianym przypadku nie istniało zagrożenie życia powódki.

Odległość pomiędzy miejscem wypadku a miejscem zamieszkania poszkodowanej wynosiła 1100 km. Zdarzenie miało miejsce w środę, powrót z urlopu był zaplanowany na niedzielę.

/dowody: zeznania świadka M. B. (k. 85 – 85v), przesłuchanie powódki (k. 86 – 86v), opinia biegłego sądowego (k. 90 – 95)/

J. B. zażądała od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej w S. zwrotu poniesionych w wyniku zdarzenia z dnia 4 lutego 2015 roku kosztów w kwocie 47627,92 złotych, na pokrycie których przedłożyła otrzymane rachunki i dowody ich zapłaty. Ubezpieczyciel po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego wypłacił powódce kwotę 5727,05 zł, uznając zasadność poniesionych kosztów pomocy medycznej i transportu karetką. Odmówił pokrycia kosztu rezonansu magnetycznego i operacji.

Powódka pismem z dnia 17 kwietnia 2015 roku wezwała ubezpieczyciela do zapłaty dalszych kwot z tytułu poniesionych kosztów leczenia.

Dnia 21.5.2015 r. pozwany wypłacił dodatkowo sumę 190,58 zł.

/bezsporne, a nadto dowody: decyzja ubezpieczyciela z dnia 19 marca 2015 roku (k. 26 - 27), odwołanie od decyzji ubezpieczyciela z dnia 17 kwietnia 2015 roku (k. 23), potwierdzenia zapłaty (k. 12 - 14), rachunki (k. 15 – 22)/

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o okoliczności bezsporne, a także w oparciu o wymienione wyżej dowody z wiarygodnych dokumentów, zeznania świadka i powódki oraz opinię biegłego sądowego.

Zeznania świadka M. B. i przesłuchanie powódki dało kompletny obraz zdarzeń po wypadku. Opinia biegłego była rzetelna, nie budzącą wątpliwości.

Sąd pominął wniosek pozwanego o zwrócenie się do (...) w W. o udostępnienie nagrań rozmów przeprowadzonych przez ubezpieczyciela z mężem powódki oraz opinii lekarza z centrum alarmowego sformułowany w piśmie z dnia 31 stycznia 2016 r. zatytułowanym „załącznik do protokołu rozprawy z dnia 31 sierpnia 2016 r.” Załącznik do protokołu nie ma bowiem znaczenia autonomicznego. Jego rola jest pomocniczą w stosunku do obowiązującej zasady ustności rozprawy. Nie może zawierać treści samodzielnych, lecz powinien ograniczać się do zreferowania i streszczenia ustnych wywodów i wniosków przedstawionych uprzednio na rozprawie (por. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 13 listopada 2003 r. I CK 229/02). Pozwany nie wniósł na rozprawie o przeprowadzenie dowodu z nagrań rozmów przeprowadzonych przez ubezpieczyciela z mężem powódki oraz opinii lekarza z centrum alarmowego. Ponadto wniosek ów, wobec dopuszczenia dowodu z treści wiadomości sms oraz dokumentów zgromadzonych w aktach szkody, stał się zbędny dla postępowania dowodowego.

### **Sąd zważył, co następuje**

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Zgodnie z treścią przepisu art. 805 § 1 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.

Przedmiot ubezpieczenia łączącego powódkę i pozwaną został określony w treści § 4 pkt 1 ogólnych warunków ubezpieczenia, które składały się na treść umowy ubezpieczenia. Swoje roszczenie o zapłatę powódka wywodziła z faktu zaistnienia zdarzenia, w wyniku którego doznała urazu kończyny dolnej i wynikłej z tego konieczności niezwłocznego wykonania operacji. Domagała się przyznania jej świadczenia ponad to, które już uzyskała w toku postępowania likwidacyjnego prowadzonego przez pozwanego. Ubezpieczyciel w procedurze likwidacyjnej uznał roszczenie powódki dotyczące kosztów pomocy medycznej i transportu karetką do wysokości 5917,63 zł. Odmówił natomiast zapłaty pozostałych kosztów, które powódka poniosła na miejscu, nie kwalifikując ich jako niezbędnych do przywrócenia stanu zdrowia ubezpieczonego umożliwiającego kontynuację podróży, powrotu albo transportu do miejsca zamieszkania. Decyzję swoją pozwany oparł na opinii swego lekarza orzecznika.

Sąd nie znalazł podstaw, by odmówić przymiotu niezbędności czynnościom leczniczym, którym została poddana powódka w austriackim szpitalu, celem przywrócenia ubezpieczonej do stanu zdrowia umożliwiającego powrót do kraju. Skomplikowane złamanie kości wymagało natychmiastowej operacji w ocenie zarówno lekarzy w A., jak i biegłego sądowego. Silny ból, pomimo podanych środków farmakologicznych, szybko postępująca opuchlizna, poprzedzające diagnozę badanie przy pomocy rezonansu magnetycznego pozwoliły lekarzom precyzyjnie ocenić stan zdrowia pacjentki i wykluczyć przypadkowość sugerowanej procedury medycznej. Wykonane w dniu zdarzenia badania diagnostyczne obrazowe wykazały istotne uszkodzenia wewnątrzskokowe wymagające leczenia specjalistycznego. Obrażenia kostno-stawowe wymagające leczenia operacyjnego winny być zaopatrzone w okresie jak najwcześniejszym z możliwych. W przypadku złamań kompresyjnych powierzchni stawowej, któremu uległa powódka, procesy naprawcze postępują szybko. Zwłoka w leczeniu operacyjnym, nawet kilkudniowa, mogła utrudniać realizację zaplanowanych procedur zabiegowych ze względu na organizację krwiaka w miejscu uszkodzenia kostnego. J. B. cierpiała, odczuwała silny ból, jęczała. Lekarz w A. zażądał wpłaty 7000 euro jeszcze przed przetransportowaniem jej do szpitala. Poinformował, że operacja może kosztować 20000 euro. Pomimo tego, w świetle braku informacji ubezpieczyciela co do placówki medycznej, gdzie mogłoby dojść do udzielenia pomocy poszkodowanej, jak też braku informacji o pokryciu kosztów leczenia, powódka zdecydowała się na przeprowadzenie operacji w tym samym dniu. Trudno było oczekiwać od niej w tych nagłych okolicznościach, by kontynuowała powrót do miejsca zamieszkania bez przeprowadzenia natychmiastowego zabiegu. Za to dalsze leczenie i rehabilitacja zostały odłożone do chwili powrotu na teren kraju zamieszkania. Nadal J. B. odczuwa dyskomfort przy klękaniu czy wchodzeniu po schodach.

Powódka dopełniła aktów staranności wymaganych w zawartej z ubezpieczycielem umowie i informowała ubezpieczyciela na bieżąco o przebiegu sytuacji. Pozwana nie wywiązała się z deklarowanego czasu reakcji, w którym miała nastąpić ocena lekarza konsultującego ubezpieczyciela. Nie bez znaczenia jest fakt, że odległość jaka dzieliła powódkę od swojego miejsca zamieszkania wynosiła około 1100 km.

Słuszność poddania się operacji na miejscu zdarzenia potwierdziła jednoznacznie opinia biegłego ortopedy, który wskazał, że oddalenie w czasie podjętych zabiegów nawet o kilka dni mogłoby uniemożliwić przeprowadzenie zaplanowanej procedury medycznej, a przede wszystkim wpłynąć negatywnie na leczenie usprawniające.

Zgodnie z § 4 pkt 6 owu jeśli centrum alarmowe nie mogło zapewnić ubezpieczonemu organizacji usługi objętej zakresem ubezpieczenia, E. zwróci faktycznie poniesione przez ubezpieczonego koszty.

W związku z powyższym Sąd zasądził od (...) S.A. w S. na rzecz J. B. kwotę 41710,29 zł tytułem poniesionych kosztów leczenia.

Odsetki ustawowe za opóźnienie przyznane zostały od dnia 19 marca 2015 roku, stosownie do art. 817 § 1 kc.

O kosztach procesu orzeczono stosownie do art. 98 k.p.c. Powódka wygrała proces w 100%. Na koszty poniesione przez nią złożyło się 4800 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego, 2086 zł tytułem opłaty od pozwu i 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. Łącznie koszty poniesione przez powódkę to kwota 6903 zł.

Ponadto Sąd nakazał pobrać od pozwanej na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Gliwicach kwotę 85,72 zł tytułem wydatków na biegłego sądowego, stosownie do treści art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28.7.2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

SSR Joanna Zachorowska