

Sygn. akt VIII C 178/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 października 2015 roku

Sąd Rejonowy w Wieluniu VIII Zamiejscowy Wydział Cywilny z siedzibą w Pajęcznie

w następującym składzie:

Przewodniczący: SSR Beata Witkowska

Protokolant: sekretarka Marta Binek

po rozpoznaniu w dniu 29 września 2015 roku w Pajęcznie na rozprawie

sprawy z powództwa L. J.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) spółce akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda L. J. kwotę 30.800,00 zł (słownie: trzydzieści tysięcy osiemset złotych) wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od kwoty 19.600,00 zł (słownie: dziewiętnaście tysięcy sześćset złotych) od dnia 22 stycznia 2015 roku do dnia zapłaty i od kwoty 11.200,00 zł (słownie: jedenaście tysięcy dwieście złotych) od dnia 18 sierpnia 2015 roku do dnia zapłaty;
2. w pozostałym zakresie powództwo oddala;
3. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda L. J. kwotę 1.014,00 zł (słownie: tysiąc czternaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;
4. nakazuje pobrać od powoda L. J. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Wieluniu kwotę 88,48 zł (słownie: osiemdziesiąt osiem złotych czterdzieści osiem groszy) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych;
5. nakazuje pobrać od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Wieluniu kwotę 471,52 zł (słownie: czterysta siedemdziesiąt jeden złotych pięćdziesiąt dwa grosze) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

SSR/-/Beata Witkowska

Sygn. akt VIII C 178/14

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Rejonowego w Wieluniu

z dnia 6 października 2015 roku

Powód L. J. w ostatecznie sprecyzowanym żądaniu domagał się zasądzenia od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 30.800,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 4 listopada 2014 roku do dnia zapłaty tytułem świadczenia, wynikającego z umowy ubezpieczenia osobowego na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, spowodowanego zawałem mięśnia sercowego. Powód wniósł nadto o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz zwrotu kosztów procesu.

W pozostałym zakresie powód cofnął powództwo ze zrzeczeniem się roszczenia.

Postanowieniem z dnia 6 października 2015 roku postępowanie umorzono w części przekraczającej żądanie zasądzenia na rzecz powoda od pozwanego kwoty 30.800,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 4 listopada 2014 roku do dnia zapłaty.

Na uzasadnienie żądania powód podał, że objęty był umową ubezpieczenia na życie, zawartą z pozwanym, a stwierdzoną polisą ubezpieczeniową typu P PLUS wariant II. W okresie objętym ochroną ubezpieczeniową, w dniu 23 października 2014 roku powód doznał zawału serca, który doprowadził do powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 60 %.

W wyniku zgłoszenia szkody ubezpieczyciel dokonał wypłaty na rzecz powoda kwoty 2.800,00 zł tytułem odszkodowania za trwały uszczerbek na zdrowiu, przy przyjęciu wystąpienia u powoda 5 % uszczerbku, która to kwota w ocenie powoda jest nieodpowiednia, biorąc pod uwagę wysokość doznanego uszczerbku.

Pozwany (...) Zakład (...) na (...) spółka akcyjna z siedzibą w W. w zakresie żądania powoda dotyczącego zasądzenia na rzecz powoda kwoty 30.800,00 zł tytułem świadczenia za występujący u powoda uszczerbek na zdrowiu w związku z przebyłym zawałem serca, w ostatecznie sprecyzowanym stanowisku podał, że zasadność powództwa pozostawia do uznania sądu (k. 151).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powód L. J. jako ubezpieczony objęty był dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, na podstawie umowy zawartej pomiędzy pracodawcą powoda (...) spółką z ograniczoną odpowiedzialnością a pozwanym (...) Zakładem (...) na (...) spółką akcyjną.

W okresie objętym ochroną ubezpieczeniową w dniu 23 października 2014 roku powód przeszedł zawał mięśnia sercowego.

/bezsporne/

Zgodnie z warunkami zawartej umowy ubezpieczenia na życie typu P (...) ubezpieczony za każdy 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, spowodowanego zawałem lub krwotokiem śródmózgowym winien otrzymać 4 % sumy ubezpieczenia, która wynosiła 14.000,00 zł, to jest kwotę 560,00 zł.

/bezsporne/

W dniu 30 października 2014 roku powód dokonał zgłoszenia zdarzenia medycznego pozwanemu, wskazując jako przyczynę zdarzenia zawał. W zgłoszeniu powód nie podał wysokości sumy, jakiej domaga się przyznania od pozwanego tytułem wystąpienia zdarzenia medycznego.

/dowód: druk zgłoszenia szkody nr (...) – w aktach likwidacji szkody

Lekarz orzecznik pozwanego na podstawie dokumentacji medycznej powoda ustalił, że w związku z przebyłym zawałem mięśnia sercowego powód doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5 %.

W oparciu o powyższe ustalenia pozwany w dniu 4 listopada 2014 roku wypłacił na rzecz powoda kwotę 5x560,00 zł, to jest 2.800,00 zł.

/bezsporne/

Umowa ubezpieczenia została zawarta pomiędzy (...) sp. z o.o. a (...) Zakładem (...) na (...) spółką akcyjną w dniu 20 czerwca 2007 roku w Ł.. Zgodnie z § 1 zawartej umowy integralną częścią umowy ubezpieczenia grupowego były m.in.

ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym, zatwierdzone uchwałą nr UZ/432/2003 Zarządu (...) S.A. z dnia 26 listopada 2003 roku, kod warunków (...) (dalej: jako o.w.u. TZ) ze zmianami przewidzianymi w umowie. W § 2 umowy przewidziano, że w ramach programu ubezpieczeniowego dla pracowników mogą funkcjonować dwa warianty ubezpieczenia. W wariantcie II przyjęto, że na wypadek zdarzenia medycznego, polegającego na trwałym uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem lub krwotokiem śródmózgowym ubezpieczyciel wypłaci świadczenia wynoszące 4 % sumy ubezpieczenia za każdy 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, przy czym sumę ubezpieczenia ustalono na 14.000,00 zł, a świadczenie w złotych za każdy 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu na 560,00 zł.

/dowód: umowa ubezpieczenia k. 123-137/

W przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu, spowodowanego zawałem mięśnia sercowego, pozwany zobowiązał się do wypłaty świadczenia w kwocie 56.000,00 zł.

/dowód: propozycja grupowego ubezpieczenia k. 72, pismo k. 71/

Powód L. J. złożył deklarację przystąpienia do w/w ubezpieczenia w dniu 17 listopada 2008 roku w wieku 57 lat.

/dowód: deklaracja przystąpienia k. 104-104v/

Powód L. J. w ramach programu ubezpieczeniowego dla pracowników objęty był wariantem II ubezpieczenia, a składka ubezpieczeniowa, przewidziana w Wariantcie II ubezpieczenia podlegała potrąceniu z wynagrodzenia powoda.

/dowód: potwierdzenia wypłat wynagrodzenia k. 91-102/

W ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym zdefiniowano zawał serca (§ 2 ust. 1 pkt 1 o.w.u.) jako martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone łącznie: wystąpieniem znamiennego wzrostu poziomu troponiny, pojawieniem się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem), pojawieniem się nieistniejących wcześniej globalnych lub regionalnych zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego w badaniach obrazowych.

Za trwały uszczerbek na zdrowiu uznano zaś trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji.

W § 3 o.w.u. przewidziano, że przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, zaś w § 4 o.w.u. wskazano, że zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie odpowiedzialności (...) S.A. trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, spowodowanego zawałem serca, przewidując w § 5, że za każdy 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest świadczenie odpowiadające 4, 3, 2 albo 1 sumy ubezpieczenia, stosownie do treści polisy.

W § 7 o.w.u. (...) 30 przewidziano, że do ubezpieczenia mogą przystąpić ubezpieczeni, objęci ubezpieczeniem podstawowym, którzy w dniu złożenia deklaracji przystąpienia nie ukończyli 64 roku życia.

Zgodnie z § 9 umowy umowa została zawarta na okres 1 roku, przy czym ulegała przedłużeniu na kolejne roczne okresy w braku odmiennych postanowień stron, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia podstawowego.

Stosownie do § 15 i 17 ogólnych warunków ubezpieczenia prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym przysługuje ubezpieczonemu, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca albo krwotokiem śródmózgowym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego.

Zgodnie zaś z § 17 ust. 2 o.w.u. prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego jednym zawałem serca albo krwotokiem śródmózgowym.

Zgodnie z § 18 ust. 1 o.w.u. stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji. W § 18 ust. 4 o.w.u. przewidziano, że w razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, który przed zawałem serca albo krwotokiem śródmózgowym był uszkodzony wskutek samoistnej choroby lub przebytego urazu, a ma to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się na podstawie analizy jako różnicę stanu danego organu, narządu lub układu przed zawałem serca albo krwotokiem śródmózgowym a stanem istniejącym po zawale serca albo krwotoku śródmózgowym.

Stosownie do § 18 ust. 5 o.w.u. przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia.

Nadto w § 18 ust. 6 i 7 o.w.u. przewidziano, że przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez ubezpieczonego, a po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

/dowód: ogólne warunki ubezpieczenia kod warunków (...) 30 w aktach likwidacji szkody/

Zgodnie z tabelą norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik do zarządzenia Prezesa Zarządu (...) S.A. na (...) z dnia 22 grudnia 2003 roku w punkcie 63 przewidziano, że uszkodzenie serca lub osierdzia skutkuje uszczerbkiem na zdrowiu w następującej wysokości:

- a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzenia kurczliwości – 5-10 %;
- b) I K. (...), EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości – 10-20 %;
- c) II K. (...), EF 45-55%, 7 - 10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości – 20 – 40 %;
- d) III K. (...), EF 35-45%, 5 - 7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości – 40 – 60 %;
- e) IV K. (...), EF < 35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości – 60 – 90 %.

Nadto przewidziano, że stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów, muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.

/dowód: Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu – w aktach likwidacji szkody/

Powód L. J. w dniu 23 października 2014 roku doznał zawału mięśnia sercowego ściany dolnej z uniesieniem ST ((...)) typu 1.

W związku z przebyłym zawałem mięśnia sercowego powód był hospitalizowany. W trakcie pierwszego pobytu w oddziale kardiologii w G. w dniach 23 do 27 października 2014 roku wykonano u powoda zabieg na prawej tętnicy wieńcowej odpowiedzialnej za zawał serca, pozostałe zmiany pozostawiając do następnego etapu. W dniach 02 do 04 grudnia 2014 roku w tym samym oddziale wykonano zabieg na drugim krytycznie zwężonym naczyniu. Z powodu decyzji o leczeniu dwuetapowym odłożona została również wczesna rehabilitacja poszpitalna, którą w tej sytuacji wykonano w dniach od 30 grudnia 2014 roku do 22 stycznia 2015 roku.

W wyniku tego zawału doszło do uszkodzenia lewej komory serca, przejawiającego się dość rozległym obszarem zaburzeń kurczliwości odcinkowej, obniżeniem frakcji wyrzutowej, znaczącym upośledzeniem tolerancji wysiłku oraz występowaniem indukowanych niewielkim wysiłkiem zaburzeń rytmu serca. W wyniku tych zmian krążenie systemowe jest niewydolne w 3 klasie wg (...). Takie uszkodzenie serca odpowiada pkt 63 podpunkt d) Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu (Załącznik do Zarządzenia Prezesa Zarządu (...) SA Nr (...)/2003 z dnia 22 grudnia 2003 r.), a występowanie indukowanej wysiłkiem arytmii w połączeniu ze stopniem nasilenia upośledzenia frakcji wyrzutowej wskazuje na górną granicę zmian opisywanych w tym punkcie, czyli na 60% uszczerbku na zdrowiu.

Powyższy uszczerbek na zdrowiu u powoda, ustalony na 60 %, został spowodowany wyłącznie przebyciem w dniu 23 października 2014 roku zawałem serca, nie zaś innymi chorobami.

/dowód: pisemna opinia biegłego z zakresu kardiologii k. 49-51, pisemna opinia uzupełniająca k. 92/

Powyższy stan faktyczny został ustalony zgodnie z inicjatywą dowodową stron, na podstawie zaferowanych dowodów z dokumentów i ich kopii, co do których żadna ze stron nie zgłosiła zarzutów odnośnie ich niewiarygodności.

Dokonując ustaleń faktycznych w zakresie wysokości doznanego przez powoda uszczerbku na zdrowiu Sąd miał przede wszystkim na uwadze opinię biegłego sądowego z zakresu kardiologii. Zdaniem Sądu opinia sporządzona przez biegłego sądowego – po jej uzupełnieniu – jest przekonująca i wiarygodna, a wnioski opinii – stanowcze i jednoznaczne. Jej wiarygodność wynikała z faktu, że w granicach możliwej dla Sądu oceny tejże opinii, nie było podstaw do uznania jej choć w pewnych elementach za błędną lub chociaż wadliwą przez pryzmat logiki, wiedzy powszechnej i zasad doświadczenia życiowego.

Strona powodowa nie zgłosiła żadnych zarzutów co do treści sporządzonej w sprawie opinii. Zastrzeżenia pozwanego co do tej opinii były zaś wyjaśniane w toku postępowania i biegły na piśmie ustosunkował się do nich w sposób wyczerpujący.

Pełnomocnikowi pozwanego został określony termin na zgłoszenie ewentualnych zastrzeżeń co do opinii uzupełniającej. W piśmie z dnia 1 lipca 2015 roku (k. 80) pełnomocnik powoda oświadczył, że nie zgłasza uwag co do treści tej opinii. W świetle powyższego w ocenie Sądu nie wystąpiły żadne przesłanki, skutkujące odmową poczynienia ustaleń odnośnie stanu faktycznego w oparciu o wnioski powyższej opinii.

Sąd zważył, co następuje:

Zgodnie z art. 805 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (art. 805 § 2 pkt 2 k.c.).

W niniejszej sprawie bezspornym jest, że powód miał status osoby ubezpieczonej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, o której mowa w art. 805 § 2 pkt 2 k.c., na podstawie której strona pozwana zobowiązała się do wypłaty powodowi świadczenia pieniężnego m.in. w razie doznania trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca.

Dla powstania po stronie pozwanej obowiązku świadczenia, konieczne było zaistnienie zdarzenia, którego konsekwencją było powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu, będącego jego normalnym następstwem w rozumieniu art. 361 § 1 k.c., zaś wysokość świadczenia determinuje procentowe określenie tegoż uszczerbku. W tym zakresie decydujące znacznie ma treść wiążącej strony umowy, z której wynikało, że stawka świadczenia pieniężnego za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu, spowodowanego zawałem, wynosi 560,00 zł.

Strona pozwana uznała swoją odpowiedzialność z tytułu doznanego przez powoda uszczerbku na zdrowiu, spowodowanego zawałem mięśnia sercowego i po przeprowadzonym postępowaniu likwidacyjnym wypłaciła powodowi kwotę 2.800,00 zł, przyjmując wystąpienie u powoda 5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Powód domagał się dalszej kwoty odszkodowania, zarzucając błędne określenie przez stronę pozwaną wysokości doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Rozstrzygnięcie zagadnienia, jakiego rodzaju uszczerbku na zdrowiu doznał powód w związku z zawałem mięśnia sercowego z dnia 23 października 2014 roku wymagało posiadania wiadomości specjalnych.

Biegły z zakresu kardiologii w wydanej opinii stwierdził, że zgodnie z tabelą norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiącej załącznik do o.w.u. powód w wyniku przebytego zawału mięśnia sercowego doznał 60 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Biegły wskazał na istnienie związku przyczynowego między zawałem serca a uszczerbkiem na zdrowiu powoda. Ustaleń w zakresie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda dokonano przy tym w oparciu o badanie powoda, jakie nastąpiło – zgodnie z zapisami o.w.u. - po zakończeniu leczenia i okresu rekonwalescencji. Występujący u powoda uszczerbek na zdrowiu ma charakter trwały, obejmuje uszkodzenie mięśnia sercowego, odpowiada więc całkowicie definicji trwałego uszczerbku na zdrowiu, za który zobowiązana jest strona pozwana do wypłaty sumy ubezpieczenia w odpowiednim procencie.

Odnosnie zarzutów, zgłoszonych przez pełnomocnika pozwanego, dotyczących powiązania pomiędzy wystąpieniem zawału serca u powoda a chorobami występującymi u powoda, zmierzających do ustalenia, czy gdyby nie choroby istniejące u powoda, powód nie doznałby zawału serca, należy zaznaczyć, że pełnomocnik pozwanego, zobowiązany do przedstawienia wszelkich twierdzeń i dowodów wskazujących na zmniejszenie lub ograniczenie swej odpowiedzialności (k. 142v), nie podniósł żadnych okoliczności, z których wynikałoby, że stosownie do zapisów umowy odpowiedzialność pozwanego była ograniczona w przypadku, gdy u ubezpieczonego przed zawałem występowały inne schorzenia. Kwestia zatem związku pomiędzy schorzeniami występującymi u powoda a przeżytym zawałem mięśnia sercowego pozostawała bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Skoro pozwany zdecydował się na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, spowodowanego zawałem mięśnia sercowego, nie wprowadzając żadnych wyłączeń odpowiedzialności (ich istnienia pozwany nie wykazał, a brak jest odpowiednich zapisów w przedstawionych ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia), ani nie ograniczając kręgu osób, dla których przeznaczone jest ubezpieczenie w odniesieniu do stanu zdrowia istniejącego w dniu zawarcia umowy, w chwili obecnej nie może zwolnić się z odpowiedzialności, powołując się na inne schorzenia, występujące u powoda.

Stosownie do postanowień § 18 ust. 4 o.w.u. TZ tylko uprzednie uszkodzenie mięśnia sercowego wskutek samoistnej choroby lub urazu mogło wpłynąć na ograniczenie odpowiedzialności pozwanego poprzez redukcję stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego nie wynika jednak, by powód przed zdarzeniem doznał uraz, skutkującego uszkodzeniem serca lub do jego uprzedniego uszkodzenia doszło w wyniku choroby samoistnej.

Pozwany nie wykazał jednakże, aby u powoda wcześniej występowało uszkodzenie mięśnia sercowego, które wpływałoby na ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, zwłaszcza że w ocenie uszczerbku na zdrowiu, sporządzonej przez lekarza orzecznika (...) zawarto stwierdzenia: „Wpływ wcześniejszego urazu lub choroby: 0,00%, wcześniej stwierdzone uszkodzenia: 0,00 %” (w aktach likwidacji szkody).

Nie znajdują w sprawie także – z uwagi na charakter ubezpieczenia jako ubezpieczenia osobowego – ograniczenia odpowiedzialności, przewidziane dla ubezpieczeń majątkowych w Dziale II Tytułu XXVIII Kodeksu cywilnego.

Mając na uwadze powyższe, Sąd uznał, iż ustalony przez pozwane towarzystwo ubezpieczeń 5 % uszczerbek na zdrowiu powoda w związku z przeżytym zawałem serca został znacznie zaniżony, stąd, za zasadne uznać należało żądanie powoda zasądzenia od strony pozwanej kwoty 30.800,00 zł, za dalsze 55 % uszczerbku, przy wysokości świadczenia

ustalanej na 560,00 zł za 1 % uszczerbku, wynikającej z umowy, stosownie do jej zapisów i o.w.u., na podstawie których pozwany zobowiązał się do spełnienia świadczenia za każdy 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, a górną granicę tej odpowiedzialności określono na 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu (§ 17 ust. 2 o.w.u.), czyli 56.000,00 zł (k. 72).

Powyższe skutkowało orzeczeniem jak w pkt 1 sentencji.

W części podlegało także uwzględnieniu zgłoszone przez powoda żądanie zasądzenia odsetek ustawowych od dochodzonej kwoty. Wymaga bowiem podkreślenia, że zgodnie z przepisem art. 481 k.c., odsetki należą się za samo opóźnienie, choćby wierzyciel nie poniósł żadnej szkody i choćby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. W tym ujęciu odsetki stanowią w zasadzie minimalną rekompensatę uszczerbku doznanego przez wierzyciela, wskutek pozbawienia go możliwości czerpania korzyści z należnego mu świadczenia pieniężnego.

Dłużnik popada w opóźnienie, jeżeli nie spełnia świadczenia pieniężnego w terminie, w którym świadczenie stało się wymagalne. Stosownie do art. 455 k.c., jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony, ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do jego wykonania.

W przypadku umów ubezpieczenia, termin spełnienia świadczenia jest uregulowany w art. 817 § 1 k.c., zgodnie z którym jeżeli nie umówiono się inaczej, zakład ubezpieczeń obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Wyjątek od tej reguły określa art. 817 § 2 k.c., stanowiąc, że jedynie, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Pozwany nie powołał się na istnienie przeszkód w postaci niemożliwości wyjaśnienia okoliczności koniecznych dla ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, mimo działań podejmowanych ze szczególną starannością, a niewykazanie ich świadczy o popadnięciu ubezpieczyciela w opóźnienie ze spełnieniem świadczenia, którego skutki określone są w art. 481 § 1 k.c. i obligują dłużnika do zapłaty odsetek (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 listopada 2009 r. sygn. akt II CSK 257/09).

Korekcie podlegał jednakże okres, za jaki powód mógł domagać się zasądzenia odsetek od pozwanego. Ciążący na ubezpieczycielu terminowy obowiązek świadczenia zależy od spełnienia dodatkowych przesłanek dotyczących współdziałania poszkodowanego.

Termin określony w art. 817 k.c. jest terminem płatności roszczenia wobec zakładu ubezpieczeń. Dla nadejścia terminu płatności świadczenia zakładu ubezpieczeń wystarczające jest otrzymanie zawiadomienia o wypadku, przy czym nie jest istotne kto dokonuje takiego zawiadomienia. Zakład ubezpieczeń ma obowiązek, po otrzymaniu zawiadomienia o wypadku, ustalenia przesłanek swojej odpowiedzialności, to znaczy aktywnego, samodzielnego wyjaśnienia okoliczności wypadku i wysokości szkody. Jeśli poszkodowany nie określił wysokości roszczenia, a zakład ubezpieczeń mając dane do jego ustalenia nie oświadczy jaką kwotę uważa za właściwe odszkodowanie, powstaje w zasadzie stan opóźnienia. Natomiast z chwilą wypłacenia kwoty ustalonej przez ubezpieczyciela obowiązek wypowiedzenia się odnośnie do tego, czy jest ona odpowiednia, powraca do wierzyciela (poszkodowanego). Od chwili zgłoszenia przez niego żądania dalszych roszczeń, zakład pozostaje w opóźnieniu, o ile oczywiście roszczenia te będą uzasadnione (por. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 13 sierpnia 2008 r. I CSK 114/07, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 lipca 1999 r. III CKN 315/98).

Jeśli zatem zakład ubezpieczeń w postępowaniu szkodowym nie spełnił należnych świadczeń, do roszczeń dochodzonych w postępowaniu sądowym mają zastosowanie przepisy ogólne o wymagalności świadczeń pieniężnych. Oznacza to, że określone kwotowo świadczenie jest wymagalne niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do jego spełnienia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 11 lutego 1993 r. I ACr 41/93).

W zgłoszeniu szkody powód nie określił wysokości żadanego świadczenia. W pozwie powód domagał się zasądzenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu kwoty 22.400,00 zł, przy czym żądanie to powód ograniczył o wypłaconą po wniesieniu pozwu kwotę 2.800,00 zł. Następnie w piśmie z dnia 7 sierpnia 2015 roku rozszerzył powództwo o dalszą kwotę 11.200,00 zł. Odpis pozwu został doręczony pozwanemu w dniu 21 stycznia 2015 roku (k. 38), zaś odpis pisma rozszerzającego powództwo w dniu 17 sierpnia 2015 roku (k. 118).

W świetle poczynionych powyżej uwag odsetki od kwoty 19.600,00 zł (22.400,00 zł – 2.800,00 zł), objętej pierwotnym żądaniem pozwu, zasądzono od dnia następującego po dniu doręczenia odpisu pozwu pozwanemu, zaś odsetki od kwoty 11.200,00 zł od dnia następującego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pisma rozszerzającego powództwo.

Zaznaczenia przy tym wymaga, że żądanie powoda wynikało z jednego zdarzenia medycznego i dotyczyło szkody, o której pozwany został zawiadomiony w dniu 30 października 2014 roku. Tym samym daty, od których zasądzono odsetki, przypadają po dniu płatności, przewidzianym w art. 817 § 1 k.c., a wymagalność roszczenia określono zgodnie z art. 455 k.c. - niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do jego spełnienia.

W pozostałym zakresie powództwo o odsetki podlegało oddaleniu, o czym orzeczono jak w pkt 2 sentencji, mając na względzie tę okoliczność, że o opóźnieniu pozwanego w spełnieniu świadczenia można mówić dopiero po określeniu kwotowo świadczenia przez wierzyciela.

O kosztach procesu, w pkt 3 wyroku, orzeczono na podstawie art. 100 k.p.c. Powód w części uległ ze swym żądaniem, gdyż za przegranie sporu należy uznać także cofnięcie powództwa wraz ze zrzeczeniem się roszczenia. Powód cofnął zaś powództwo w zakresie świadczenia za pobyt w szpitalu w kwocie 650,00 zł, świadczenia z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej w kwocie 812,50 zł oraz świadczenia w kwocie 2.800,00 zł, wypłaconej tytułem uszczerbku na zdrowiu powoda w toku postępowania. Z uwagi jednak, że powód pozew złożył przed nadejściem dla pozwanego terminu płatności przewidzianego w art. 817 § 1 k.c, także w zakresie, w jakim powód cofnął pozew co do kwoty spełnionej na jego rzecz po wytoczeniu powództwa należało uznać go za przegrywającego spór, skoro pozwany świadczenie w tej części spełnił w terminie – po 5 dniach od otrzymania zgłoszenia szkody.

W konsekwencji należało uznać, że powód ze swoimi żądaniami utrzymał się w 84,20 %. Z żądanej kwoty 35.062,50 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 23 października 2014 roku zasądzono na rzecz powoda kwotę 30.800,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od kwoty 22.400,00 zł od dnia 22 stycznia 2015 i od kwoty 11.200,00 zł od dnia 18 sierpnia 2015 roku.

Należało bowiem mieć na względzie (por. postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 19 stycznia 2012 r. IV CZ 119/2011, L..pl nr (...)), że użyte w art. 100 k.p.c. pojęcie „uwzględnienia żądań” nie ogranicza się wyłącznie do uwzględnienia roszczenia głównego określonego wartością przedmiotu sporu, ale obejmuje także ocenę żądania zasądzenia odsetek. Dla zastosowania przywołanego przepisu bez znaczenia pozostają wynikające z art. 19-25 k.p.c. zasady oznaczania wartości przedmiotu sporu. Jak wskazano w uzasadnieniu powołanego powyżej orzeczenia, nie ma podstaw do utożsamiania „wartości przedmiotu sporu” z użytym w art. 100 k.p.c. pojęciem „uwzględnienia żądań”, które nie ograniczają się wyłącznie do roszczenia głównego określonego wartością przedmiotu sporu, ale obejmuje także ocenę żądania zasądzenia odsetek.

Pozwany poniósł koszty wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika, ustanowionego z wyboru w wysokości 2.400,00 zł ustalonej stosownie do § 6 pkt 5 w zw. z § 4 ust. 2 rozporządzenia z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. z 2013r. poz. 490 t.j.) oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa, łącznie w kwocie 2.417,00 zł. Powód poniósł zaś koszt opłaty od pozwu w wysokości 1.194,00 zł oraz ciężar wydatków związanych z dopuszczonym w sprawie dowodem z opinii biegłego sądowego w kwocie 396,82 zł (284,52 zł + 112,30 zł), jak również wydatki w rozumieniu art. 5 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2014 roku poz. 1025 t.j.), związane z przeprowadzonym w sprawie dowodem z opinii

biegłego sądowego, obejmujące koszty stawienia się przez powoda na badanie lekarskie (odległość przebyta przez powoda z miejsca zamieszkania samochodem osobowym wynosiła 2 x 67 km, wobec braku wykazania wyższych kosztów przyjęto kwotę 67,00 zł wedle stawki 0,50 zł za każdy kilometr). Z treści art. 91 oraz 86 ust. 1 ww. ustawy wynika, że stronie należności przyznaje się w wysokości przewidzianej dla świadków oraz że świadkowi przysługuje zwrot kosztów podróży - z miejsca jego zamieszkania do miejsca wykonywania czynności sądowej na wezwanie sądu - w wysokości rzeczywiście poniesionych, racjonalnych i celowych kosztów przejazdu własnym samochodem lub innym odpowiednim środkiem transportu. Powód poniósł zatem koszty procesu w kwocie 1.657,82 zł.

Łączne koszty procesu poniesione przez strony wyniosły 4.074,82 zł, z czego pozwany winien ponieść stosownie do swej przegranej 84,20 % tych kosztów, to jest kwotę około 3.431,00 zł. Wobec poniesienia kosztów w wysokości 2.417,00zł, różnicę w wysokości 1.014,00 zł zasądzono od pozwanego na rzecz powoda.

Mając powyższe na względzie orzeczono jak w pkt 3 sentencji.

W punkcie 4 i 5 wyroku orzeczono o nieuiszczonych kosztach sądowych, na które składała się opłata stosunkowa od rozszerzonego powództwa w kwocie 5% x 11.200,00 zł, to jest 560,00 zł. Stosownie do swej przegranej pozwany winien ponieść 84,20 % tej kwoty, to jest kwotę 471,52 zł, pozostałą zaś częścią nieuiszczonej opłaty obciążono powoda. Podstawę orzeczenia stanowiły przepisy art. 130³ § 2 k.p.c. w zw. z art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2014 roku poz. 1025 t.j.) oraz art. 100 k.p.c.

SSR/-/Beata Witkowska