

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 19 września 2017 roku powódka A. S. reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika w osobie radcy prawnego domagała się zasądzenia od pozwanego (...) S.A. na swoją rzecz kwoty 20.000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 29 marca 2017 roku do dnia zapłaty. Ponadto powódka domagała się zasądzenia od pozwanego na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu wskazano, że roszczenie związane jest ze zdarzeniem drogowym do którego doszło w dniu 10 września 2016 roku w miejscowości C.. W wyniku tego zdarzenia powódka doznała złamania kompresyjnego kręgu L-1 i złamania lewego wyrostka poprzecznego kręgu L-1. Pozwanym jest ubezpieczyciel szkody. W postępowaniu likwidacyjnym pozwany ubezpieczyciel wypłacił powódce łącznie kwotę 12.500 zł tytułem zadośćuczynienia. W ocenie powódki wypłacona kwota jest zdecydowanie zaniżona i nieadekwatna do wielkości krzywdy i cierpień. Powódka domaga się odsetek począwszy od dnia następującego po dniu wydania przez ubezpieczyciela pierwszej decyzji w sprawie (pozew k. 2-10).

Sąd Rejonowy Lublin-Zachód w Lublinie w sprawie o sygn. akt I Nc 894/17 w dniu 26 września 2017 roku wydał nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym zgodny z żądaniem pozwu (nakaz zapłaty k. 51).

W dniu 23 października 2017 roku pozwany złożył sprzeciw do ww. nakazu zapłaty. Zaskarżając go w całości wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania według norm przepisanych, z uwzględnieniem kosztów zastępstwa radcy prawnego oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa (17 zł).

W uzasadnieniu pozwany podniósł, iż na etapie postępowania likwidacyjnego ustalił, że powódka w wyniku wypadku doznała 5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, zaś pozostały uszczerbek jest wynikiem zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa. Zaznaczył, iż w postępowaniu likwidacyjnym wypłacił powódce kwotę 12.500 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwotę 1.450 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia. W ocenie strony pozwanej kwota zadośćuczynienia wypłacona powódce w postępowaniu likwidacyjnym jest adekwatna do doznanej krzywdy, wobec powyższego brak jest podstaw do przyjęcia, iż pozwany pozostaje w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia, a zatem ewentualne odsetki mogą być zasądzone najwcześniej od dnia wydania wyroku (odpowiedź na pozew k. 56-58).

W toku postępowania strony podtrzymały swoje stanowiska procesowe.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 10 września 2016 roku w miejscowości C., kierujący samochodem marki M. o nr rej. (...), naruszył zasady bezpieczeństwa w ruchu drogowym w ten sposób, że na skrzyżowaniu z drogą z pierwszeństwem przejazdu nie zastosował się do znaku STOP i wymusił pierwszeństwo przejazdu na poruszającym się tą drogą samochodzie marki S. (...), czym nieumyślnie doprowadził do zderzenia się pojazdów. A. S., podróżująca na miejscu pasażera z przodu samochodem marki M., w wyniku zdarzenia doznała obrażeń ciała. Na miejsce zdarzenia wezwano policję i karetkę pogotowia ratunkowego. A. S. w chwili zdarzenia miała zapięte pasy bezpieczeństwa (pismo Komendy Miejskiej Policji w L. k. 64, przesłuchanie powódki w trybie art. 299 k.p.c. k. 389, k. 294v-295v)

Pojazd sprawcy w chwili zdarzenia był ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w (...) S.A. z siedzibą w W. (bezsporne).

A. S. została przewieziona do (...) im. S. W. SP ZOZ w L., gdzie stwierdzono u niej: złamanie kręgu odcinka lędźwiowego kręgosłupa, złamanie kompresyjnego kręgu L-1 bez uszkodzeń korzeniowo-rdzeniowych i złamanie lewego wyrostka poprzecznego kręgu L-1. Poszkodowana przebywała w szpitalu od 10 do 26 września 2016 roku. Była poddana leczeniu

bezoperacyjnemu, otrzymywała leki przeciwbólowe i zastrzyki przeciwzakrzepowe. Po ustąpieniu ostrych dolegliwości bólowych została zaopatrzona w gorset J. i rozpoczęto postępowanie usprawniające. Poszkodowana podjęła chodzenie z pomocą balkonika. Po wykonaniu kontrolnych radiogramów pacjentka została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniami kontynuacji leczenia w (...). Poszkodowana kontynuuje leczenie w poradni ortopedycznej. Przeszła też kilka serii zabiegów rehabilitacyjnych (dokumentacja medyczna k. 14-49, k. 74-74v, k. 85-98, k. 191-208, k. 234v-252, przesłuchanie powódki w trybie art. 299 k.p.c. k. 389, k. 294v-295v).

Po opuszczeniu szpitala (...) wymagała całodobowej opieki. Pomoc potrzebna była przy skorzystaniu z toalety czy umyciu. Poszkodowana poruszała się przy pomocy balkonika. Opiekowała się nią siostra, która na miesiąc zamieszkała wraz z poszkodowaną, pomagając jej w czynnościach związanych z higieną osobistą, ubraniem, posiłkami, przyjmowaniem leków oraz wykonując wszystkie prace domowe jak gotowanie sprzątanie, zakupy. Córka i zięć robili jej zastrzyki. A. S. przyjmowała leki przeciwbólowe. W tym czasie jej mama również po wypadku przebywała w szpitalu. Poszkodowana ponad rok nosiła gorset, który znacząco utrudniał jej funkcjonowanie. W chwili wypadku pracowała. Z dniem 1 października 2016 roku zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami przeszła na emeryturę. Przed wypadkiem A. S. nie odczuwała dolegliwości ze strony kręgosłupa. Była osobą samodzielną, sprawną, aktywną i gotową do pomocy. Zajmowała się swoją mamą, spotykała się ze znajomymi. Przed wypadkiem nie miała żadnych urazów kręgosłupa. Przed wypadkiem razem ze swoją matką i rodziną córki poszkodowana planowała budowę domu letniskowego na działce. Po przejściu na emeryturę planowała też więcej czasu poświęcić opiece nad wnukami. Po wypadku pojawiły się problemy z ciśnieniem. Obecnie jest pod opieką ortopedy, kardiologa i neurologa. Od czasu wypadku poszkodowana jest w złej kondycji psychicznej. Stres objawia się lękami, płaczem i problemami ze snem. Od czasu wypadku poszkodowana ma dolegliwości ze strony kręgosłupa. Zwłaszcza na zmianę pogody. Pozostaje pod opieką lekarza ortopedy, który przepisuje jej leki i kieruje ją na rehabilitację. Kilka razy w roku ma rehabilitację. Ma problemy z włożeniem skarpet czy rajstop, ciężko jej przykucnąć a potem wstać, nie może podnosić wnuków, ani bawić się z nimi tak jak wcześniej (przesłuchanie powódki w trybie art. 299 k.p.c. k. 389, k. 294v-295v, zeznania świadka R. R. k. 296-296v, zeznania świadka R. K. k. 296v-297v, zeznania świadka B. K. k. 297v-298v).

A. S. w wyniku zdarzenia z 10 września 2016 roku doznała 18 % długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w związku ze stwierdzonymi uszkodzeniami strukturalnymi w postaci złamania kompresyjnego trzonu kręgu L1 oraz wyrostka poprzecznego 1 kręgu lędźwiowego. U poszkodowanej nie stwierdzono obecności objawów korzeniowych. Leczenie jakie wdrożono u poszkodowanej polegało na odciążeniu osiowym kręgosłupa i zastosowaniu ortozy stabilizującej szkielet osiowy. Następnie wdrożono postępowanie rehabilitacyjne. Leczenie odbywało się w ramach NFZ, koszty z nim związane to koszt zakupu ortozy oraz przyjmowanych leków przeciwbólowych (ok. 20-50 zł miesięcznie) w początkowym okresie leczenia. Leczenie nie zostało zakończone. Zarówno wypadek jak i okres leczenia urazu wiązał się dla poszkodowanej z występowaniem cierpień fizycznych. Zazwyczaj w przypadku tego typu złamań okres silnych dolegliwości bólowych trwa przez pierwsze 2-3 tygodnie po urazie. W okresie tym zwykle zaleca się ograniczenie obciążeń osiowych kręgosłupa co zwykle wiąże się z pozostawianiem w pozycji leżącej. Po ostrym okresie pourazowym zwykle następuje poprawa, jednak dolegliwości bólowe mogą występować nawet po wygojeniu złamania. Gojenie złamania kompresyjnego trzonu kręgu trwa około 12-18 tygodni. Czas i stopień natężenia objawów bólowych jest indywidualnie zmienny i trudny do prognozowania. W związku z urazem wystąpiły ograniczenia w życiu codziennym związane z dolegliwościami bólowymi, koniecznością pozostawiania w pozycji leżącej, koniecznością odciążania kręgosłupa i stosowania ortozy (gorset J.). Zgłaszane przez poszkodowaną dolegliwości były powodem długotrwałego ograniczenia zdolności do wykonywania np. pracy zawodowej czy cięższych prac fizycznych. Poszkodowana w związku z doznany urazem wymagała opieki ze strony osób trzecich i pomocy w czynnościach dnia codziennego przez okres pierwszych 4-6 tygodni od urazu. Obecnie taka konieczność nie występuje. Rokowania w tego typu przypadkach zazwyczaj są dobre tzn. po wygojeniu złamania nie dochodzi do dalszych deformacji szkieletu osiowego. Jednakże w niektórych przypadkach na skutek zaburzenia tzw. balansu strzałkowego może dojść do nasilenia lub przyspieszenia występowania dolegliwości związanych z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa. Ryzyko to jest trudne do oceny, gdyż nie jest możliwe określenie stanu zdrowia badanej sprzed urazu. Biorąc pod uwagę wiek poszkodowanej można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, iż mogły istnieć zmiany strukturalne o charakterze zwyrodnieniowym a ich objawy mogły pojawić się lub ulec nasileniu po przebytych urazach. Obecny stan zdrowia poszkodowanej należy określić

jako dobry. Leczenie nie zostało zakończone. Poszkodowana oczekuje na kolejny cykl zabiegów rehabilitacyjnych oraz wizytę w (...) (opinia biegłego sądowego z zakresu (...) k. 305-310 wraz z opinią uzupełniającą k. 341-342 oraz opinią uzupełniającą k. 383).

W dniu 14 listopada 2016 roku (...) S.A. potwierdził przyjęcie zgłoszenia szkody i wezwał poszkodowaną do przedstawienia szeregu dokumentów i informacji. Pismem z dnia 12 grudnia 2016 roku ubezpieczyciel poinformował o braku możliwości rozpatrzenia zgłoszonych roszczeń w terminie z powodu oczekiwania na dokumentację do przedstawienia której została wezwana poszkodowana. Decyzją z dnia 24 stycznia 2017 roku ubezpieczyciel przyznał A. S. zadośćuczynienie w kwocie 5.367 zł. W dniu 28 marca 2017 roku poszkodowana wniosła odwołanie, wnosząc o wypłatę dalszej kwoty 24.633 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwotę 110,76 zł tytułem odszkodowania. Decyzją z dnia 27 kwietnia 2017 roku ubezpieczyciel przyznał odszkodowanie w kwocie 1.450,80 zł (w tym tytułem kosztów opieki zgodnie z opinią lekarską za 90 dni wg stawki 8,06 zł/h) oraz zadośćuczynienie w kwocie 7.133 zł (pismo z 14.11.2016 r. k. 78, pismo z 12.12.2016 r. k. 80, decyzja z 24.01.2017 r. k. 106, k. 131, decyzja z 10.02.2017 r. k. 123, decyzja z 27.04.2017 r. k. 212, odszkodowanie k. 229-231).

Firma ubezpieczyciela (...) S.A. z dniem 5 lipca 2019 roku uległa zmianie na (...) S.A. V. (...) (bezsporne).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił zarówno na podstawie okoliczności bezspornych w sprawie oraz przyznanych przez strony, jak i powołanych wyżej dokumentów przedłożonych do akt sprawy przez powoda oraz pozwanego, w tym w szczególności dokumentacji medycznej i aktach szkody, których autentyczność ani wiarygodność nie była kwestionowana przez strony postępowania.

Przy ustalaniu stanu faktycznego w sprawie Sąd oparł się na opinii biegłego sądowego z zakresu (...) (k. 305-310 wraz z opinią uzupełniającą k. 341-342 oraz opinią uzupełniającą k. 383). Przystępując do oceny opinii biegłych, należy zwrócić uwagę na fakt, że kontrola ich zawartości merytorycznej przez Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, ogranicza się do zgodności treści i wniosków opinii z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Odwołanie się przez sąd do tych kryteriów oceny stanowi więc wystarczające i należyte uzasadnienie oceny opinii biegłego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2005 roku, II CK 572/04, LEX nr 151656). W świetle przywołanych kryteriów ww. opinię należało ocenić jako spójną, logiczną oraz opartą na fachowej wiedzy. Biegły sporządził ją w oparciu o znajdującą się w aktach sprawy dokumentację medyczną oraz przeprowadzone przez siebie badanie. W opiniach uzupełniających biegły wskazał, iż w pierwszej opinii błędnie wyliczył wartość uszczerbku na zdrowiu poszkodowanej. W kolejnej opinii uzupełniającej podtrzymał wyliczenia z opinii uzupełniającej. Z uwagi na powyższe Sąd przyjął uszczerbek na zdrowiu wskazany w opiniach uzupełniających.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadków: R. R. (k. 296-296v), R. K. (k. 296v-297v), B. K. (k. 297v-298v) oraz przesłuchaniu powódki A. S. w trybie art. 299 k.p.c. (k. 389, k. 294v-295v). Ww. zeznania świadków Sąd uznał za wiarygodne. Zeznania te są szczere, logiczne, rzeczowe i spójne. Współ z innymi dowodami przeprowadzonymi w niniejszej sprawie dają pełny obraz okoliczności i następstw zdarzenia z dnia 10 września 2016 roku.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo jest zasadne w części.

W pierwszej kolejności należy podnieść, że w przedmiotowej sprawie nie było sporu co do tego, że pozwany ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za skutki zdarzenia z dnia 10 września 2016 roku, natomiast spór dotyczył zasadności i wysokości należnego powódce z tego tytułu zadośćuczynienia.

Zgodnie z normą art. 822 § 1 i 2 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której zawarta została umowa ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o których mowa w § 1 będące następstwem przewidzianego w umowie wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.

Stosownie do treści art. 34 ust. 1, art. 35 i art. 36 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarantowanym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 roku, poz. 2060 ze zmianami) przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są zobowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia. Ubezpieczeniem OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jest objęta odpowiedzialność cywilna każdej osoby, która kierując pojazdem mechanicznym w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej, wyrządziła szkodę w związku z ruchem tego pojazdu. Odszkodowanie ustala się i wypłaca w granicach odpowiedzialności cywilnej posiadacza lub kierującego pojazdem mechanicznym, najwyżej jednak do ustalonej w umowie ubezpieczenia sumy gwarancyjnej.

W świetle art. 19 ust. 1 powyższej ustawy, poszkodowany w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. Należy zatem uznać, iż odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest pochodną odpowiedzialności cywilnej sprawcy szkody, a więc ma charakter wtórny. W niniejszej sprawie ubezpieczyciel uznał swoją odpowiedzialność co do zasady.

Podstawy prawnej żądanego przez powoda zadośćuczynienia należy upatrywać w treści art. 445 § 1 k.c. Podstawową funkcją tego roszczenia jest kompensacja. Zmierza ono bowiem do wynagrodzenia doznanych przez poszkodowanego cierpień fizycznych i psychicznych. W ocenie Sądu nie budzi wątpliwości fakt, że powódka w efekcie zdarzenia z 10 września 2016 roku doznała zarówno cierpień fizycznych: ból związany z wypadkiem i zabiegami rehabilitacyjnymi, początkowo konieczność stosowania reżimu łóżkowego, następnie trudności z poruszaniem i przemieszczaniem, niedogodności związane z leczeniem i rehabilitacją oraz psychicznych stres związany z samym wypadkiem oraz negatywne uczucia przeżywane w związku z jego skutkami.

Odnosząc się do kwestii wysokości świadczenia należnego powódce tytułem zadośćuczynienia zauważyć trzeba, iż zadośćuczynienie, w przeciwieństwie do odszkodowania, dotyczy szkody niemajątkowej, a więc nieprzeliczalnej na określoną kwotę pieniężną. Ustawodawca nie wprowadził przy tym żadnych kryteriów, jakimi powinien kierować się sąd przy ustalaniu wysokości należnego poszkodowanemu zadośćuczynienia, ograniczając się jedynie do stwierdzenia, iż ma być ono odpowiednie. Już z powyższego wynika zatem, iż pojęcie „sumy odpowiedniej” jest pojęciem o charakterze niedookreślonym. Z tego względu w orzecznictwie, a także w doktrynie wskazuje się kryteria, którymi należy kierować się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia. Winno ono mieć charakter kompensacyjny, a więc musi przedstawiać odczuwalną wartość ekonomiczną, nie będącą jednakże wartością nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy. Z tego wynika, że „wartość odpowiednia” to wartość utrzymana w granicach odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. Zadośćuczynienie powinno być przyznane w wysokości umożliwiającej pokrzywdzonemu uzyskanie satysfakcji adekwatnej do cierpień i krzywd, jakich doznał, dlatego w pierwszym rzędzie sąd powinien ocenić rozmiar krzywdy.

Ustalając „odpowiednią sumę” należy mieć na względzie rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych, stopień tych cierpień, intensywność i długotrwałość (pobyt w szpitalu, konieczność poddania się zabiegom), prognozy na przyszłość, wiek i płeć poszkodowanego, konsekwencje, jakie naruszenie wywołało w życiu osobistym i społecznym. Zadośćuczynienie powinno być umiarkowane – nie może być symboliczne, ale i nie może być nadmierne. Wysokość zadośćuczynienia powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, ma ono bowiem przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość, nie może jednak zarazem stanowić źródła wzbogacenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 lutego 2006 roku, IV CK 384/05, LEX nr 190756; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 12 października 2004 roku, I ACa 530/04, LEX nr 179052; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2001 roku, III CKN 427/00, LEX nr 52766; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2000 roku, III CKN 582/98, LEX nr 52776; wyrok Sądu Najwyższego z 16 kwietnia 2002 roku, V CKN 1010/00, OSNC 2003, z. 4, poz. 56).

W pierwszej kolejności, przy ocenie wysokości należnego powodowi żądania zadośćuczynienia należy mieć na uwadze skutki zdarzenia z dnia 10 września 2016 roku. Sąd wziął pod uwagę przede wszystkim fakt doznania przez powódkę 18

% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu oraz istniejące i odczuwane do chwili obecnej skutki wypadku. Sąd uwzględnił wynikający z dokumentacji medycznej rodzaj i zakres doznanych obrażeń ciała oraz przebieg leczenia, wskazany w opinii biegłego czas trwania dolegliwości i natężenie tych dolegliwości oraz konieczność korzystania z pomocy osób trzecich. Sąd wziął pod uwagę wpływ wypadku na życie prywatne i rodzinne powódki oraz konieczność zmiany planów życiowych. Sąd nie tracił z pola widzenia okoliczności, że leczenie wciąż nie zostało zakończone, poszkodowana w dalszym ciągu odczuwa dolegliwości bólowe, musi przyjmować leki oraz korzystać z rehabilitacji. Sąd miał ponadto na uwadze wpływ wypadku i jego skutków na psychikę poszkodowanej. W tym zakresie nie był przeprowadzony dowód z opinii biegłego, niemniej jednak z doświadczenia życiowego wynika, iż zeznania zarówno świadków jak i powódki odnoszące się do tego aspektu są wiarygodne i zgodne z zasadami logiki.

W świetle powyżej przytoczonych okoliczności, Sąd doszedł do wniosku, iż należne powodowi zadośćuczynienie za krzywdy doznane w następstwie zdarzenia komunikacyjnego, winno kształtować się na poziomie 25.000 zł. Tak ustalony rozmiar roszczenia jest adekwatny do rozmiaru ujemnych następstw wypadku a jednocześnie nie prowadzi do nieuzasadnionego wzbogacenia po stronie powódki. Z uwagi na okoliczność, iż w toku postępowania likwidacyjnego ubezpieczyciel wypłacił na rzecz powódki łącznie 12.500 zł tytułem zadośćuczynienia Sąd zasądził od pozwanego kwotę 12.500 zł (25.000 zł – 12.500 zł), w pozostałej zaś części roszczenie oddalił.

Żądanie dochodzenia ustawowych odsetek z tytułu opóźnienia w zapłacie zadośćuczynienia znajduje uzasadnienie w normie art. 481 § 1 i § 2 k.c. Jak wynika z art. 481 § 1 k.c. wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, zaś dłużnik popada w opóźnienie, jeśli nie spełnia świadczenia w terminie. Roszczenie o zapłatę odszkodowania wyrządzone czynem niedozwolonym, co do zasady, nie podlega odrębnym regulom w zakresie terminu spełnienia świadczenia przez dłużnika. Zobowiązanie to ma charakter świadczenia bezterminowego, zaś zgodnie z 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 wykonania. Jednakże w przypadku, gdy zobowiązanym do zapłaty zadośćuczynienia z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego posiadaczy pojazdów mechanicznych jest ubezpieczyciel, termin wynikający z art. 455 k.c., określony jako niezwłoczny, podlega korekcie przewidzianej w powołanym przez Sąd Rejonowy przepisie art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2016 roku, poz. 2060 t. jedn.). Stosownie do tych regulacji, zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie, a w przypadku gdyby wyjaśnienie w tym terminie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. Z powyższego wynika, że stan opóźnienia ubezpieczyciela w wypłacie świadczenia może powstać najwcześniej z 31 dniem od daty złożenia zawiadomienia o szkodzie. Wypada zatem rozważyć, co należy rozumieć pod pojęciem „złożenie zawiadomienia o szkodzie”, skoro od daty zgłoszenia takiego zawiadomienia zaczyna swój bieg wyznaczony przez ustawodawcę termin do likwidacji szkody i wypłaty świadczenia osobie uprawnionej. Odpowiedź na to pytanie dają kolejne przepisy powołanej wyżej ustawy z dnia 22 maja 2003 roku. Mianowicie z brzmienia art. 14 ust. 3, czy art. 19 ust. 1 w zw. z art. 16 ust. 2 pkt 2 tej ustawy należy wnosić, że zawiadomienie o szkodzie winno obejmować nie tylko szczegółowe informacje na temat przebiegu zdarzenia rodzącego odpowiedzialność ubezpieczeniową, ale także określenie co najmniej rodzaju roszczenia dochodzonego od ubezpieczyciela, a więc wskazanie czy jest to roszczenie z tytułu szkody majątkowej i na czym owa szkoda polega, względnie czy jest to żądanie z tytułu szkody na osobie – krzywdy, z przytoczeniem okoliczności wskazujących na jej rozmiar. Wymienione przepisy 14 ust. 3 i art. 19 ust. 1 wyraźnie bowiem posługują się pojęciem „zgłoszonego roszczenia”. Pierwszy z nich stanowi, że jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem (...), drugi zaś, że poszkodowany w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. O

zgłoszonym roszczeniu zakład ubezpieczeń powiadamia niezwłocznie ubezpieczonego. Rozwiązania przyjęte w cytowanych przepisach są logiczne, gdyż tylko takie zawiadomienie o szkodzie, które jednocześnie konkretyzuje co najmniej rodzaj żądania przedstawionego ubezpieczycielowi do realizacji, pozwala zakładowi ubezpieczeń na podjęcie stosownych działań zmierzających do likwidacji szkody i to nawet wówczas, gdy uprawniony nie wskaże wysokości dochodzonych roszczeń. Jeżeli uprawniony nie określi roszczenia co do wysokości, poprzestając jedynie – w ramach obowiązku współdziałania, o którym mowa w art. 16 ustawy – na wskazaniu okoliczności zdarzenia i podstawy faktycznej żądania, ubezpieczyciel ma możliwość i powinien we własnym zakresie ustalić i ocenić, jaką kwotę uważa za właściwe odszkodowanie lub zadośćuczynienie. W takiej jednak sytuacji, w wypadku, gdy uprawniony uzna przyznane świadczenie za niewystarczające i zażąda jego podwyższenia, ubezpieczyciel nie popada w opóźnienie co do wypłaty świadczenia ponad kwotę przez niego przyjętą i wypłaconą (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 lipca 1999 roku, III KKN 315/98, OSNC 2000/2/31).

Nie ulega wątpliwości, że bezterminowy charakter zobowiązania z tytułu zadośćuczynienia i niezbędne do jego przekształcenia w zobowiązanie terminowe przedsięwzięcie działań przewidzianych w art. 455 k.c. oznacza, że dla postawienia tego roszczenia w stan wymagalności konieczne jest wystosowanie przez wierzyciela do dłużnika wezwania do zapłaty zawierającego wskazanie konkretnej kwoty. W odniesieniu więc do żądania odszkodowania, do zapłaty którego zobowiązany jest zakład ubezpieczeń w ramach odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, samo zgłoszenie szkody i zawiadomienie o wypadku nie jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia, zaś ubezpieczyciel popada w opóźnienie dopiero jeśli nie spełni w terminie 30 dni świadczenia, które zostało mu zgłoszone kwotowo (tak Sądy Apelacyjne w: Białymstoku w wyrokach z dnia 20 marca 2013 roku, sygn. I ACa 849/13, Legalis nr 831307 i z dnia 20 lutego 2013 roku, I ACa 365/12, Legalis nr 998781, w Krakowie w wyrokach z dnia 26 czerwca 2015 roku, sygn. I ACa 546/15, Legalis 1325878 i z dnia 23 grudnia 2014 roku, sygn. I ACa 1379/14, Legalis nr 1203367, w Warszawie w wyroku z dnia 21 października 2014 roku, sygn. VI ACa 1880/13, Legalis nr 1169106, w Poznaniu z dnia 28 lutego 2012 roku, sygn. I ACa 69/12, Legalis nr 457392).

Powódka, żądając zadośćuczynienia, domagała się również zapłaty odsetek za opóźnienie w spełnieniu należnego mu świadczenia, poczynając od dnia 29 marca 2017 roku do dnia zapłaty. W dniu 14 listopada 2016 roku (...) S.A. potwierdził przyjęcie zgłoszenia szkody i wezwał poszkodowaną do przedstawienia szeregu dokumentów i informacji. Pismem z dnia 12 grudnia 2016 roku ubezpieczyciel poinformował o braku możliwości rozpatrzenia zgłoszonych roszczeń w terminie z powodu oczekiwania na dokumentację do przedstawienia której została wezwana poszkodowana. Decyzją z dnia 24 stycznia 2017 roku ubezpieczyciel przyznał A. S. zadośćuczynienie w kwocie 5.367 zł. W dniu 28 marca 2017 roku poszkodowana wniosła odwołanie wnosząc o wypłatę dalszej kwoty 24.633 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwotę 110,76 zł tytułem odszkodowania. Decyzją z dnia 27 kwietnia 2017 roku ubezpieczyciel przyznał odszkodowanie w kwocie 1.450,80 zł oraz zadośćuczynienie w kwocie 7.133 zł. W przedmiotowej sprawie Sąd uznał, że w dniu wniesienia odwołania ubezpieczyciel posiadał już wszystkie dane niezbędne do ustalenia rozmiaru krzywdy i wysokości zadośćuczynienia. W związku z tym należało uznać, iż roszczenie o odsetki jest zasadne od dnia następnego tj. od 29 marca 2017 roku.

Z uwagi na powyższe Sąd zasądził od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej V. (...) z siedzibą w W. na rzecz powódki A. S. kwotę 12.500 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 29 marca 2017 roku do dnia zapłaty (punkt I wyroku) w pozostałym zakresie powództwo oddalił (punkt II wyroku).

Zgodnie z art. 100 k.p.c. zdanie pierwsze, zgodnie z którym, w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Sąd uwzględnił powództwo w części, tj. co do kwoty 12.500 zł z dochodzonej kwoty 20.000 zł a zatem powództwo zostało uwzględnione w 62,50 %. Na koszty procesu wyłożone przez powoda w łącznej wysokości 4.967 zł składają się: opłata od pozwu w kwocie 1.000 zł; wynagrodzenie reprezentującego powoda pełnomocnika w osobie radcy prawnego w wysokości 3.600 zł ustalone na podstawie § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1804); opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł; zaliczka uiszczona (k. 301) i wykorzystana (k. 315) w kwocie 350 zł.

Na koszty procesu wyłożone przez pozwanego w łącznej wysokości 3.767 zł składają się: wynagrodzenie reprezentującego powoda pełnomocnika w osobie radcy prawnego w wysokości 3.600 zł ustalone na podstawie § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1804), opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł; zaliczka uiszczona (k. 288) i wykorzystana (k. 315) w kwocie 150 zł.

Łącznie koszt procesu wyniósł 8.734 zł. Stosownie do wyniku sprawy pozwany powinien ponieść koszty w kwocie 5.458,75 zł, zaś powód w kwocie 3.275,25 zł. Zatem Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.691,75 zł (5.458,75 zł – 3.767 zł) tytułem kosztów procesu (punkt III wyroku).

Tymczasowo z sum budżetowych Skarbu Państwa wypłacono 891,63 zł w tym: 415,12 zł (postanowienie k. 315) i 476,51 zł (postanowienie k. 350). Stosownie do wyniku sprawy Sąd obciążył na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego Lublin – Zachód w Lublinie pozwanego kwotą 557,27 zł i powódkę A. S. kwotą 334,36 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych (punkt IV wyroku).

Mając powyższe okoliczności na uwadze oraz na podstawie powołanych wyżej przepisów Sąd orzekł, jak w sentencji.