

Sygn. akt *IIC 375/17*

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 lutego 2020r.

Sąd Rejonowy Lublin - Zachód w Lublinie II Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący Sędzia Agnieszka Cagara - Zarzycka

Protokolant sekretarz sądowy Justyna Kruszniewicz – Probola

po rozpoznaniu w dniu 28 stycznia 2020r. w Lublinie

sprawy z powództwa D. S.

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

o zapłatę kwoty 30.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 18 czerwca 2010r. do dnia zapłaty i ustalenie odpowiedzialności na przyszłość

I. oddała powództwo;

II. zasądza od powoda D. S. na rzecz pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 3.600 (trzy tysiące sześćset) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;

III. nie obciąża powoda D. S. nieuiszczonymi kosztami sądowymi;

IV. nakazuje wypłacić na rzecz adwokat M. S. (1) kwotę 2.952 (dwa tysiące dziewięćset pięćdziesiąt dwa) złote, w tym 552 (pięćset pięćdziesiąt dwa) złote podatku VAT - tytułem wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną powodowi D. S. z urzędu oraz kwotę 115,72 zł (sto piętnaście złotych siedemdziesiąt dwa grosze) tytułem zwrotu wydatków.

Sygn. akt II C 375/17

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 24 kwietnia 2017 r. powód D. S. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z siedzibą w B. kwoty 30.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 18 czerwca 2010 r. do dnia zapłaty, ustalenie, że pozwany ponosi odpowiedzialność za szkody mogące powstać w przyszłości a wynikające z samego zdarzenia oraz zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu powód podniósł, że w dniu 18 czerwca 2010 r. uległ wypadkowi przy pracy, w wyniku, którego doznał złamania trzonu i nasady obwodowej piszczeli lewej oraz złamania nasady dalszej piszczeli prawej. W tym samym dniu został przyjęty do Szpitala (...) w L., gdzie wykonano operację obu nóg i założono gips udowy na obie nogi. W szpitalu przebywał od 18 czerwca 2010 r. do 05 lipca 2010 r. Po wypadku powód nie mógł samodzielnie się poruszać dlatego zmuszony był korzystać z wózka przez 5 miesięcy tj. od czerwca do końca listopada 2010 r. Po zdjęciu gipsu z lewej nogi miał założony stabilizator na lewe kolano, który nosił ponad rok. Przez około półtora roku po zdjęciu gipsu korzystał z dwóch kul, a następnie przez kolejny rok z jednej kuli. Po wypadku stwierdzono u powoda niewydolność bólową statycznie – dynamiczną kończyn dolnych jako następstwo doznanego w wypadku urazu. Musiał uczyć się chodzenia i korzystać z nauki chodu w poręczach, z balkonikiem oraz laskami łokciowymi. Następnie powód został skierowany na zabiegi rehabilitacyjne. Po wypadku powód zgłosił szkodę pozwanemu, który

stwierdził u powoda 30 % trwały uszczerbek na zdrowiu. Z tego tytułu wypłacił powodowi kwotę 12.150,00 zł. Powód jednak pismem z dnia 23 maja 2016 r. wezwał pozwanego do zapłaty dodatkowego zadośćuczynienia z tytułu powstałej szkody oraz występujących u niego schorzeń mających związek z wypadkiem. Aktualnie stwierdzono u powoda uszkodzenie stawu kolanowego, kręgosłupa w odcinku lędźwiowym i szyjnym stawów skokowych obu nóg. Od czasu wypadku powód ma trudności w poruszaniu się. Stwierdzono u niego przewlekły zespół bólowy korzeniowy kręgosłupa, zwyrodnienie stawów skokowych i kolanowego. Powód nie powrócił już do sprawności sprzed wypadku. Ma problemy żeby przykucnąć, przysiąść, nie może długo chodzić, nie może biegać. Po nocy czy po dłuższym siedzeniu powód utyka. Od czasu wypadku powód jest pod kontrolą neurologa. Z powodu dalszego pogarszania się stanu zdrowia powoda i konieczności dalszej rehabilitacji uzasadniony jest wniosek o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości.

(pozew wraz z uzasadnieniem: k. 2-4).

W odpowiedzi na pozew z dnia 22 grudnia 2017 r. pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych, w tym opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

W uzasadnieniu pozwany podniósł, iż powództwo w zaistniałym stanie faktycznym nie znajduje uzasadnienia i jako bezpodstawne winno zostać oddalone w całości. Ponadto zaprzeczył wszelkim okolicznościom faktycznym oraz prawnym zgłoszonym przez stronę powodową stanowiącym podstawę roszczenia, za wyjątkiem tych, które wyraźnie przyznaje. Podniesiono, że powód nie wskazał z jakiego tytułu dochodzi niniejszych roszczeń. Pozwany zakwestionował przedstawione w pozwie roszczenia zarówno co do zasady jak i wysokości. Żądania powoda w stosunku do pozwanego nie mają uzasadnienia, bowiem ubezpieczenia (...) na (...) SA swoim zakresem nie obejmują zadośćuczynienia oraz ustalenia odpowiedzialności na przyszłość. Wskazano, iż w następstwie zgłoszenia szkody na podstawie ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia grupowego na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem oraz na podstawie rodzaju przebytego urazu i zastosowanego leczenia, potwierdzonego dokumentacją medyczną, lekarz orzecznik ustalił u powoda 30 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. W związku z powyższym decyzją z dnia 08 lutego 2013 r. pozwany przyznał i wypłacił powodowi świadczenie w wysokości 12.150,00 zł. Pozwany ustalił wysokość ubezpieczenia zgodnie z polisą oraz Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia ze zmianami obowiązującymi uchwałą nr UZ/19/2011 w szczególności w oparciu o § 5 zgodnie, z którym (...) na (...) SA wypłaca świadczenie w przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczeniowej aktualnej w dniu wypadku w wysokości 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu (4,5 % z sumy ubezpieczeniowej wynoszącej 9.000 zł za 1 % trwałego uszczerbku). Pozwany podniósł nadto zarzut przedawnienia roszczeń dochodzonych przez powoda w związku ze zdarzeniem z dnia 18 czerwca 2010 r. Odnosząc się do odpowiedzialności pozwanego na przyszłość wskazano, iż podstawą odpowiedzialności pozwanego są Ogólne Warunki Ubezpieczenia a żądanie powoda w tym zakresie nie jest zasadne. Za bezzasadne uznano również żądanie przez powoda zasądzenia odsetek.

(odpowiedź na pozew: k. 77-78v).

Pismem z dnia 04 czerwca 2018r. profesjonalny pełnomocnik powoda sprecyzował żądanie pozwu podnosząc, że powód dochodzi świadczenia z pozwu w związku ze zdarzeniem z dnia 18 czerwca 2010r. a odpowiedzialności pozwanego upatruje w zawartej i obowiązującej na dzień zdarzenia umowie z pozwanym. (pismo k. 136-139)

W piśmie z dnia 12 lipca 2018 r. odnosząc się do zgłoszonego przez pozwanego zarzutu przedawnienia roszczeń powód wskazał, że w aktach szkody brak jest dowodu potwierdzającego doręczenie przez pozwanego decyzji z dnia 08 lutego 2013 r. Z uwagi na powyższe nie można uznać, że pismo z dnia 08 lutego 2013 r. rozpoczęło bieg przedawnienia zgodnie z art. 819 § 4 zd. 1 kc. Podniesiono również, że w aktach likwidacji szkody pismo pozwanego z dnia 08 lutego 2013 r. nie zawiera podpisu osoby uprawnionej do działania w imieniu pozwanego. Brak dowodu doręczenia powodowi pisma z dnia 08 lutego 2013 r., brak zachowania formy pisemnej czy też brak wskazania okoliczności będących podstawą decyzji wskazuje na niezachowanie przez pozwanego wymogów z art. 16 ust. 3

ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Powód złożył w dniu 23 maja 2016 r. zgłoszenie dodatkowego roszczenia wynikającego ze zdarzenia z dnia 18 czerwca 2010 r. Wniesiono o nieuwzględnienia zarzutu przedawnienia na podstawie art. 5 kc. W sprawie przedmiotowej zarzut przedawnienia stoi w sprzeczności z zasadami współzycia społecznego i stanowi nadużycie prawa. Podniesiono, że w sprawie przedmiotowej powód nie miał dostępu do wydanej na zlecenie pozwanego opinii lekarza więc nie miał wiedzy o tym i nie wiedział, że może powyższe kwestionować. Powód o tym, w jaki sposób został zakwalifikowany powstały u niego uszczerbek na zdrowiu i jakie są podstawy do wyliczenia jego wysokości dowiedział się dopiero w toku przedmiotowego postępowania. Pozwany nie tylko w sposób nieprawidłowy zakwalifikował uszczerbek na zdrowiu powoda, ale poprzez lakoniczne uzasadnienie decyzji swoim działaniem dążył niewątpliwie do zmniejszenia świadczenia i utrudnienia powodowi kwestionowania powyższego. Nadto zgodnie z warunkami ubezpieczenia pozwany powinien wywołać opinię po zakończeniu leczenia pomimo natomiast wskazania w opinii, że leczenie nie zostało zakończone nie została wywołana nowa opinia. Natomiast z ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem wynika, że procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji.

(pismo k. 147-150)

Kolejnym pismem z dnia 07 września 2018 r. pozwany podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie. Odnosząc się do treści pisma powoda z dnia 11 lipca 2018 r. wskazano, że w ocenie pozwanego niezasadnym jest powoływanie się przez powoda na fakt braku doręczenia mu decyzji pozwanego z dnia 08 lutego 2013 r., od której winien być liczony okres przedawnienia roszczeń w przedmiotowej sprawie. Twierdzenia strony powodowej wyrażone w tym aspekcie pozostają w całkowitej sprzeczności ze stanem faktycznym.

(pismo k. 152-153)

W dalszym toku postępowania strony podtrzymywały dotychczasowe stanowiska.

Sąd Rejonowy ustalił, co następuje:

W dniu 18 czerwca 2010 roku powód D. S. uległ wypadkowi w pracy, podczas którego spadł z rusztowania z wysokości około 2,5 m. Ze względu na ból kończyn dolnych przewiezony został przez Pogotowie (...) na (...) 1 w L., gdzie stwierdzono u powoda złamanie kości goleni lewej i prawej. Po wstępnym zaopatrzeniu powód skierowany został do Kliniki (...) – 1 w L., gdzie rozpoznano złamanie trzonu i nasady obwodowej piszczeli lewej oraz złamanie nasady dalszej piszczeli prawej. Zastosowano u powoda leczenie operacyjne polegające na repozycji zamkniętej (wyciągu) goleni lewej i unieruchomieniu w gipsie udowym oraz repozycji otwartej i stabilizacji wewnętrznej goleni prawej z unieruchomieniem w gipsie. Powód hospitalizowany był od 16 czerwca 2010 roku do 05 lipca 2010 roku. Dalsze leczenie powód kontynuował w Poradni (...) 1 w L. i w Wojewódzkim Szpitalu (...) przy Al. (...) w L.. W 2012 roku u powoda usunięto zespolenie (pozostała 1 śruba), a następnie powód został poddany rehabilitacji w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych. Powód przebywał przez 6 miesięcy na zwolnieniu lekarskim, rok na zasiłku rehabilitacyjnym i przez taki sam okres czasu na rencie. Leczenie powoda zostało zakończone wiosną 2013 roku. Powód ponownie podjął zatrudnienie w dniu 14 sierpnia 2014r. jako pracownik fizyczny branży budowlanej. Od 2016r. nie pracuje ze względu na dyskopatię kręgosłupa nie pozostającą w związku z przedmiotowym urazem. W 2016 r. doznał złamania I kości śródstopia lewego.

Po wypadku powód nie mógł samodzielnie się poruszać dlatego zmuszony był korzystać z wózka inwalidzkiego przez okres 5 miesięcy tj. od czerwca do końca listopada 2010 roku. Po zdjęciu gipsu z lewej nogi założono mu stabilizator na lewe kolano, który powód nosił przez ponad rok. Przez około półtora roku po zdjęciu gipsu korzystał z dwóch kul, a następnie przez kolejny rok z jednej kuli. Po wypadku stwierdzono u powoda niewydolność bólową statycznie – dynamiczną kończyn dolnych jako następstwo doznanego w wypadku urazu. Musiał uczyć się chodzenia i korzystać z nauki chodu w poręczach, z balkonikiem oraz laskami łokciowymi.

W wyniku zdarzenia z dnia 18 czerwca 2010 roku powód doznał złamania trzonu i nasady obwodowej piszczeli lewej oraz złamania nasady dalszej piszczeli prawej. Procentowy stały uszczerbek na zdrowiu w związku z doznanymi urazami wynosi 16 % za złamanie w obrębie trzonu i nasady dalszej kości piszczelowej lewej oraz 14 % za złamanie nasady dalszej piszczeli prawej.

Powód w wyniku zdarzenia w dniu 18 czerwca 2010 roku nie doznał urazu ze strony centralnego układu nerwowego ani obwodowego układu nerwowego. Zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego, z powodu którego był leczony ambulatoryjnie pod kontrolą Poradni Neurologicznej oraz był poddany hospitalizacji w Oddziale Neurologicznym (...) Szpitala (...) i leczeniu operacyjnemu w Klinice (...) w L. w 2016 roku, powstał w przebiegu narastających przez lata zmian zwyrodnieniowych i dyskopatycznych, pogłębionych pracami przeciążeniowymi i nie ma związku z wypadkiem. Powód nie odniósł żadnego uszczerbku na zdrowiu pod względem neurologicznym ani długotrwałego ani stałego w następstwie zdarzenia z dnia 18 czerwca 2010r.

Powód do 2016r. nie podejmował żadnego leczenia psychiatrycznego ani terapii psychologicznej.

Powód w dniu wypadku był zatrudniony na umowę o pracę w firmie budowlanej Przedsiębiorstwo (...) na stanowisku montażysty prefabrykatów żelbetonowych. W chwili zdarzenia objęty był ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...) oraz dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, regulowanego ogólnymi warunkami ubezpieczenia (...) z późn. zm. – obowiązujące w dacie wypadku to zmiany zatwierdzone ostatecznie uchwałą UZ/19/2011. Według warunków umowy powodowi w razie doznania uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku – wyłącznie o charakterze trwałym – przysługuje świadczenie w wysokości 4,5% sumy ubezpieczenia za 1 % trwałego uszczerbku.

Powód w dniu 28 stycznia 2013 roku zgłosił pozwanemu szkodę. Decyzją lekarza orzecznika z dnia 07 lutego 2013r. ustalono wobec powoda trwały uszczerbek na zdrowiu w łącznym wymiarze 30% tj. po 15% trwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z urazem każdej z kończyn dolnych. Mając na uwadze sumę ubezpieczenia 9.000 złotych powodowi przyznano i wypłacono świadczenie kwocie 12.150 złotych (4,5%x 9000zł x 30), w oparciu o decyzję z dnia 8 lutego 2013 roku. Pozwany nie dysponuje dowodem doręczenia przedmiotowej decyzji na piśmie powodowi.

Powód ponownie pismem datowanym 23 maja 2016r. wystąpił do pozwanego z roszczeniem o wypłatę dodatkowego świadczenia w związku z wypadkiem z dnia 18 czerwca 2010r. wskazując, że pod koniec 2015r. ujawniły się u niego dolegliwości kręgosłupa i kończyn dolnych mające związek z przedmiotowym wypadkiem.

(dowód: dokumentacja medyczna leczenia powoda k. 7-17,19-36v, 180-193, 289-299, ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego Typ P (...) k. 145-146v, ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem k. 86-86v, deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia - k. 88-89v, , tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu k. 91-103v.,orzeczenie lekarskie k. 90iv, polisa nr (...) k. 144-144v, decyzja z dnia 08 lutego 2013r., k.87, opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii ogólnej, urazowej i chirurgii urazowo – ortopedycznej J. S. k. 224-227, pisemna uzupełniająca opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii ogólnej, urazowej i chirurgii urazowo – ortopedycznej J. S. k. 255-256,281,319, opinia biegłego neurologa B. A. k. 283-288, pisemna uzupełniająca opinia biegłego neurologa B. A. k. 316-317, zeznania powoda k. 108-108v, 312-312v, zeznania świadków: G. S. k. 108v-109, M. S. (2) k. 109-109v., zgłoszenie szkody z dnia 23 maja 2016 roku k. 18, potwierdzenie przelewu k. 157, akta szkody)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie przedłożonych przez strony dokumentów uznając je za wiarygodne albowiem dokumenty te korzystają z domniemania określonego w art. 244 k.p.c. i art. 245 k.p.c., a żadna ze stron przedmiotowego postępowania nie udowodniła, że zawarte w nich oświadczenia są niezgodne z prawdą (art. 252 k.p.c. i art. 253 k.p.c.).

Sąd oparł się także na zeznaniach powoda i świadków zasadniczo uznając je zasadniczo za konsekwentne, logiczne, znajdujące potwierdzenie w zgromadzonym materiale dowodowym. Depozycje wskazanych osób odnoszą się w pierwszej kolejności do przebiegu zdarzenia dnia 18 czerwca 2010r. i doznanych w jego następstwie urazów, konieczności hospitalizacji powoda i długotrwałego leczenia oraz rehabilitacji.

Opinie sądowo – lekarskie biegłych J. S. i B. A. Sąd obdarzył w pełni wiarą, uznając za rzetelne, wyważone, jednoznaczne, pełne, uzasadniające zawarte wnioski końcowe biegłych o stanie zdrowia powoda, doznanych obrażeniach oraz rozmiarze trwałego uszczerbku na zdrowiu, wydane po analizie zgromadzonego materiału dowodowego oraz przeprowadzonym badaniu. Opinie powyższe uznane zostały za wiarygodne w całości, jako spójne i logiczne, sporządzone przez biegłych zgodnie ze wskazaniami wiedzy specjalistycznej, w oparciu o obowiązujące przepisy, wiedzę praktyczną i doświadczenie zawodowe. Miarodajność przedmiotowych opinii nie została skutecznie zakwestionowana w toku postępowania dowodowego. Biegli odnieśli się do stawianych zarzutów czy też zgłaszanych wątpliwości w pisemnych opiniach uzupełniających, których treść i wnioski końcowe Sąd podziela w całości. Szczególnie jeśli idzie o konkluzje biegłego J. S., który w sposób jednoznaczny i kategoryczny wskazał, że wydając przedmiotową opinię w zakresie skutków urazu z dnia 18 czerwca 2010r. uwzględnił stany chorobowe i uraz lewej stopy. Biegły kategorycznie podtrzymał konkluzję co do wysokości stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu wywołanego urazem. Brak jest przy tym podstaw do dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego z zakresu ortopedii, gdyż powód nie zakwestionował skutecznie pod względem medycznym i merytorycznym wartości przedmiotowej opinii. Wprawdzie zgodnie z zapisami § 18 ust. 3 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczeniowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się nie później niż w 24 miesiącu od daty wypadku, należy jednak zauważyć, że powód zgłosił szkodę w 31 miesiącu po wypadku i lekarz orzecznik wydawał opinię mając na uwadze tę samą dokumentację medyczną jaka została przedstawiona w niniejszej sprawie. Istotne jest również, że zgodnie z § 16 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczeniowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem ocena stanu zdrowia jest dokonywana jedynie na podstawie dokumentacji medycznej. Trafnie więc biegły J. S. wskazał na brak możliwości wydania opinii uwzględniającej pełny stan zdrowia powoda na 24 miesiąc od zdarzenia, skoro na tę datę nie było przeprowadzone osobiste badanie powoda. Taka opinia mogłaby mieć charakter jedynie czysto hipotetyczny. Nadto wniosek o dopuszczenie takowej opinii uzupełniającej jest spóźniony został bowiem zgłoszony dopiero po 4 miesiącach od doręczenia (k.311) opinii uzupełniającej biegłego J. S. z dnia 17 lipca 2019r. (k. 281) Należy w tym miejscu podzielić pogląd wyrażony w orzecznictwie, że specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2005 roku, II CK 572/04, LEX nr 151656).

Sąd pominął dowód z opinii biegłego psychologa na okoliczność rozmiaru cierpień powstałych w związku z przedmiotowym wypadkiem i czasu ich trwania albowiem dowód, na tak sformułowaną okoliczność, nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, nadto powód przed 2016r. nie korzystał z żadnej pomocy psychiatry lub psychologa. Zgodnie zaś z § 18 pkt 7 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczeniowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zmiana stanu zdrowia (pogorszenie lub polepszenie) w późniejszym okresie po ustaleniu uszczerbku na zdrowiu nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.

Sąd oddalił wnioski dowodowe o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych neurologa i ortopedy na okoliczności wskazane w pozwie jako nieprzydatne dla rozstrzygnięcia. Z tej samej przyczyny Sąd oddalił wnioski o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych neurologa i ortopedy na okoliczność czy leczenie powoda było prowadzone prawidłowo i czy miało wpływ na rozmiar uszczerbku na zdrowiu. Wbrew bowiem twierdzeniu pełnomocnika powoda pozwany nie ponosi odpowiedzialności za skutki wypadku, który powstał w wyniku uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonane i czy stanowiły następstwo nieszczęśliwego wypadku – vide dokładnie § 14 ust 8 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na

wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczeniowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Pozwany nie zgłaszał też braku swojej odpowiedzialności (w całości lub w części) z tej przyczyny.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało oddaleniu.

Kwestia odpowiedzialności pozwanego towarzystwa ubezpieczeń wobec powoda za skutki wypadku z dnia 18 czerwca 2010 roku co do zasady pozostawała bezsporna. Ocenie Sądu została poddana natomiast zasadność żądania kwoty objętych pozwem zważywszy na stanowisko pozwanego o zaspokojeniu roszczeń powoda w toku postępowania likwidacyjnego oraz podniesione przez pozwanego zarzutu przedawnienia roszczenia.

Stosownie do treści art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełniać określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Należy przy tym podkreślić, że istotnym elementem łączącego ubezpieczyciela i ubezpieczającego stosunku obligacyjnego są postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia określające zakres ubezpieczenia i sposób ustalenia wysokości świadczenia. To treść umowy – a tym samym stanowiące jej integralną część postanowienia ogólnych warunków umowy – determinuje zakres świadczenia ubezpieczyciela i jednocześnie możliwość dochodzenia przez osobę poszkodowaną określonych roszczeń. W ubezpieczeniu NW prawo do uzyskania świadczenia z umowy ubezpieczenia uzależnione jest od zaistnienia nieszczęśliwego wypadku powodującego skutki określone w warunkach umowy, ubezpieczenie zaś to ma na celu finansowe wsparcie ubezpieczonego w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie określonym w zawartej umowie. W rozpatrywanej sprawie, świadczenie ubezpieczyciela ustalone na podstawie treści § 5 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem oraz polisy nr (...) polegało na wypłaceniu poszkodowanemu kwoty pieniędzy w wysokości 4,5 % sumy ubezpieczenia za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Tym samym sposób ustalenia kwoty świadczenia wypłacanego przez ubezpieczyciela zgodnie z postanowieniami umowy odnosi się do dwóch zmiennych: z jednej strony do stopnia uszczerbku na zdrowiu, z drugiej zaś do wysokości sumy ubezpieczenia. Ubezpieczony, zatem w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego otrzymuje od zakładu ubezpieczeń świadczenie proporcjonalne do stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu i sumy ubezpieczenia, na którą opiewa umowa.

Z podstawowej reguły wykonywania zobowiązań określonej w art. 354 § 1 k.c. wynika, że dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią, przy czym ułożenie stosunku prawnego należy do uznania stron, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego (art. 353¹ k.c.). Biorąc pod uwagę poczynione powyżej rozważania, należy wskazać, że dochodzone roszczenie nie znajduje uzasadnienia w treści zawartej umowy ubezpieczenia, albowiem świadczenie z tej umowy zostało już spełnione w toku postępowania likwidacyjnego. Jak wyżej wskazano w toku postępowania dowodowego ustalono, że trwały uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi łącznie 30%, utrzymał się więc na tym samym poziomie jaki został orzeczony w toku postępowania likwidacyjnego. Tym samym zgodnie z powyżej przedstawionymi zapisami warunków umowy powodowi w razie doznania uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku – wyłącznie o charakterze trwałym – przysługuje świadczenie w wysokości 4,5% sumy ubezpieczenia za 1 % trwałego uszczerbku. Mając na uwadze sumę ubezpieczenia 9.000 złotych świadczenie należne powodowi wynosi 12.150 złotych (4,5%x 9000zł x 30). Kwotę już przyznano i wypłacono w toku postępowania likwidacyjnego, co potwierdził powód. Tym samym powództwo jako nieudowodnione podlega oddaleniu.

Nie zasługuje również na uwzględnienie żądanie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość. W ocenie Sądu powód nie posiada interesu prawnego w ustaleniu, tak jak wymaga tego przepis art. 189 k.p.c. Sens wydania wyroku ustalającego zachodzi wtedy, gdy powstała sytuacja grozi naruszeniem stosunku prawnego lub statuuje wątpliwość co do jego istnienia lub nieistnienia (tak Sąd Apelacyjny w Białymstoku w wyroku z dnia 15 listopada 2012 r., I ACA 594/12, LEX). W przedmiotowej sprawie odpowiedzialność pozwanego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu nie jest w ogóle kwestionowana. Istnienie interesu prawnego w żądaniu

ustalenia powód uzasadniał pogorszeniem się stanu zdrowia i koniecznością rehabilitacji co może spowodować szkody w przyszłości. Tymczasem zgodnie z § 18 pkt 7 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczeniowego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zmiana stanu zdrowia (pogorszenie lub polepszenie) w późniejszym okresie po ustaleniu uszczerbku na zdrowiu nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia. W tej sytuacji brak jest podstaw do uznania istnienia po stronie powoda interesu prawnego dla stwierdzenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

Odnosząc się do podniesionego w odpowiedzi na pozew przez pozwanego zarzutu przedawnienia roszczenia to mając na uwadze ogólną regułę zawartą w art. 120 § 1 k.c. należy stwierdzić, że bieg przedawnienia rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne, a jeżeli ta wymagalność zależy od podjęcia określonej czynności przez uprawnionego, bieg terminu rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stałoby się wymagalne, gdyby uprawniony podjął czynność w najwcześniejszym możliwym terminie. Generalna zasada przedawnienia roszczeń z umów ubezpieczenia uregulowana jest w art. 819 § 1 kc zgodnie, z którym roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech. Dodać także należy, że zgodnie z art. 819 § 4 k.c. bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Natomiast w myśl § 3 powyższego artykułu bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia. Należy uznać, że nie znajdują tu zastosowania przepisy o formie czynności prawnych zastrzeżonej dla celów dowodowych. Oświadczenie ubezpieczyciela o odmowie świadczenia nie ma zresztą w ogóle charakteru oświadczenia woli (czynności prawnej), gdyż nie prowadzi do żadnej innej zmiany w zakresie stosunku prawnego z wyjątkiem rozpoczęcia na nowo biegu przedawnienia, a trudno przyjąć, aby ten ostatni skutek wynikał wprost z treści oświadczenia.

Jeżeli uprawniony zgłosił ubezpieczycielowi konkretne roszczenia wynikające z danego zdarzenia, a ubezpieczyciel ustosunkował się jedynie do niektórych z nich, należy uznać, że skutek w postaci rozpoczęcia na nowo biegu przedawnienia nie następuje w odniesieniu do roszczeń, do których ubezpieczyciel się nie odniósł. Może natomiast budzić wątpliwości, jak traktować odpowiedź ubezpieczyciela na zgłoszenie samego zdarzenia objętego ubezpieczeniem bez powołania się na poszczególne roszczenia, jeżeli w odpowiedzi tej ustosunkowano się jedynie do niektórych roszczeń, jakie mogą potencjalnie z niego wynikać. W wyr. z 21.5.2009 r. (V CSK 444/08, L.) SN przyjął, że również i wówczas w stosunku do pozostałych roszczeń bieg przedawnienia nie rozpoczyna się na nowo. Wniosek taki należałoby jednak każdorazowo zweryfikować w konkretnych okolicznościach faktycznych.

Zbyt daleko idące wydaje się wyrażone w literaturze i orzecznictwie stanowisko, zgodnie z którym oświadczenie ubezpieczyciela o odmowie świadczenia powinno pod rygorem nieważności zawierać wszystkie elementy przewidziane w art. 16 ust. 3 UbezpU (obecnie art. 29 ust. 5 UbezpReasU) albo 14 ust. 3 UbezpObowU (SN w wyr. z 20.11.2014 r., V CSK 5/14, L.; D. F., A. M., Znaczenie regulacji art. 819 § 4 KC, s. 458–459). Rola wymienionych przepisów nie polega na tworzeniu wymogów formalnych co do skuteczności oświadczenia w świetle prawa cywilnego. Niezachowanie określonych w nich wymogów będzie raczej pociągać za sobą konsekwencje publicznoprawne. Nie powinno ulegać wątpliwości, że po otrzymaniu stanowczej odpowiedzi ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie przyznania świadczenia ponowne zgłoszenie ubezpieczycielowi tego samego roszczenia lub zdarzenia objętego ubezpieczeniem nie może doprowadzić do ponownego przerwania biegu przedawnienia. Wniosek taki nie jest wprawdzie wyraźnie przedstawiany w orzecznictwie ani w literaturze, ale dość powszechnie przyjmuje się go milcząco za oczywisty. Nie zasługuje na akceptację odmienny wniosek wyciągnięty z odwołaniem się do wykładni językowej przez SA w Ł. w wyr. z 25.6.2015 r. (I ACA 104/15, L.). Właśnie z wykładni literalnej wynika, że zgłosić roszczenie lub zdarzenie objęte ubezpieczeniem można tylko raz. Ponowne oświadczenie o tej samej treści nie będzie zgłoszeniem, bo to zostało już dokonane. Inne założenie prowadziłoby w konsekwencji do rezultatu, w którym uprawniony do świadczenia mógłby w nieskończoność zapobiegać przedawnieniu, dokonując sukcesywnych zgłoszeń.

W praktyce wątpliwości budzi sytuacja, gdy ubezpieczyciel w stosowanym wzorcu umowy przewiduje "dwuinstancyjną" procedurę rozpatrywania roszczeń, zakładającą możliwość złożenia "odwołania" od swojego pierwotnego stanowiska w odniesieniu do przyznania lub odmowy przyznania świadczenia. W odniesieniu do

takiej sytuacji w literaturze i orzecznictwie reprezentowane są dwa poglądy. Zgodnie z pierwszym z nich, który można określić jako rygorystyczny, przedawnienie rozpoczyna swój bieg na nowo w wyniku otrzymania pierwszego oświadczenia ubezpieczyciela, a "odwołanie" i ponowne rozpatrzenie sprawy w jego wyniku nie ma już wpływu na bieg przedawnienia (SA w K. w wyr. z 25.7.2013 r., V ACA 251/13, OSAK 2013, Nr 4, poz. 6; S. R., J. R., (...) majątkowe przedsiębiorców, s. 232). Na jego rzecz można wysunąć argument wynikający z literalnej wykładni przepisu, a także z zasady, że zarówno przepisy dotyczące przedawnienia, jak i odnoszące się do umowy ubezpieczenia mają charakter bezwzględnie wiążący. Wprowadzenie mocą umowy możliwości zwrócenia się do ubezpieczyciela o ponowne rozpatrzenie sprawy nie może zmieniać ich dyspozycji nawet na korzyść uprawnionego do świadczenia. Dominujące wydaje się jednak stanowisko przeciwne, zgodnie z którym dopiero ostateczne, a więc złożone w wyniku odwołania, oświadczenie ubezpieczyciela kończące postępowanie likwidacyjne wywołuje skutek w postaci rozpoczęcia na nowo biegu przedawnienia (SN w wyr. z 20.11.2014 r., V CSK 5/14, Legalis; D. Fuchs, A. Malik, Znaczenie regulacji art. 819 § 4 KC, s. 459 i n.; M. Serwach, w: E. Kowalewski, Prawo ubezpieczeń gospodarczych, 2006, s. 324; zob. też E. Kowalewski, J. Łopuski, Przedawnienie roszczeń, s. 98). Za tym poglądem może przemawiać argument, zgodnie z którym wprowadzenie "dwiinstancyjnego" trybu rozpatrywania roszczeń przez ubezpieczycieli nie powinno powodować negatywnych skutków dla uprawnionych. Skutek w postaci rozpoczęcia na nowo biegu przedawnienia już z chwilą otrzymania pierwotnej "decyzji" ubezpieczyciela mógłby zaś wprowadzać ich w błąd i w konsekwencji doprowadzić do upływu terminu przedawnienia mimo wystąpienia z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy. Nieracjonalne byłoby przyjęcie konieczności wszczęcia postępowania sądowego przed zakończeniem postępowania likwidacyjnego i złożeniem przez ubezpieczyciela definitywnego oświadczenia co do zasadności roszczeń.

Trafny jest ten drugi pogląd, przy czym nadaje się on do uzasadnienia również w świetle wykładni gramatycznej przepisu. Przez oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia w rozumieniu art. 819 § 4 zd. 2 KC należy rozumieć jedynie oświadczenie stanowcze. Oświadczenie złożone z załozeniem możliwości zmiany stanowiska wskutek ponownego rozpatrzenia sprawy nie ma takiego charakteru. Jest ono zaledwie propozycją rozstrzygnięcia, którą zainteresowany może zaakceptować, a może także ją zakwestionować, powodując kontynuację postępowania likwidacyjnego i złożenie w jego wyniku oświadczenia definitywnego. Należy więc uznać, że skutek w postaci rozpoczęcia na nowo biegu przedawnienia wywoła dopiero oświadczenie definitywne wydane w wyniku "odwołania" uprawnionego. Jeżeli uprawniony odwołania takiego nie złoży w przewidzianym terminie, pierwotne oświadczenie stanie oświadczeniem definitywnym. W takiej sytuacji bieg przedawnienia rozpocznie się na nowo z chwilą bezskutecznego upływu terminu do złożenia odwołania (a nie z chwilą doręczenia pierwotnego oświadczenia, jak zakłada SN w wyr. z 20.11.2014 r., V CSK 5/14, L. i chyba również D. F., A. M., Znaczenie regulacji art. 819 § 4 KC, s. 461).

W wyr. SN z 20.11.2014 r. (V CSK 5/14, B. (...), Nr 3) rozważano problem, "czy w świetle treści art. 819 § 4 KC zdarzeniem powodującym rozpoczęcie na nowo biegu przedawnienia roszczenia o świadczenie ubezpieczeniowe jest doręczenie ubezpieczonemu pierwszego oświadczenia o przyznaniu lub odmowie świadczenia, czy oświadczenia doręczonego po zakończeniu postępowania odwoławczego". Sąd sformułował następujące, trafne stanowisko w tej materii: "w stosunkach ubezpieczeniowych ukształtowała się praktyka włączenia do umowy stron ogólnych warunków umów, które precyzują czy postępowanie likwidacyjne jest jedno-, dwu- lub więcej etapowe w związku z przyznaniem ubezpieczonemu prawa złożenia odwołania, zwanego też niekiedy skargą lub zażaleniem, do wskazanego organu lub jednostki ubezpieczyciela. Jeżeli strony takie uprawnienie przyznały ubezpieczonemu, datą zakończenia postępowania likwidacyjnego jest data złożenia oświadczenia wydanego w wyniku postępowania odwoławczego. (...) Jeżeli właściwa jednostka ubezpieczyciela weryfikuje prawdziwość twierdzeń, co do zajścia wypadku ubezpieczeniowego oraz powstania szkody i jej wysokości, to oznacza, że ponownie rozpoznając wniosek, weryfikuje twierdzenia ubezpieczonego i przyjmuje istnienie stanu faktycznego, który odpowiada lub nie tym twierdzeniom. Postępowanie to dotyczy tego samego stosunku materialnoprawnego, który był przedmiotem wcześniejszego etapu postępowania likwidacyjnego, a więc jej stanowisko ma charakter merytoryczny. Dopóki zatem postępowanie likwidacyjne nie skończy się definitywnie, oświadczenie ubezpieczyciela nie nosi waloru oświadczenia kończącego to postępowanie. Nie można przyjąć, że celem racjonalnego ustawodawcy było, by postępowanie sądowe musiało być niekiedy wszczęte przed złożeniem przez ubezpieczyciela definitywnego oświadczenia i zakończeniem

postępowania likwidacyjnego. Z tych przyczyn należało przyjąć, że bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela rozpoczyna się po przerwie od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie od ubezpieczyciela kończące postępowanie likwidacyjne oświadczenie o przyznaniu lub odmowie świadczenia (art. 819 § 4 zd. 2 KC)".

Przenosząc powyższe na grunt przedmiotowej sprawy Sąd ustalił, że powód zgłosił pozwanemu szkodę 28 stycznia 2013 roku. Ubezpieczyciel przeprowadził postępowanie likwidacyjne na podstawie dostarczonej przez powoda dokumentacji medycznej z leczenia. Wyznaczony przez (...) na Życie lekarz specjalista z zakresu ortopedii w opinii z dnia 07 lutego 2013 roku ustalił, że wypadek spowodował u powoda trwałe uszczerbek na zdrowiu w wysokości 30%. Następnie w oparciu o decyzję z dnia 8 lutego 2013 roku powodowi wypłacone zostało świadczenie w kwocie 12.150,00 zł. Pozwany jednak nie udowodnił czy i jakiej dacie powodowi zostało doręczone na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia, nie uwodnił również nawet aby takowe oświadczenie został nadane u operatora pocztowego do powoda. Skoro tak, to należy uznać, iż bieg terminu przedawnienia roszczenia powoda wobec pozwanego uległ przerwaniu z dniem 28 stycznia 2013 roku na skutek zgłoszenia zdarzenia objętego ubezpieczeniem (art. 819 § 4 k.c.), natomiast nie można uznać, aby bieg przedawnienia rozpoczął się na nowo. Tym samym podniesiony w sprawie zarzut przedawnienia roszczenia powoda jest nietrafny. Powód konsekwentnie kwestionował fakt, jakoby otrzymał od pozwanego decyzję o przyznaniu świadczenia. Wprawdzie w treści ponownego zgłoszenia szkody, którego powód dokonał pismem z dnia 23 maja 2016 r. powoływał się na treść owej decyzji, jednakże nie potrafił ustosunkować się kiedy i w jakich okolicznościach dowiedział się o jej treści. Faktu tego nie dowiódł również pozwany, ani nie wynika on z analizy dołączonych akt szkodowych czy też akt sprawy IIC 637/16.

Zgodnie z brzmieniem art. 108 § 1 k.p.c. Sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji. Przepis art. 98 § 1 k.p.c. statuuje natomiast ogólną regułę odpowiedzialności za wynik procesu, według której strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty procesu, którymi są koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Ocena, czy i w jakim stopniu strona wygrała lub przegrała sprawę, powinna być dokonana przez porównanie roszczeń dochodzonych z ostatecznie uwzględnionymi. Wobec nieuwzględnienia żądania powoda uznać należy, że co do zasady pozwany wygrał niniejszy proces a powód jest zobowiązany zwrócić poniesione przez niego koszty procesu, o których zasądzenie, stosownie do treści art. 109 § 1 k.p.c., wniósł jego pełnomocnik procesowy. Zgodnie z art. 98 § 3 k.p.c. do niezbędnych kosztów procesu strony reprezentowanej przez adwokata (radcę prawnego) zalicza się wynagrodzenie, nie wyższe niż stawki opłat określone w odrębnych przepisach i wydatki jednego adwokata (radcy prawnego), koszty sądowe oraz koszty nakazanego przez sąd osobistego stawiennictwa strony.

Koszty poniesione przez pozwanego stanowi wynagrodzenie pełnomocnika – 3.600 zł (§ 2 pkt 4 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie tj. Dz.U. z 2018 r., poz. 265), i taką też kwotę Sąd zasądził na jego rzecz od powoda.

Rozstrzygnięcia o poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa brakujących wydatkach na koszt opinii biegłych oraz opłaty od pozwu obciążających powoda a od których powód był zwolniony dokonano stosownie do art.113 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

W oparciu o § 2 w zw. z § 3 w zw. z § 4 ust. 1 - 3 oraz § 8 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 265), przyznano adwokatowi M. S. (1) od Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego Lublin-Zachód w Lublinie kwotę 2.952,00 zł z tytułu nieopłaconej pomocy prawnej świadczonej powodowi D. S. z urzędu raz 115,72 zł zwrotu wydatków zgodnie ze złożonym rachunkiem .

Mając na uwadze powyższe, Sąd orzekł, jak w sentencji.