

Sygn. akt II C 808/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 października 2018 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi, II Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSR A. Z.

Protokolant: st. sekr. sąd. E. T.

po rozpoznaniu w dniu 12 października 2018 roku, w Ł.

na rozprawie

sprawy z powództwa P. J.

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

o zapłatę kwoty 7.800 zł

1. oddala powództwo;

2. zasądza od P. J. na rzecz (...) Spółki Akcyjnej V. (...) z siedzibą w W. kwotę 1.217 zł (jeden tysiąc dwieście siedemnaście) tytułem zwrotu kosztów procesu;

3. nakazuje zwrócić ze Skarbu Państwa Sądowi Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi na rzecz P. J.:

a) kwotę 164,67 zł (sto sześćdziesiąt cztery złote sześćdziesiąt siedem groszy) tytułem niewykorzystanej zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłego, uiszczonej w dniu 20 marca 2015 roku, zaksięgowanej pod pozycją 2411 150298;

b) kwotę 1,13 zł (jeden złoty trzynaście groszy) tytułem niewykorzystanej zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłego, uiszczonej w dniu 26 kwietnia 2016 roku, zaksięgowanej pod pozycją 2411 160482;

c) kwotę 3,18 zł (trzy złote osiemnaście groszy) tytułem niewykorzystanej zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłego, uiszczonej w dniu 27 września 2016 roku, zaksięgowanej pod pozycją 2411 161023.

Sygn. akt II C 808/14

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 15 października 2014 roku P. J., reprezentowany przez pełnomocnika w osobie radcy prawnego, wniósł o zasądzenie od C. Towarzystwa (...) w W. kwoty 7.800 zł, tytułem dalszego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z ustawowymi odsetkami od dnia 1 sierpnia 2014 roku do dnia zapłaty oraz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu podniesiono, że 5 lutego 2012 roku doszło do wypadku komunikacyjnego, w wyniku którego powód doznał obrażeń ciała w postaci urazu głowy, stłuczenia dolnej części grzbietu i miednicy oraz skręcenia i naderwania stawu ramiennego. W związku z doznanymi obrażeniami powód podjął leczenie i rehabilitację. W dniu 14 marca 2014 roku powód zgłosił szkodę pozwanej, z którą łączyła go umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, wzywając ją do zapłaty należnego świadczenia. Pozwana w piśmie z dnia 31 lipca 2014 roku ustosunkowała się do roszczeń powoda przyznając odszkodowanie w kwocie 1.200 zł, odpowiadające uszczerbkowi w wysokości 2%. Natomiast, w ocenie powoda, na skutek zdarzenia z dnia 5 lutego

2014 roku doznał on trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 15%. Mając na uwadze fakt, iż za 1% uszczerbku powód winien otrzymać 600 zł, kwota należnego powodowi odszkodowania wynosi 9.000 zł. W związku z tym powód, dochodzi różnicy pomiędzy kwotą należnego odszkodowania, a kwotą już wypłaconą w wysokości 7.800 zł.

(pozew k.2-5, pełnomocnictwo k.6)

W piśmie z dnia 12 grudnia 2014 roku pełnomocnik powoda sprostował oznaczenie strony, wskazując, że pozwaną jest (...) Spółka Akcyjna V. (...) w W.. Wskazał, że podstawę prawną żądania pozwu stanowi łącząca strony umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

(pismo pełnomocnika powoda k.54)

W odpowiedzi na pozew (...) Spółka Akcyjna V. (...) w W. nie uznała powództwa. Wniosła o jego oddalenie jako bezzasadnego i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych powiększonych o należny podatek VAT według stawki 23%. Pełnomocnik pozwanej kwestionował zasadę odpowiedzialności pozwanej, a także zakres i wysokość szkody doznanej przez powoda. Wskazał, że w świetle ogólnych warunków ubezpieczenia, świadczenie nie przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu jest mniejszy niż 10%, a taka sytuacja ma miejsce w niniejszej sprawie, gdyż nie doszło do wykupienia przez powoda franszyzy integralnej. Natomiast, świadczenie zostało wypłacone przez pozwaną powodowi na skutek omyłki i jest nienależne.

(odpowiedź na pozew k.68-70, pełnomocnictwo k.71, odpis z KRS k.73-75)

Na rozprawie w dniu 6 kwietnia 2018 roku oraz w dniu 12 października 2018 roku pełnomocnik pozwanego wnosił o oddalenie powództwa w całości, podtrzymał dotychczasowe stanowisko w sprawie.

(stanowisko pełnomocnika pozwanego – protokół rozprawy k.223, nagranie 00:02:45-00:03:31, stanowisko pełnomocnika pozwanego – protokół rozprawy k.228, k.229, k.230, nagranie 00:01:55-00:02:50, 00:16:22-00:18:00, 00:19:32)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

P. J. zawarł z (...) Spółką Akcyjną V. (...) w W. umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na okres od dnia 21 października 2011 roku do dnia 20 października 2012 roku z sumą ubezpieczenia wynoszącą 60.000 zł. Umową nie objęto wykupienia franszyzy integralnej ani jej obniżenia do 5%.

(dowód: polisa k.55-56 i to samo k.76-76 v.)

W odniesieniu do łączącej strony umowy znajdowały zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zatwierdzone przez Zarząd (...) Spółki Akcyjnej V. (...) w W. uchwałą z dnia 9 czerwca 2010 roku, mające zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2010 roku oraz tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, obowiązująca od dnia 15 lutego 2000 roku do dnia 31 sierpnia 2012 roku.

Stosownie do § 3 ust. 1 wskazanych ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków polegające na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego.

Jak wynika z § 5 ust.8 C. nie odpowiada za skutki wypadków powodujących trwały uszczerbek na zdrowiu do wysokości 10%, z zastrzeżeniem §12 ust.5 ogólnych warunków ubezpieczenia, zgodnie z którym na wniosek ubezpieczającego, po opłaceniu dodatkowej składki franszyza integralna może zostać obniżona do 5% albo wykupiona.

Zgodnie z § 12 ust.3 i 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony doznał częściowego trwałego uszczerbku na zdrowiu wysokości od 1 do 50%, w przypadku umów zawartych na okres 12 miesięcy, C. wypłaca taki

procent sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu. Natomiast, jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu jest mniejszy niż 10% świadczenie nie przysługuje (franszyza integralna).

Jak wynika z 12 ust.9 ogólnych warunków ubezpieczenia, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu jest określany przez C. na podstawie zgłoszenia wypadku i dokumentacji medycznej sporządzonej lekarza, który udzielił ubezpieczonemu pierwszej pomocy oraz wszelkiej dokumentacji z leczenia. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu może być określany na podstawie badań przeprowadzonych przez wskazanych przez C. lekarzy. Do ustalenia wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu znajdowała zastosowanie tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, obowiązująca od dnia 15 lutego 2000 roku do dnia 31 sierpnia 2012 roku.

Zgodnie z § 2 pkt 2 ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, franszyza integralna to ustalony w umowie procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, poniżej którego świadczenie nie przysługuje. Natomiast, stosownie do § 2 pkt 9 ogólnych warunków ubezpieczenia, trwały uszczerbek na zdrowiu, to naruszenie sprawności organizmu będące następstwem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, powodujące trwałe upośledzenie czynności organizmu.

Z kolei, nieszczęśliwy wypadek to stosownie do § 2 pkt 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub zmarł.

(dowód: ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków k.57-66 i to samo k.77-86, tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu koperta k.96)

W dniu 5 lutego 2012 roku, około godziny 19⁵⁹, na skrzyżowaniu ulic (...) w Ł. doszło do zderzenia pojazdu marki V. (...) o numerze rejestracyjnym (...), kierowanego przez M. K., oraz samochodu marki K. C. o numerze rejestracyjnym (...), kierowanego przez P. J.. Kierujący samochodem marki V. (...), wykonując manewr zmiany kierunku jazdy, nie zachował szczególnej ostrożności, nie ustąpił pierwszeństwa i spowodował zderzenie z samochodem K., za co został ukarany mandatem karnym.

(dowód: notatka urzędowa k.9-10)

W dniu wypadku P. J. udzielono pomocy medycznej w Wojewódzkiej (...), gdzie rozpoznano uraz głowy bez utraty przytomności. Powód zgłaszał dolegliwości bólowe barku lewego i kręgosłupa lędźwiowego. Wykonane badania RTG nie wykazały zmian pourazowych. Powodowi zlecono leki przeciwbólowe oraz dalsze leczenie w poradni ortopedycznej. W dniu 7 lutego 2012 roku lekarz medycyny rodzinnej wystawił powodowi skierowanie do poradni ortopedycznej.

P. J. kontynuował leczenie w poradni ortopedycznej, gdzie zlecono USG barku lewego, które wykonano w dniu 13 marca 2012 roku. Badanie nie wykazało uszkodzenia barku lewego, a jedynie zmiany pourazowe w stawie barkowo – obojczykowym lewym z niewielkim pogrubieniem torebki stawowej. W listopadzie 2012 roku i październiku 2013 roku P. J. uczęszczał na zabiegi rehabilitacyjne barku lewego.

(dowód: informacja dla lekarza kierującego k.12, skierowanie k.13, dokumentacja medyczna k.14-15, k.16-18, wynik badania USG k.20-22, skierowanie k.23, zaświadczenie k.24, karta zabiegów k.25-26)

W okresie od dnia 5 lutego 2012 roku do dnia 10 kwietnia 2012 roku powód korzystał ze zwolnienia lekarskiego.

(dowód: kserokopie (...) k.27-30)

Na skutek wypadku z dnia 5 lutego 2012 roku P. J. doznał urazu głowy bez utraty przytomności bez następstw neurologicznych oraz urazu barku i odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa bez następstw neurologicznych.

Powód nie doznał urazu czaszkowo – mózgowego. Z neurologicznego punktu widzenia trwały uszczerbek na zdrowiu powoda związany z wypadkiem wynosi 0%.

Także z punktu widzenia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej powód nie doznał na skutek wypadku z dnia 5 lutego 2012 roku trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Z ortopedycznego punktu widzenia, na skutek wypadku z dnia 5 lutego 2012 roku, P. J. doznał niewielkiego stłuczenia barku lewego, niewielkiego stłuczenia kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo- krzyżowego bez trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Na skutek wypadku z dnia 5 lutego 2012 roku powód nie doznał urazów psychicznych ani uszczerbku na zdrowiu z nimi związanych.

(dowód: pisemna opinia biegłej z zakresu neurologii k.107-110, pisemna uzupełniająca opinia biegłej z zakresu neurologii k.156-157 i k.177-178, ustna uzupełniająca opinia biegłej z zakresu neurologii – protokół rozprawy z dnia 12 października 2018 roku k.229, nagranie 00:03:10-00:16:22, pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i medycyny ratunkowej k.126- 127, pisemna opinia biegłego z zakresu ortopedii i chirurgii urazowej k.138-139, pisemna opinia biegłej z zakresu psychiatrii k.208-209)

W piśmie z dnia 14 marca 2014 roku, nadanym w dniu 17 marca 2014 roku, pełnomocnik powoda wezwał C. Towarzystwo (...) w W., na podstawie łączącej strony umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, do wypłaty świadczeń z tytułu obrażeń ciała doznanych przez powoda w dniu 5 lutego 2012 roku w postaci urazu głowy, barku i kręgosłupa.

(dowód: kserokopia pisma k.37-38)

Pismem z dnia 17 kwietnia 2014 roku (...) Spółka Akcyjna V. (...) w W. poinformowała, że na rzecz powoda przyznano kwotę 1.200 zł odszkodowania z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z ustaleniem 2% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

(dowód: kserokopia pisma k.39)

W piśmie z dnia 29 kwietnia 2014 roku, nadanym w dniu 30 kwietnia 2014 roku, pełnomocnik P. J. odwołał się od decyzji z dnia 17 kwietnia 2014 roku, wskazując, że należne powodowi odszkodowanie wynosi 9.000 zł, gdyż uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 15%.

(dowód: kserokopia pisma k.40-41)

W piśmie z dnia 6 czerwca 2014 roku (...) Spółka Akcyjna V. (...) w W. wskazała, że brak jest podstaw do zmiany stanowiska w sprawie. Wyjaśniła, że w świetle ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków przedmiotem ubezpieczenia jest trwały uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego. Natomiast, trwały uszczerbek na zdrowiu ustala się w oparciu o postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia. Wyjaśniła, że odpowiedzialnością C. nie są objęte zadośćuczynienie za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz straty polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy powstałe w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.

(dowód: kserokopia pisma k.42-43)

Pismem z dnia 17 czerwca 2014 roku, pełnomocnik powoda wezwał pozwaną do wypłaty kwoty 7.800 zł tytułem odszkodowania za szkodę powstałą w dniu 5 lutego 2012 roku, w terminie 7 dni pod rygorem skierowania sprawy na drogę postępowania sądowego.

(dowód: kserokopia pisma k.44)

W piśmie z dnia (...) Spółka Akcyjna V. (...) w W. podtrzymała dotychczasowe stanowisko w sprawie.

(dowód: kserokopia pisma k.45- 46)

Powyższy stan faktyczny ustalony został na podstawie powołanych wyżej dowodów - dokumentów i ich kserokopii (w oparciu o art. 308 k.p.c.) oraz opinii biegłych z zakresu neurologii, chirurgii ogólnej i medycyny ratunkowej, ortopedii i chirurgii urazowej oraz psychiatrii.

Opinie biegłych z zakresu chirurgii ogólnej i medycyny ratunkowej, ortopedii i chirurgii urazowej oraz psychiatrii nie był kwestionowane przez żadną ze stron. Wskazane opinie są rzetelne, sporządzone zgodnie z wymogami wiedzy specjalistycznej, zawierają pełne i fachowe ustosunkowanie się do pytań Sądu. Biorąc pod uwagę ich podstawy teoretyczne, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w nich wniosków Sąd uznał sporządzone opinie za pełnowartościowe źródło informacji specjalnych.

Opinie biegłej z zakresu neurologii J. B. były kwestionowane przez pełnomocnika powoda (pismo k.123- 123 v., k.167-168, k.185-187), który ostatecznie wnosił o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego neurologa. Biegła neurolog odniosła się do podnoszonych przez pełnomocnika powoda zarzutów w pisemnych opiniach uzupełniających (k.156-157 oraz k.177-178), a także w ustnej opinii uzupełniającej złożonej na rozprawie w dniu 12 października 2018 roku. W złożonych opiniach uzupełniających biegła w sposób wyczerpujący ustosunkowała się do wszystkich zarzutów pełnomocnika powoda. Wskazała, że z neurologicznego punktu widzenia, na skutek wypadku z dnia 5 lutego 2012 roku, powód nie doznał urazu czaszkowo –mózgowego, a jedynie powierzchownego urazu głowy bez utraty przytomności, w konsekwencji czego brak jest podstaw do ustalenia trwałego uszczerbku na zdrowiu z przyczyn neurologicznych. Biegła zaznaczyła, że także uraz barku lewego nie spowodował uszczerbku na zdrowiu z przyczyn neurologicznych. Wskazała, że na skutek wypadku u powoda nie doszło do uszkodzenia układu nerwowego – korzeni nerwowych nerwów rdzeniowych odchodzących od kręgosłupa, a zatem brak jest podstaw do przyjęcia, że u powoda po wypadku występował zespół korzeniowy. W konsekwencji nie można ustalić trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda z pkt 95 tabeli uszczerbków stanowiącej załącznik do umowy stron. Biegła podkreśliła, że o ewentualnej nerwicy pourazowej czy zaburzeniach adaptacyjnych winien wypowiadać się psychiatra, a w zakresie uszkodzenia stawu łopatkowo- ramiennego ortopeda.

Na rozprawie w dniu 12 października 2018 roku Sąd oddalił wniosek pełnomocnika powoda o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego neurologa.

Zgodnie z przepisem art. 286 k.p.c. Sąd może żądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby żądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. Powołany przepis nie precyzuje jak należy rozumieć pojęcie „w razie potrzeby”. W orzecznictwie i doktrynie przyjmuje się jednak, iż chodzi tu o takie sytuacje, gdy opinia złożona przez biegłego jest niejasna lub niepełna, wewnętrznie sprzeczna, albo gdy opinia pisemna jest rozbieżna z opinią ustną biegłego. W rozpoznawanej sprawie, po złożeniu przez biegłą z zakresu neurologii uzupełniającej opinii ustnej na rozprawie w dniu 12 października 2018 roku i ostatecznym wyjaśnieniu wątpliwości wynikających z opinii pisemnych żadna z wymienionych sytuacji nie miała miejsca. Treść podstawowej pisemnej opinii biegłej z zakresu neurologii J. B. oraz opinii uzupełniających, w świetle uzupełniającej opinii ustnej złożonej na rozprawie, nie wykazuje sprzeczności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej, które uzasadniałyby konieczność zasięgnięcia opinii innego biegłego, a właśnie pod tymi względami należy oceniać opinie biegłych. Opinie zostały wydane po zapoznaniu się przez biegłą z aktami sprawy, w tym złożoną przez powoda dokumentacją medyczną i po zbadaniu powoda. Zgodnie z poglądem wyrażonym w orzecznictwie, który Sąd w niniejszej sprawie podziela (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 kwietnia 2005 roku, II CK 572/04, opubl. w LEX nr 151656) specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Skuteczna polemika z ustaleniami biegłego nie może zatem polegać na podważaniu wniosków wynikających z wiedzy merytorycznej biegłego, dopóki nie zostanie wykazane, że wnioski te sprzeczne są z zasadami logiki, doświadczenia życiowego i powszechnie znanych faktów.

Opinie biegłej J. B. są przekonujące i dostatecznie wyjaśniają zagadnienia stanowiące przedmiot rozpoznania w niniejszej sprawie. Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 21 listopada 1974 roku, II C CR 638/74,(OSPika 1975, numer 5, poz. 108), w którym wypowiedział się, iż nie jest uzasadniony wniosek strony o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego, jeżeli w przekonaniu sądu opinia wyznaczonego biegłego jest na tyle kategoriowa i przekonująca, że wystarczająco wyjaśnia zagadnienie wymagające wiadomości specjalnych. W związku z tym, w przedmiotowej sprawie, Sąd uznał zarzuty powoda do opinii biegłej z zakresu neurologii za niezasadne i wynikające z niezadowolenia powoda z wniosków końcowych owej opinii. W konsekwencji, Sąd oddalił wniosek pełnomocnika powoda o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego neurologa, gdyż w judykaturze ugruntowany jest pogląd, iż nie ma uzasadnienia wniosków o powołanie kolejnego biegłego jedynie w sytuacji, gdy już złożona opinia jest niekorzystna dla strony (tak m.in. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 września 2009 roku, I UK 102/09, LEX nr 537027 oraz w wyroku z dnia 6 maja 2009 roku, II CSK 642/08, LEX nr 511998, Sąd Najwyższy w orzeczeniach z dnia 15 lutego 1974, II CR 817/73, nie publikowane oraz z dnia 18 lutego 1974, II CR 5/74, Biuletyn Sądu Najwyższego 1974, numer 4, poz.64). Stanowisko wyrażone w orzecznictwie znajduje poparcie również w doktrynie prawniczej. T. E., J. G. oraz M. J. w „Komentarzu do Kodeksu Postępowania Cywilnego Część Pierwsza, Postępowanie Rozpoznawcze”, Tom I (Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1997, tezy 7,8 strony 438-439) jednoznacznie stwierdzają, iż stanowisko odmienne od wyrażonego w powołanych wyżej orzeczeniach oznaczałoby przyjęcie, że należy przeprowadzić dowód z wszelkich możliwych biegłych, aby się upewnić, czy niektórzy z nich nie byłiby tego zdania, jak strona.

Konkludując, Sąd uznał opinie biegłej z zakresu neurologii złożone w sprawie za pełnowartościowe źródło informacji specjalnych, stanowiące podstawę poczynionych ustaleń faktycznych.

Na rozprawie w dniu 12 października 2018 roku Sąd pominął dowód z przesłuchania stron z ograniczeniem do przesłuchania powoda na okoliczności objęte postanowieniem z dnia 6 kwietnia 2018 roku, gdyż powód wezwany do osobistego stawiennictwa celem przesłuchania w charakterze strony pod rygorem pominięcia dowodu z przesłuchania nie stawiał się na rozprawie w dniu 12 października 2018 roku bez usprawiedliwienia.

Ustalając powyższy stan faktyczny, Sąd pominął orzeczenie lekarskie G. (k.31-36) jako pozostające bez znaczenia dla rozstrzygnięcia.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało oddaleniu w całości jako bezzasadne.

W niniejszej sprawie powód żądał zasądzenia od pozwanej kwoty 7.800 zł tytułem odszkodowania z łączącej strony umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oraz kosztów procesu.

Pozwana nie uznała powództwa. Pełnomocnik pozwanej kwestionował zasadę odpowiedzialności pozwanej, a także zakres i wysokość doznanej przez powoda szkody. Wskazał, że w świetle ogólnych warunków ubezpieczenia, świadczenie nie przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu jest mniejszy niż 10%, a taka sytuacja ma miejsce w niniejszej sprawie, gdyż nie doszło do wykupienia przez powoda franszyzy integralnej. Natomiast, świadczenie w kwocie 1.200 zł zostało wypłacone przez pozwaną powodowi na skutek omyłki i jest nienależne.

Zgodnie z art.805 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Stosownie do art.829 § 1 k.c., ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku, a przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków - uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Na gruncie niniejszej sprawy zdarzeniem, którego zaistnienie aktualizowałoby obowiązek pozwanej do wypłaty świadczenia pieniężnego, był nieszczęśliwy wypadek, którego skutek stanowiło uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego.

Ogólne warunki ubezpieczenia ustala co do zasady zakład ubezpieczeń. Zgodnie z art.12a ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz.U. z 2013 poz. 950), obowiązującej w chwili zawarcia przedmiotowej umowy ubezpieczenia, określają one, w szczególności, rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot, warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują, prawa i obowiązki każdej ze stron umowy ubezpieczenia, zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, przy ubezpieczeniach majątkowych - sposób ustalania rozmiaru szkody, sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad ogólnych, sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej, metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia indeksację przewidują, tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony, przesłanki i terminy wypowiedzenia umowy przez każdą ze stron, a także tryb i warunki wypowiedzenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość.

Analogiczna regulacja została zawarta w przepisie art. 16 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, uchylającej z dniem 1 stycznia 2016 roku, ustawę z 2003 roku (Dz.2015, poz. 1844), w którym dodano jeszcze wymóg określenia przez ogólne warunki ubezpieczenia terminu wystąpienia z umowy ubezpieczenia grupowego oraz terminu i sposobu odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Jak wynika z brzmienia przepisu art. 807 § 1 k.c., postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami k.c. regulującymi umowę ubezpieczenia są nieważne, chyba, że przepisy szczególne stanowią inaczej. W pozostałych wypadkach wiążą strony umowy ubezpieczenia stając się immanentnym elementem jej treści.

Zgodnie z art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151), obowiązującej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być sformułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. W myśl zaś ust. 4 powołanego przepisu postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powyższą regulację powielił przepis art.15 ust. 3 i ust. 5 obecnie obowiązującej ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Jak powszechnie przyjmuje się w judykaturze Sądu Najwyższego, w tym uchwale składu 7 sędziów z dnia 31 marca 1993 roku (III CZP 1/93, OSNCP 1993 rok, nr 10, poz.170), mającej walor zasady prawnej, oraz uchwale z dnia 8 lipca 1992 roku (III CZP 80/92, OSNCP 1993 rok, 1-2, poz.14) w razie niejasności, nieświadomości, braku jednoznaczności sformułowań ogólnych warunków umów, wynikające z tego wątpliwości należy tłumaczyć na korzyść ubezpieczonego. Wskazana linia orzecznictwa jest kontynuowana w późniejszych orzeczeniach Sądu Najwyższego, w których podkreśla się, że przy wykładni postanowień ubezpieczenia, w tym ogólnych warunków ubezpieczenia, należy uwzględniać cel umowy i interesy ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego. Wykładnia ta nie może pomijać celu, w jakim umowa została zawarta, a także natury i funkcji zobowiązania. Celem umowy jest zaś niewątpliwie udzielenie ubezpieczonemu ochrony na wypadek określonego w umowie ryzyka, w zamian za zapłatę składki. Umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny do wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony. W konsekwencji, postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 września 2008 roku, I CSK 64/08, opubl. L.; w wyroku z dnia 13 maja 2004 roku, V CK 481/03, opubl. L.; w wyroku z dnia 10 grudnia 2003 roku, opub. L.). W związku z tym, niedopuszczalne jest niejednoznaczne formułowanie zakresu odpowiedzialności i wyłączeń, odsyłanie do aktów prawnych czy regulacji niezwiązanych do umowy, używanie niejasnych sformułowań itp. Wszystkie tego rodzaju uchybienia powinny być brane pod uwagę na korzyść ubezpieczającego przy wykładni woli stron umowy ubezpieczenia i powinny prowadzić do przyjęcia takiej jego woli oraz treści umowy ubezpieczenia, do

jakiej zawarcia doszłoby zgodnie z wolą ubezpieczającego, gdyby wspomnianych uchybień nie było (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 stycznia 2007 roku, IV CSK 307/06, opubl. L.).

Ubezpieczyciel jako profesjonalista oraz autor ogólnych warunków ubezpieczenia ma obowiązek sformułować je precyzyjnie i dlatego w razie niejasności czy wątpliwości co do poszczególnych postanowień tych warunków, należy je interpretować na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego czy uposażonego. Byłoby bowiem sprzeczne z zasadami współzycia społecznego, by niekorzystne konsekwencje wadliwej i niedbałej redakcji tych postanowień obciążały ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia. Pogląd taki przyjmowany jest od dawna w judykaturze (tak wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 września 1998 roku, III CKN 605/97 LexPolonica nr 405187 oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2003 roku IV CKN 1858/2000, Monitor Prawniczy 2006 rok, nr 3 str. 149, i z dnia 31 marca 2000 roku II CKN 783/98 niepubl.).

W niniejszej sprawie, ubezpieczyciel w sposób jednoznaczny sformułował ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Powołane powyżej postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia nie są sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami kodeksu cywilnego regulującymi umowę ubezpieczenia, a zatem wiążą strony umowy ubezpieczenia stając się immanentnym elementem jej treści.

Zgodnie z § 2 pkt 9 ogólnych warunków ubezpieczenia, trwałe uszczerbek na zdrowiu, to naruszenie sprawności organizmu będące następstwem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, powodujące trwałe upośledzenie czynności organizmu. Natomiast, jak wynika z § 5 ust.8 ogólnych warunków ubezpieczenia, C. nie odpowiada za skutki wypadków powodujących trwałe uszczerbek na zdrowiu do wysokości 10%, z zastrzeżeniem § 12 ust.5 ogólnych warunków ubezpieczenia, zgodnie z którym na wniosek ubezpieczającego, po opłaceniu dodatkowej składki fransyza integralna może zostać obniżona do 5% albo wykupiona. Z kolei, jak wynika z § 12 ust.3 i 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony doznał częściowego trwałego uszczerbku na zdrowiu wysokości od 1 do 50%, w przypadku umów zawartych na okres 12 miesięcy, jeśli trwałe uszczerbek na zdrowiu jest mniejszy niż 10% świadczenie nie przysługuje (fransyza integralna). Stosownie do § 2 pkt 2 ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, fransyza integralna to ustalony w umowie procent trwałego uszczerbku na zdrowiu poniżej którego świadczenie nie przysługuje. Do ustalenia wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu znajdowała zastosowanie tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, obowiązująca od dnia 15 lutego 2000 roku do dnia 31 sierpnia 2012 roku.

Wskazane powyżej wyłączenie odpowiedzialności jest jasne i zrozumiałe. Ponadto, ubezpieczający miał możliwość, po opłaceniu dodatkowej składki, obniżenia fransyzy integralnej do 5% albo jej wykupienia, z czego nie skorzystał.

Jak wynika ze zgromadzonego materiału dowodowego, na skutek przyczyny zewnętrznej w postaci kolizji z dnia 5 lutego 2012 roku, którą spowodował kierujący samochodem marki V. (...), powód doznał urazu głowy bez utraty przytomności bez następstw neurologicznych oraz niewielkiego stłuczenia barku lewego, niewielkiego stłuczenia kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo- krzyżowego. W świetle opinii biegłych z zakresu neurologii, ortopedii i chirurgii urazowej, chirurgii ogólnej i medycyny ratunkowej oraz psychiatrii, P. J. w związku z obrażeniami odniesionymi w dniu 5 lutego 2018 roku nie doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu. Skoro powód nie doznał na skutek zdarzenia z dnia 5 lutego 2018 roku trwałego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu ogólnych warunków łączącej strony umowy oraz tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, obowiązującej od dnia 15 lutego 2000 roku do dnia 31 sierpnia 2012 roku, brak było podstaw do zasądzenia na jego rzecz dalszego odszkodowania.

Wbrew twierdzeniom pełnomocnika powoda, bez znaczenia dla rozstrzygnięcia pozostaje okoliczność ustalenia u powoda po wypadku z dnia 5 lutego 2012 roku trwałego uszczerbku na zdrowiu przez (...) Spółkę Akcyjną w W. oraz jego wysokość, a także istnienie podstaw do ustalenia ewentualnego trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda na podstawie załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania. Albowiem, w przedmiotowej sprawie, podstawę żądania pozwu stanowi dobrowolna umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

zawarta przez strony procesu. W konsekwencji, istnienie i wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, a więc powoda w niniejszej sprawie, musi być ustalana z uwzględnieniem postanowień owej umowy, w tym ogólnych warunków ubezpieczenia, nie zaś na gruncie postanowień innych umów, czy aktów prawnych.

Konkludując, w świetle postanowień łączącej strony umowy, Sąd nie znalazł podstaw do uwzględnienia powództwa w niniejszej sprawie. Podlegało ono zatem oddaleniu.

Powód przegrał proces w całości. Zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania wyrażoną w art. 98 k.p.c., winien był zatem zwrócić na rzecz pozwanej poniesione przez nią koszty procesu. Na koszty procesu poniesione przez pozwaną w łącznej kwocie 1.217 zł, złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 1.200 zł (ustalone na podstawie § 6 pkt 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości 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, t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 490) oraz opłata od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. W chwili wytoczenia powództwa oraz przez większość procesu powód był reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika. Powinien zatem mieć świadomość, że w przypadku przegrania procesu będzie zobowiązany do zwrotu jego kosztów poniesionych przez pozwaną.

W ocenie Sądu, niezasadny jest wniosek pozwanej o zasądzenie wynagrodzenia pełnomocnika powiększonego od podatek od towarów i usług. Jak powszechnie przyjmuje się w orzecznictwie, podatek od towarów i usług (VAT) nie wchodzi bowiem w skład niezbędnych kosztów procesu strony reprezentowanej przez adwokata czy radcę prawnego z wyboru (tak między innymi Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 14 września 2012 roku, I UZ 86/12, opubl. Lex nr 1228427). Wysokość wynagrodzenia adwokatów i radców prawnych została wiążąco określona w rozporządzeniach Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. z 2002 r., Nr 163, poz. 1348) oraz w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1349). Unormowanie to jest wyłączne i wyczerpujące, także w odniesieniu do opodatkowania usług adwokatów i radców prawnych podatkiem od towarów i usług (VAT). Zaświadcza o tym treść § 2 ust. 3 rozporządzenia w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz rozporządzenia w sprawie opłat za czynności radców prawnych, wskazująca, że wpływ opodatkowania na wysokość wynagrodzenia adwokackiego musi być wiążąco określony tylko w tym akcie prawnym. Prawodawca zdecydował, że wpływ tego opodatkowania dotyczy tylko pomocy prawnej ustanowionej z urzędu. W konsekwencji, wynagrodzenie zasądzone na rzecz strony reprezentowanej przez adwokata czy radcę prawnego z wyboru, ustalana według wskazań zamieszczonych w § 2 ust. 1 i 2 wskazanych rozporządzeń, nie zostaje podwyższona o stawkę podatku od towarów i usług przewidzianą dla tego rodzaju czynności w ustawie o VAT. W tym zakresie podatek VAT nie wchodzi w skład wynagrodzenia adwokata czy radcy prawnego (art. 98 § 3 k.p.c.). Nie stanowi też wydatku, ponieważ jest świadczeniem publicznoprawnym (tak też Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 25 stycznia 2007 roku, III CZP 95/06, Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 14 września 2012 roku, I UZ 86/12, opubl. Lex nr 1228427, postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 stycznia 2008 roku, I OZ 989/07, opubl. L.).

Na podstawie art.84 ust.2 w związku z art.80 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. nr 167, poz. 1398 ze zm.), Sąd nakazał zwrócić ze Skarbu Państwa Sądowi Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi na rzecz powoda kwoty: 164,67 zł, 1,13 zł oraz 3,18 zł tytułem niewykorzystanych zaliczek na poczet wynagrodzenia biegłych.