

Sygn. akt II C 77/20

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 września 2021 roku

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

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia SR Agnieszka Kania-Zamorska

Protokolant: sekr. sąd. Marta Mądzelewska

po rozpoznaniu w dniu 14 września 2021 roku, w Ł.

na rozprawie

sprawy z powództwa K. B.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

1. oddala powództwo;

2. zasądza od K. B. na rzecz (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 1.800 zł (jeden tysiąc osiemset złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt II C 77/20

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 8 stycznia 2020 roku K. B., reprezentowany przez pełnomocnika w osobie adwokata, wniósł o zasądzenie od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 9.600 zł, tytułem odszkodowania z umowy ubezpieczenia osobowego z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 23 kwietnia 2019 roku do dnia zapłaty oraz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych i opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł. W uzasadnieniu podniesiono, że powoda łączyła z pozwaną umowa ubezpieczenia – Indywidualne kontynuowane ubezpieczenie typ P Puls, numer polisy (...). W dniu 27 lutego 2019 roku doszło do wypadku komunikacyjnego, w wyniku którego powód doznał wstrząśnienia mózgu ze wstrząśnieniem prawego błędnika. U powoda rozpoznano także cechy uszkodzenia ośrodkowego słuchu z kalibracją nieprawidłową. W związku z doznanymi obrażeniami powód podjął leczenie i rehabilitację. Wypadek wpłynął także negatywnie na stan zdrowia psychicznego powoda. Powód zgłosił szkodę pozwaną, z którą łączyła go umowa ubezpieczenia osobowego, wzywając ją do zapłaty należnego świadczenia. Pozwana w piśmie z dnia 29 marca 2019 roku ustosunkowała się do roszczeń powoda, przyznając odszkodowanie w kwocie 400 zł, odpowiadające trwałemu uszczerbkowi na zdrowiu w wysokości 1%. Natomiast, w ocenie powoda, na skutek zdarzenia z dnia 27 lutego 2019 roku doznał on trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 20% z uwagi na upośledzenie ostrości słuchu oraz uszczerbku na poziomie 20% ze względu na zespół stresu pourazowego wymagający stałego leczenia psychiatrycznego. Mając na uwadze fakt, iż za 1% uszczerbku powód winien otrzymać 400 zł, a kwota odszkodowania nie może przewyższać sumy ubezpieczenia, to kwota należnego powodowi odszkodowania wynosi 10.000 zł. W związku z tym powód, dochodzi różnicy pomiędzy kwotą należnego odszkodowania, a kwotą już wypłaconą w wysokości 9.600 zł.

(pozew k.4-12, pełnomocnictwo k.13)

W odpowiedzi na pozew (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. nie uznała powództwa. Wniosła o jego oddalenie w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego. Pełnomocnik pozwanej zakwestionował powództwo co do wysokości. Wskazał, że w świetle ogólnych warunków ubezpieczenia, świadczenie nie przysługuje w przypadku wystąpienia długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, a jedynie w przypadku uszczerbku trwałego. Wyjaśnił, że zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia zawartej przez strony, za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu, należne świadczenie wynosi 400 zł. W ocenie pozwanej, powód doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w wymiarze 1%, wobec niewielkiego stopnia zaburzeń równowagi w wyniku wstrząśnienia prawego błędnika. Podniósł, że w ocenie pozwanej, skręcenie kręgosłupa w odcinku szyjnym oraz stłuczenie głowy i stłuczenie klatki piersiowej nie pozostawiło trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda. Wyjaśnił, że ubytek słuchu nie był wykazywany w dokumentacji jako pourazowy, zatem uszczerbek w tym zakresie nie podlegał szacunkowej ocenie lekarza orzecznika pozwanego towarzystwa.

(odpowiedź na pozew k.66-68, pełnomocnictwo k.69)

Na rozprawie w dniu 14 września 2021 roku pełnomocnik powoda popierał powództwo i zgłoszone wnioski dowodowe. Wniósł o zmianę postanowienia o pominięciu dowodu z opinii biegłych i dopuszczenie dowodu z opinii biegłych zgłoszonych w pozwie. Wskazał, że wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych został ponowiony dopiero na rozprawie, a nie po pominięciu dowodu z opinii biegłych czy doręczeniu zawiadomienia o terminie rozprawy, gdyż pełnomocnik uzyskał kontakt z powodem dopiero przed terminem rozprawy.

Natomiast, powód oświadczył, że kontaktował się z pełnomocnikiem dwa miesiące przed terminem rozprawy oraz pół roku wcześniej, kiedy pytał pełnomocnika co się dzieje w sprawie, kiedy będzie termin rozprawy, ale uzyskał informację, że nic nie wiadomo.

(stanowisko pełnomocnika powoda – protokół rozprawy k.86, nagranie 00:01:49-00:04:17 oraz 00:28:09-00:29:18, oświadczenie powoda k.86, nagranie 00:06:53-00:07:55)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

K. B. zawarł z (...) Zakładem (...) na (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w W. umowę (...) z sumą ubezpieczenia wynoszącą 10.000 zł.

(okoliczność bezsporna, także polisa k.47v.)

W odniesieniu do łączącej strony umowy znajdowały zastosowanie Ogólne warunki indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia pracowniczego TYP P PLUS (dalej OWU) oraz Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (...).

Stosownie do § 3 OWU, przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego i życie współubezpieczonych oraz zdrowie ubezpieczonego. Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 10 OWU, trwały uszczerbek na zdrowiu stanowi trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Stosownie do treści OWU, w wariantcie 2 zakres ubezpieczenia obejmuje między innymi trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. Za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 1-4% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zdarzenia.

Jak wynika z § 32 ust. 1 OWU, prawo do świadczenia z tytułu zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a śmiercią albo trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego.

Z kolei, nieszczęśliwy wypadek to, stosownie do § 2 ust. 1 pkt 4 OWU, przypadkowe, nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego i stanu jego zdrowia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W.. Nieszczęśliwym wypadkiem nie jest choroba, nawet taka, która ujawniona została przypadkowym i nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną.

Jak wynika z § 31 ust. 3 OWU, (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjna w W. decyduje o uznaniu roszczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz jego stopniu (procencie) na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej, orzeczenia wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych. W myśl § 33 ust. 1 OWU, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji. Z kolei, stosownie do § 33 ust. 5 OWU, przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się „Tabełę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu”, stanowiącą załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia.

Zgodnie z § 34 OWU, (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjna w W., wykonuje zobowiązania najpóźniej w terminie 30 dni o dacie otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym jej odpowiedzialnością. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W. w stosunku do ubezpieczonego albo wysokości zobowiązania okazało się niemożliwe, ubezpieczyciel wykonuje zobowiązanie w ciągu 14 dni, od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

(dowód: Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu k.49-58v., Ogólne warunki indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia pracowniczego TYP P PLUS k.59-63)

W dniu 27 lutego 2019 roku, około godziny 19¹⁰, na skrzyżowaniu ulic (...) w Ł. doszło do zderzenia pojazdu marki S. o numerze rejestracyjnym (...), kierowanego przez J. G., oraz samochodu marki V. o numerze rejestracyjnym (...), kierowanego przez K. B.. Kierujący samochodem marki S., nie zachował szczególnej ostrożności, nie zastosował się do znaku „stop” i doprowadził do zderzenia z samochodem marki V.. Wyrokiem nakazowym z dnia 13 czerwca 2019 roku, wydanym przez Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi, w sprawie o sygnaturze akt IV W 488/19, kierujący pojazdem marki V. został uznany za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu z art. 86 § 1 k.w.

(dowód: wyrok nakazowy k.22, kserokopia zaświadczenia k.23, przesłuchanie powoda – protokół rozprawy z dnia 14 września 2021 roku, k.87-88, nagranie 00:09:27-00:25:42)

W dniu wypadku K. B. został przewieziony do szpitala im. M. K. w Ł.. Powód zgłaszał bóle kręgosłupa szyjnego oraz głowy. U powoda przeprowadzono badanie CT Trauma-skan, w którym nie stwierdzono zmian pourazowych w obrębie mózgowia, kośćca, narządów mięszzowych klatki piersiowej i brzucha. W dniu 4 marca 2019 roku K. B. zgłosił się do Szpitala im. WAM w Ł., z powodu utrzymujących się bólów kręgosłupa szyjnego oraz głowy. Wskutek przeprowadzonych u powoda badań tj. CT mózgowia i przysadki mózgowej nie stwierdzono zmian pourazowych czy ogniskowych głowy ani cech krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego. Badanie RTG kręgosłupa szyjnego i piersiowego nie wykazało świeżych zmian pourazowych, natomiast ujawniło przesunięcie trzonu C3 do tyłu o 2 mm względem trzonu C4, a także osteofity na przednich krawędziach trzonów, zwłaszcza w obrębie trzonu C6. U powoda stwierdzono stan po wstrząśnieniu mózgu z wstrząśnieniem prawego błędniaka. K. B. zalecono kontrolę w poradni neurologicznej i laryngologicznej oraz stosowanie środków przeciwbólowych.

Powód kontynuował leczenie w poradni neurologicznej, laryngologicznej i ortopedycznej. K. B. został skierowany na zabiegi fizjoterapeutyczne z rozpoznaniem urazu kręgosłupa odcinka C. Powód odbył 4-5 cykli rehabilitacji w tym w maju 2019 roku.

U powoda rozpoznano cechy uszkodzenia ośrodkowego słuchu z kalibracją nieprawidłową. K. B. korzystał z pomocy psychologa i psychiatry z powodu lęku przed prowadzeniem pojazdu, pogorszonego samopoczucia psychicznego,

gorszej jakości snu. Po zdarzeniu powód miał obawy przed prowadzeniem samochodu, przez około pół roku nie jeździł samochodem jako kierowca. Przed zdarzeniem powód nie miał problemów z błędnikiem, nie towarzyszyły mu także lęki związane z jazdą samochodem. Przed wypadkiem powód nie leczył się u ortopedy. Uczęszczał natomiast do neurologa z powodu dolegliwości związanych z osteopenią, która była wynikiem służby w wojsku.

Po zdarzeniu z dnia 27 lutego 2019 roku powód w dalszym ciągu odczuwa dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowego, którym towarzyszą bóle bioder. Nadal przyjmuje leki przeciwbólowe. Powodowi towarzyszą problemy z błędnikiem, jednak w mniejszym stopniu niż bezpośrednio po zdarzeniu. Przed zdarzeniem u powoda stwierdzono lekki niedosłuch. K. B. nie potrzebował jednak aparatu słuchowego. Obecnie jego słuch uległ znacznemu pogorszeniu.

(dowód: dokumentacja medyczna k.24-24v., k.25 v.-29, k.30, k.31-31 v., k.32-32 v., k.33-34 v., k.36-37, k.38-46, skierowanie k.25, 35, przesłuchanie powoda – protokół rozprawy z dnia 14 września 2021 roku, k.87-88, nagranie 00:09:27-00:25:42)

Powód zgłosił pozwanemu szkodę wynikającą ze zdarzenia z dnia 27 lutego 2019 roku. Pismem z dnia 29 marca 2019 roku (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjna w W. poinformowała, że na rzecz powoda przyznano kwotę 400 zł odszkodowania w związku z ustaleniem 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu Indywidualnego kontynuowanego ubezpieczenia typ P (...).

(dowód: kserokopia pisma k.21-21 v., kserokopia pisma k.20-20v.)

W piśmie z dnia 25 października 2019 roku, nadanym w dniu 29 października 2019 roku, pełnomocnik powoda odwołał się od decyzji z dnia 29 marca 2019 roku wskazując, że należne powodowi odszkodowanie wynosi 10.000 zł, gdyż uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi 40% i wezwał pozwaną do zapłaty pozostałej kwoty 9.600 zł tytułem odszkodowania za szkodę na osobie poniesioną w związku ze zdarzeniem z dnia 27 lutego 2019 roku w terminie 30 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie.

(dowód: kserokopia pisma k.15-18, dowód nadania k.19)

Powyższy stan faktyczny ustalony został na podstawie powołanych wyżej dowodów - dokumentów i ich kserokopii (w oparciu o art. 308 k.p.c.), a także przesłuchania powoda.

Postanowieniem z dnia 28 października 2020 roku Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy specjalistów z zakresu neurologii, laryngologii i psychiatrii na okoliczności wskazane w pozwie, wzywając powoda przez pełnomocnika do uiszczenia kwoty 1.500 zł tytułem zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłych w terminie 14 dni – pod rygorem pominięcia dowodu z opinii biegłych. Odpis postanowienia doręczono pełnomocnikowi powoda w dniu 4 listopada 2020 roku (postanowienie k.76, dowód doręczenia k.79). Postanowieniem z dnia 11 stycznia 2021 roku, Sąd na podstawie art.130⁴ § 5 k.p.c. pominął dowód z opinii biegłych lekarzy specjalistów z zakresu neurologii, laryngologii i psychiatrii na okoliczności wskazane w punkcie 1 postanowienia z dnia 28 października 2020 roku, wobec nieuiszczenia zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłych. Odpis postanowienia doręczono pełnomocnikowi powoda w dniu 26 stycznia 2021 roku (postanowienie k.80, dowód doręczenia k.81). Zaś, zawiadomienie o terminie rozprawy pełnomocnik powoda otrzymał w dniu 30 kwietnia 2021 roku. Na rozprawie w dniu 14 września 2021 roku, na podstawie art.235² § 1 pkt. 5 k.p.c., Sąd pominął wniosek pełnomocnika powoda o zmianę postanowienia o pominięciu dowodu z opinii biegłych i dopuszczenie dowodu z opinii biegłych wskazanych w pozwie, gdyż na tym etapie postępowania należało go uznać za spóźniony i zmierzający jedynie do przedłużenia postępowania. Pełnomocnik powoda, po pominięciu dowodu z opinii biegłych nie podjął bowiem żadnych czynności zmierzających do przeprowadzenia pominiętego dowodu z opinii biegłych. W szczególności, strona powodowa nie zgłosiła wniosku o przywrócenie terminu do uiszczenia zaliczki ani nie ponowiła wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych, nie uiszczono także brakującej zaliczki. Wniosek o zmianę postanowienia o pominięciu dowodu z opinii biegłych został zgłoszony przez pełnomocnika powoda dopiero na rozprawie w dniu 14 września 2021 roku i uzasadniony sytuacją zdrowotną powoda i utrudnionym kontaktem z mocodawcą z powodu pandemii. Twierdzenia te pozostają jednak w

sprzeczności z oświadczeniem powoda, który podał, że kontaktował się z pełnomocnikiem około 2 miesiące przed rozprawą, a także pół roku wcześniej, kiedy pytał pełnomocnika co się dzieje w sprawie, kiedy będzie termin rozprawy, ale uzyskał informację, że nic nie wiadomo, choć postanowieniem z dnia 11 stycznia 2021 roku Sąd pominął dowód z opinii biegłych z powodu braku zaliczki. Do akt sprawy nie złożono także żadnej dokumentacji medycznej, z której wynikałoby, że stan zdrowia powoda w okresie do uiszczenia zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłych i później uniemożliwił pełnomocnikowi kontakt z mocodawcą, chociażby drogą telefoniczną.

Natomiast, zgodnie z art.6 § 2 k.p.c., strony i uczestnicy postępowania obowiązani są przytaczać wszystkie fakty i dowody bez zwłoki, aby postępowanie mogło być przeprowadzone sprawnie i szybko. Z kolei, stosownie do art.205¹² § 2 k.p.c., jeżeli nie zarządzono przeprowadzenia posiedzenia przygotowawczego, strona może przytaczać twierdzenia i dowody na uzasadnienie swoich wniosków lub dla odparcia wniosków i twierdzeń strony przeciwnej aż do zamknięcia rozprawy, z zastrzeżeniem niekorzystnych skutków, które według przepisów kodeksu mogą dla niej wyniknąć z działania na zwłokę lub niezastosowania się do zarządzeń przewodniczącego i postanowień sądu. Strona powodowa nie zastosowała się do postanowienia Sądu zobowiązującego do uiszczenia zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłego. Nie zareagowała także w żaden sposób na postanowienie o pominięciu dowodu z opinii biegłych. W tej sytuacji, zmiana postanowienia dowodowego i dopuszczenie dowodu z opinii biegłych na rozprawie, kiedy możliwe było już zakończenie postępowania, prowadziłyby do zwłoki w rozpoznaniu sprawy i dodatkowo premiowało stronę powodową, która przecież nie zastosowała się w toku postępowania do postanowienia Sądu i której postępowanie narusza spoczywający na niej obowiązek wynikający z art.6 § 2 k.p.c. W konsekwencji, ewentualne uwzględnienie owego wniosku godziłoby w równowagę procesową stron, z których obie reprezentowane są przez zawodowych pełnomocników.

Na uwagę zasługuje przy tym, iż na rozprawie w dniu 14 września 2021 roku ani tuż przed rozprawą nie ujawniły się żadne nowe okoliczności ani nie doszło do zmiany stanowiska strony pozwanej, które rodziłyby konieczność zgłoszenia omawianego wniosku o zmianę postanowienia dowodowego dopiero na rozprawie. Stanowisko pozwanej pozostawało niezmienione od postępowania likwidacyjnego, a spór stron koncentrował się wokół zakresu następstw na zdrowiu powoda po zdarzeniu z dnia 27 lutego 2019 roku, pozostających z owym zdarzeniem w adekwatnym związku przyczynowym i tego, czy spełniają one definicję trwałego uszczerbku na zdrowiu z ogólnych warunków ubezpieczenia. W związku z tym, konieczność przeprowadzenia w niniejszym procesie dowodu z opinii biegłego była oczywista, zwłaszcza dla zawodowego pełnomocnika.

Konkludując, omawiany wniosek o zmianę postanowienia o pominięciu dowodu z opinii biegłych, zgłoszony dopiero na rozprawie, stanowił w istocie próbę naprawienia własnych zaniedbań strony powodowej w prowadzeniu procesu i jako taki nie zasługiwał na uwzględnienie w świetle art.6 § 2 k.p.c. i art.205¹² § 2 k.p.c.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało oddaleniu w całości jako nieudowodnione.

W niniejszej sprawie powód żądał zasądzenia od pozwanej kwoty 9.600 zł tytułem odszkodowania z łączącej strony umowy ubezpieczenia osobowego w związku ze zdarzeniem z dnia 27 lutego 2019 roku oraz kosztów procesu.

Pozwana nie uznała powództwa. Pełnomocnik pozwanej kwestionował zakres i wysokość szkody doznanej przez powoda w związku ze zdarzeniem z dnia 27 lutego 2019 roku. Wskazał, że w świetle ogólnych warunków ubezpieczenia, świadczenie przysługuje wyłącznie w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie zaś w przypadku zaistnienia samej szkody czy powstania długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. W ocenie pozwanej, skręcenie kręgosłupa w odcinku szyjnym oraz stłuczenie głowy i stłuczenie klatki piersiowej nie pozostawiło trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda. Ponadto, pełnomocnik pozwanej podniósł, że ubytek słuchu nie był wykazywany w dokumentacji medycznej powoda jako pourazowy, zatem uszczerbek w tym zakresie nie podlegał szacunkowej ocenie lekarza orzecznika pozwanego zakładu ubezpieczeń.

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 aktualizowało obowiązek pozwanej do wypłaty świadczenia pieniężnego, był nieszczęśliwy wypadek z dnia 27 lutego 2019 roku, 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 formułowane 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, niedomówień, 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.).

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 ani normującymi posługiwanie się przy zawieraniu umowy wzorcami umownymi, a zatem wiążą strony umowy ubezpieczenia stając się immanentnym elementem jej treści.

Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 10 OWU, trwałe uszczerbek na zdrowiu stanowi trwale, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Stosownie do treści OWU, w wariantcie 2 zakres ubezpieczenia obejmuje między innymi trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. Za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 1-4% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zdarzenia. Jak wynika z § 32 ust. 1 OWU, prawo do świadczenia z tytułu zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią albo trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego. Z kolei, nieszczęśliwy wypadek to stosownie do § 2 ust. 1 pkt 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, przypadkowe, nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego i stanu jego zdrowia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W.. Nieszczęśliwym wypadkiem nie jest natomiast choroba, nawet taka, która ujawniona została przypadkowym i nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną. Jak wynika z § 31 ust. 3 OWU, ubezpieczyciel decyduje o uznaniu roszczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz jego stopniu (procencie) na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej, orzeczenia wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych. W myśl § 33 ust. 1 OWU, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji. Z kolei, stosownie do § 33 ust. 5 OWU, przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu”, stanowiącą załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia.

W przedmiotowej sprawie, spór stron ogniskował się wokół zakresu następstw na zdrowiu powoda po zdarzeniu z dnia 27 lutego 2019 roku, pozostających z owym zdarzeniem w normalnym związku przyczynowo - skutkowym i tego, czy spełniają one definicję trwałego uszczerbku na zdrowiu z ogólnych warunków ubezpieczenia. W toku postępowania likwidacyjnego, a następnie w pozwie K. B. wskazywał, że trwałe uszczerbek na zdrowiu, jakiego doznał w wyniku zdarzenia z dnia 27 lutego 2019 roku, jest wyższy niż ustalony przez stronę pozwaną, a w konsekwencji wysokość wypłaconego przez ubezpieczyciela świadczenia winna być wyższa. Jednakże powód, reprezentowany w toku całego postępowania przez zawodowego pełnomocnika, nie udowodnił, aby na skutek nieszczęśliwego wypadku z dnia 27 lutego 2019 roku K. B. doznał wyższego trwałego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia, pozostającego w normalnym związku przyczynowo - skutkowym ze tym wypadkiem, a w konsekwencji nie wykazał zasadności wypłaty na jego rzecz dalszego świadczenia ponad kwotę wypłaconą przez pozwaną.

Przy rozpoznawaniu sprawy na podstawie przepisów kodeksu postępowania cywilnego, rzeczą Sądu nie jest zarządzenie dochodzeń w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie ani też Sąd nie jest zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów

zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 232 k.p.c.). Obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach (art. 3 k.p.c.), a ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie (art. 227 k.p.c.) spoczywa na stronie, która z faktów tych wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c.). (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 1996 roku, I CKU 45/96, OSNC 1997/ 6-7/76). Oznacza to, że obecnie sąd nie jest odpowiedzialny za wynik postępowania dowodowego, a ryzyko nieudowodnienia podstawy faktycznej żądania ponosi powód.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt przedmiotowej sprawy, wskazać należy, iż to powód winien wykazać rozmiar doznanego wskutek przedmiotowego zdarzenia trwałego uszczerbku na zdrowiu. Strona powodowa temu ciężarowi nie sprostała. Zaznaczyć przy tym należy, że Sąd na wniosek powoda, którego od chwili wszczęcia postępowania reprezentował profesjonalny pełnomocnik w osobie adwokata, dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy specjalistów z zakresu neurologii, laryngologii i psychiatrii na okoliczności wskazane w pozwie. Jednakże, na skutek nieuiszczenia zaliczki na poczet wynagrodzenia wyżej wskazanych biegłych, do której uiszczenia powód został wezwany przez pełnomocnika, Sąd pominął tę czynność stosownie do treści art.130⁴ § 5 k.p.c., a następnie na rozprawie w dniu 14 września 2021 roku, na podstawie art. 235² § 1 pkt. 5 k.p.c., z przyczyn omówionych szczegółowo powyżej, Sąd pominął wniosek o zmianę owego postanowienia.

Podkreślenia wymaga, iż bierność strony w zakresie postępowania dowodowego nie zobowiązuje sądu, poza wyjątkowymi przypadkami, do prowadzenia dowodów z urzędu. Z pewnością zaś taka sytuacja nie występuje, gdy strona jest prezentowana przez zawodowego pełnomocnika (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 1998 roku, I CKN 944/97, Prokuratura i Prawo 1999 rok, I 1-12/38).

Tym samym, powództwo podlegało oddaleniu jako nieudowodnione.

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 które złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika kwocie 1.800 zł (ustalone na podstawie § 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych, w brzmieniu obowiązującym w dacie wytoczenia powództwa).