

Sygn. akt II C 482/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 kwietnia 2018 roku

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

w składzie:

Przewodniczący: SSR A. Z.

Protokolant: sekr. sąd. M. P.

po rozpoznaniu w dniu 23 marca 2018 roku, w Ł.

na rozprawie

sprawy z powództwa Ł. G.

przeciwko L. S. C. de S. y (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w M.

o zadośćuczynienie i odszkodowanie

1. zasądza od L. S. C. de S. y (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w M. na rzecz Ł. G.:

a) kwotę 5.000 zł (pięć tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 26 lipca 2013 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, tytułem zadośćuczynienia;

b) kwotę 490 zł (czteryście dziewięćdziesiąt złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 26 lipca 2013 roku do dnia do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, tytułem odszkodowania;

2. oddala powództwo w pozostałej części;

3. zasądza od L. S. C. de S. y (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w M. na rzecz Ł. G. kwotę 2.495 zł (dwa tysiące czterysta dziewięćdziesiąt pięć złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;

4. nakazuje zwrócić ze Skarbu Państwa Sądowi Rejonowemu dla Łodzi-Widzewa w Łodzi na rzecz L. S. C. de S. y (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w M. kwotę 201,04 zł (dwieście jeden złotych cztery grosze) tytułem niewykorzystanej zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłego, uiszczonej w dniu 18 marca 2016 roku, zaksięgowanej pod pozycją 2411 160321.

Sygn. akt II C 482/14

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 5 czerwca 2014 roku skierowanym przeciwko L. S. S. y (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w M., powód Ł. G. wniósł o zasądzenie na swoją rzecz kwoty 5.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 5 lipca 2013 roku do dnia zapłaty, kwoty 550 zł tytułem zwrotu kosztów wizyt lekarskich, dojazdów do lekarzy oraz zakupu leków z ustawowymi odsetkami od dnia 5 lipca 2013 roku do dnia zapłaty oraz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwu wskazano, iż w dniu 20 stycznia 2013 roku doszło do wypadku komunikacyjnego, w którym poszkodowany został powód. Ł. G. podczas jazdy pojazdem marki M. o numerze rejestracyjnym (...) na skrzyżowaniu ulic (...) został uderzony z prawej przedniej strony

przez pojazd M. o numerze rejestracyjnym (...). W następstwie zdarzenia powód uderzył silnie głową w zagłówek fotela, poczuł silny ból, ale nie stracił przytomności. Fizyczne skutki wypadku powód zaczął odczuwać w kilka godzin po zdarzeniu. Pojawiły się wówczas bóle i zawroty głowy, ucisk w klatce piersiowej oraz ból kręgosłupa w odcinku szyjnym. Poszkodowany zaczął stosować leki przeciwbólowe, jednak mimo to dolegliwości nie ustępowały, zatem udał się do lekarza podstawowej opieki medycznej, który skierował go do lekarza neurologa celem dalszej diagnostyki. R. G. udał się do lekarza neurologa w ramach NFZ, jednak z uwagi na długi czas oczekiwania na wizytę, którą wyznaczono na dzień 16 lipca 2013 roku oraz utrzymujące się bóle i złe samopoczucie powód kontynuował leczenie w prywatnym gabinecie lekarskim. Powód nadal odczuwa negatywne skutki zdarzenia. Sprawca wypadku posiadał ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w pozwanym towarzystwie ubezpieczeniowym. Szkoda została zgłoszona pozwanemu, który decyzją z dnia 26 lipca 2013 roku odmówił poszkodowanemu wypłaty zadośćuczynienia i odszkodowania. Natomiast, że pozwany przyjął na siebie odpowiedzialność cywilną za szkodę majątkową w pojeździe powstałą z przedmiotowego zdarzenia, którą zlikwidował w toku postępowania prowadzonego pod numerem (...).

(pozew k.2-5, pełnomocnictwo k.6)

W odpowiedzi na pozew L. S. S. y (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w M. wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Pełnomocnik pozwanej przyznał, iż w dniu 20 stycznia 2013 roku powód uległ wypadkowi komunikacyjnemu, zaś za sprawcę kolizji został uznany kierujący pojazdem M. o numerze rejestracyjnym (...), który był ubezpieczony w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych u pozwanej. Zaprzeczył jednak, aby skutek kolizji doszło u powoda do jakichkolwiek urazów i aby deklarowane dolegliwości miał związek przyczynowy z przedmiotowym zdarzeniem. Wskazał, że pozwana w celu ustalenia doznanej przez powoda krzywdy skonsultowała się z lekarzem orzecznikiem, który nie ustalił u powoda uszczerbku na zdrowiu. Pełnomocnik pozwanej zarzucił, że powód w dniu zdarzenia czuł się na tyle dobrze, że nie zgłosił się do lekarza, a dopiero kilka dni po zdarzeniu tj. w dniu 23 stycznia 2013 roku udał się do poradni medycyny rodzinnej, gdzie otrzymał skierowanie do poradni neurologicznej. Pełnomocnik pozwanej wskazał, że powód nie udowodnił, iż w wyniku kolizji z dnia 20 stycznia 2013 roku doznał jakiegokolwiek urazu. Pełnomocnik pozwanej zakwestionował także zasadność żądania zwrotu kosztów prywatnej opieki medycznej skoro powód posiada ubezpieczenie w NFZ oraz zasadność zwrotu kosztów dojazdów do placówek medycznych z uwagi na jego nieudowodnienie. W zakresie żądania zasądzenia odsetek pełnomocnik pozwanej zaznaczył, że w ocenie pozwanej należą się one dopiero od dnia wyrokowania.

(odpowiedź na pozew k.29-31v., pełnomocnictwo k.32, wyciąg z rejestru handlowego z tłumaczeniem k.33-48, odpis z KRS k.21-23 i k.49-50)

Na rozprawie w dniu 16 grudnia 2014 roku, w dniu 5 maja 2015 roku, w dniu 2 października 2015 roku, w dniu 15 marca 2016 roku oraz w dniu 23 marca 2018 roku pełnomocnicy stron podtrzymali dotychczasowe stanowisko w sprawie.

(stanowisko pełnomocnika powoda – protokół rozprawy k.65, k.84, k.89, k.96, k.157-158 nagranie 00:18:29-00:21:22, stanowisko pełnomocnika pozwanego – protokół rozprawy k.65, k.84, k.89, k.96, k.158, nagranie 00:21:22-00:22:42)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 20 stycznia 2013 roku w Ł. na skrzyżowaniu ul. (...) i ul. (...) doszło do wypadku komunikacyjnego, w którym kierujący samochodem marki M., o numerze rejestracyjnym (...), M. W. (1) uderzył z prawej przedniej strony prawidłowo poruszającego się pojazdem M. o numerze rejestracyjnym (...) powoda Ł. G..

Sprawca wypadku posiadał ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego u pozwanej.

(okoliczności bezsporne – także przesłuchanie powoda – protokół rozprawy z dnia 23 marca 2018 roku k.157, nagranie 00:06:13-00:18:26 w związku z informacyjnymi wyjaśnieniami k.65-67)

M. W. (1) złożył pisemne oświadczenie, o tym iż to on jest sprawcą wypadku. Po zdarzeniu powód nie miał żadnych widocznych obrażeń ciała. Nie zgłaszał również żadnych dolegliwości. Na miejsce zdarzenia nie zostało wezwane pogotowie ratunkowe. Po spisaniu oświadczenia zarówno M. W. (1), jak i Ł. G. odjechali swoimi samochodami z miejsca zdarzenia.

(dowód: zeznania świadka M. W. (1) k.97-98, przesłuchanie powoda – protokół rozprawy z dnia 23 marca 2018 roku k.157, nagranie 00:06:13-00:18:26 w związku z informacyjnymi wyjaśnieniami k.65-67)

Podczas zdarzenia Ł. G. miał zapięte pasy bezpieczeństwa. Wskutek uderzenia w jego samochód powód przechylił się do przodu, został przytrzymany przez pasy bezpieczeństwa i uderzył głową w zagłówek. Nie stracił przytomności. Bezpośrednio po zdarzeniu powód nie odczuwał większych dolegliwości, czuł jedynie z tyłu głowy miejsce po uderzeniu, był w szoku, myślał, że wszystko jest w porządku. Po zdarzeniu powód wrócił do domu i położył się spać. Po obudzeniu się, Ł. G. nie czuł się dobrze, bolała go głowa oraz kręgosłup w odcinku szyjnym, miał problemy z ruszaniem głową z uwagi na sztywność szyi.

Z uwagi na utrzymujące się dolegliwości w dniu 23 stycznia 2013 roku powód udał się do lekarza – specjalisty medycyny rodzinnej, gdzie otrzymał skierowanie do poradni neurologicznej. Zalecono stosowanie leków przeciwbólowych. Powód ze skierowaniem zgłosił się do szpitala im. K., ale termin wizyty u neurologa wyznaczono mu dopiero na dzień na 17 czerwca 2013 roku. W związku z tym, Ł. G. zdecydował się na odpłatne leczenie u neurologa doktor A. T.. Po wypadku, w okresie od 16 lutego 2013 roku do 18 maja 2013 roku, powód odbył trzy wizyty u neurologa. Lekarz neurolog nie stwierdziła objawów korzeniowych i ubytkowych ani ogniskowych ze strony układu nerwowego. Stwierdziła natomiast niewielkie ograniczenie ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa szyjnego. Pierwsza wizyta odbyła się w dniu 16 lutego 2013 roku. Powód zgłosił wtedy bóle głowy i kręgosłupa szyjnego po wypadku samochodowym w dniu 20 stycznia 2013 roku. Neurolog stwierdziła bólowe ograniczenie ruchomości kręgosłupa szyjnego. Poza tym badanie neurologiczne wypadło prawidłowo. Powodowi zalecono A. 15 tabletek. Podczas drugiej wizyty w dniu 6 kwietnia 2013 roku stwierdzono, że u powoda nadal utrzymują się bóle głowy i kręgosłupa, ale są trochę łagodniejsze. Lekarz zalecił (...) 500 mg i wpisał, że RTG odcinka szyjnego kręgosłupa jest niewskazane, ponieważ powód miał ostatnio wykonane kilkakrotnie CT klatki piersiowej w przebiegu sarkoidozy. W dniu 18 maja 2013 roku powód zgłosił się do neurologa, z powodu ciężkiej głowy, skarżył się na ból w odcinku szyjnym kręgosłupa, gdy stoi lub ogląda telewizję. Rozpoznano stan po urazie głowy i kręgosłupa szyjnego, pourazowe bóle głowy i kręgosłupa szyjnego oraz sarkoidozę płucną. Zalecono (...) jedno opakowanie. Podczas leczenia u neurologa zalecono powodowi wykonywanie ćwiczeń. Ćwiczenia te powód wykonywał przez 4 miesiące od dnia wypadku. Oprócz zaleconych ćwiczeń, powód nie korzystał z innej rehabilitacji.

Początkowo, przez około 2 tygodnie po wypadku, powód codziennie przyjmował leki przeciwbólowe. Później przez około 5 miesięcy od wypadku powód stosował leki przeciwbólowe doraźnie, około 2-3 razy w tygodniu. Łączne koszty zakupu leków przeciwbólowych opiewały na kwotę 100 zł.

(dowód: dokumentacja medyczna k.7-8, skierowanie do poradni k.9, historia choroby k.10-12, przesłuchanie powoda – protokół rozprawy z dnia 23 marca 2018 roku k.157, nagranie 00:06:13-00:18:26 w związku z informacyjnymi wyjaśnieniami k.65-67, zeznania świadka M. G. k.68-69, zeznania świadka K. G. k. 84-85)

Ł. G. poniósł koszt prywatnych wizyt u neurologa w łącznej kwocie 390 zł.

(dowód: rachunki z dnia 6.04.2013 r. i 18.05.2013 r. k.20, przesłuchanie powoda – protokół rozprawy z dnia 23 marca 2018 roku k.157, nagranie 00:06:13-00:18:26 w związku z informacyjnymi wyjaśnieniami k.65-67)

Ł. G. bezpośrednio po wypadku nie mógł wykonywać takich czynności jak zmywanie, sprzątanie, czy ścielenie łóżka, gdyż powodowały one dolegliwości bólowe kręgosłupa. Natomiast, po wypadku powód samodzielnie się ubierał, mył, jadł. Siedzenie, leżenie czy stanie dłużej w jednej pozycji sprawiało powodowi dyskomfort. Największe dolegliwości

powód odczuwał przez okres pierwszych 2 tygodni po wypadku, później dolegliwości się zmniejszały. Powód w dacie wypadku mieszkał z matką, która na okres dwóch tygodni po wypadku przejęła wykonywanie obowiązków domowych.

Od stycznia 2013 roku powód przeprowadzał wraz z narzeczoną remont w mieszkaniu, w którym mieli zamieszkać. Ł. G. z uwagi na stan zdrowia po wypadku nie mógł samodzielnie wykonywać czynności przy remoncie – miał trudności z utrzymaniem pędzla, a przy wysiłku mroczki przed oczami. We wszystkich czynnościach remontowych wręczał go szwagier – M. W. (2).

Po materiały niezbędne do remontu jeździła narzeczona powoda.

Ł. G. obecnie nic odczuwa już dolegliwości fizycznych związanych z wypadkiem. Zdarza się, że powód czuje dyskomfort, jadąc samochodem. Przez około miesiąc po wypadku powód nie jeździł samochodem jako kierowca. Jeździł samochodem jako pasażer, ale odczuwał lęk. Obecnie powód jeździ samochodem, jako kierowca ale bardzo ostrożnie. Czuje się wówczas zestresowany, jeździ wolno, zwalnia przed przejściem dla pieszych dużo wcześniej, zawsze planuje, którądy będzie jechał.

Po wypadku powód nie korzystał z pomocy psychologa ani psychiatry.

Ł. G. przed wypadkiem nie miał dolegliwości kręgosłupa. Był osobą wysportowaną, dbającą o siebie. Jeździł na rowerze, chodził na siłownię, grał w piłkę. Obecnie powód nie jeździ na rowerze, gdyż obawia się dolegliwości bólowych.

W dacie wypadku Ł. G. był zarejestrowany jako bezrobotny w Urzędzie Pracy. Miał się ubiegać o dofinansowanie z funduszy unijnych na otwarcie własnej działalności gospodarczej. Po wypadku powód nie podjął starań o uzyskanie dofinansowania, gdyż termin na zgłoszenie stosownego wniosku upływał w marcu 2013 roku, a powód z uwagi na stan zdrowia po wypadku nie był w stanie zająć się związanymi z tym formalnościami. Działalność gospodarczą rozpoczął dopiero w czerwcu 2014 roku.

(dowód: przesłuchanie powoda – protokół rozprawy z dnia 23 marca 2018 roku k.157, nagranie 00:06:13-00:18:26 w związku z informacyjnymi wyjaśnieniami k.65-67, zeznania świadka M. G. k.68-69, zeznania świadka M. W. (2) k.70, zeznania świadka K. G. k.84-85)

Z neurologicznego punktu widzenia na skutek wypadku komunikacyjnego z dnia 20 stycznia 2013 roku powód doznał powierzchownego urazu głowy i skręcenia odcinka szyjnego kręgosłupa. Rozmiar cierpień fizycznych powoda przez pierwsze dwa-trzy tygodnie po urazie był umiarkowany, a następnie niewielki. Powód po wypadku nie musiał korzystać z opieki osób trzecich. Uraz dotyczący kręgosłupa szyjnego nie spowodował następstw neurologicznych. Procentowy uszczerbek na zdrowiu powoda w związku z przebyłym urazem głowy wynosi 0% (uraz był powierzchowny, nie było utraty przytomności) a w związku z przebyłym urazem odcinka szyjnego kręgosłupa także 0%. U badanego rozpoznano w 2011 roku sarkoidozę płuc i odczuwane po wypadku bóle w klatce piersiowej nie były związane z przebyłym urazem. Były to bóle po wstępnej resekcji płuca prawego z powodu sarkoidozy. Powód w wyniku wypadku doznał ograniczeń w życiu codziennym polegających na przeciwwskazaniu wykonywania ciężkich prac, tj. dźwigania przez okres 2-3 tygodni. Natomiast mycie, ubieranie się, przygotowywanie jedzenia nie było ograniczone po wypadku. Powód wymagał także pomocy przy zrobieniu zakupów. Ze względu na ograniczenie ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa i zgłaszane bóle głowy jazda na rowerze była ograniczona przez okres 2-3 tygodni. Aktualnie z punktu widzenia neurologa brak jest przeciwwskazań do jazdy na rowerze. Zdiagnozowana u powoda sarkoidoza płuc miała wpływ na zgłaszane przez powoda bóle w klatce piersiowej, natomiast nie miała wpływu na bóle głowy i odcinka szyjnego kręgosłupa. Rokowania na przyszłość związane z przebyłym urazem głowy i odcinka szyjnego kręgosłupa są dobre.

(dowód: pisemna opinia biegłej neurolog k.105-108)

Powód Ł. G. w wyniku wypadku komunikacyjnego w dniu 20 stycznia 2013 roku w zakresie narządów ruchu doznał naciągnięcia kręgosłupa szyjnego. Po zastosowanym leczeniu zachowawczym i postępowaniu usprawniającym obecnie pozostaje okresowy zespół bólowy i poczucie pogorszenia sprawności. Uszczerbek na zdrowiu powoda na skutek obrażeń doznanych w czasie wypadku komunikacyjnego w dniu 20 stycznia 2013 roku w zakresie narządów ruchu wynosi obecnie 0% (na podstawie poz. 89a załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku).

U powoda w badaniu przedmiotowym nie stwierdzono żadnych ograniczeń czynnej ruchomości kręgosłupa szyjnego. Zakres cierpień fizycznych powoda w związku z doznanymi obrażeniami narządów ruchu należy określić jako umiarkowany. Jest to związane z doznawanym bólem, ograniczeniami w sprawności. Można przyjąć w uproszczeniu, że dolegliwości bólowe, wymagające systematycznego stosowania leków, trwały przez okres około 2 miesięcy po wypadku. U powoda ze względu na doznane obrażenia narządów ruchu występowała potrzeba częściowej pomocy osób trzecich przez okres około 6 tygodni w wymiarze dwóch godzin dziennie. Obejmowało to czas największych dolegliwości bólowych, gdy sprawność kończyn górnych była jeszcze niedostateczna. Dotyczyło to wyřęczania lub pomocy praktycznie we wszystkich czynnościach związanych z większym wysiłkiem, zwłaszcza z koniecznością jednoczesnego użycia obu kończyn górnych, przenoszenia cięższych przedmiotów, układania ich wysoko, schyłania się. Można przyjąć, że pomoc innych osób w tym okresie czasu była powodowi potrzebna przeciętnie w ciągu około dwóch godzin dziennie. Powód ze względu na doznane urazy narządów ruchu obecnie nie wymaga pomocy innych osób. Leczenie zastosowane u powoda po wypadku było prawidłowe. Powód doznał stosunkowo niewielkiego urazu kręgosłupa szyjnego. Brak unieruchomienia w kołnierzu ortopedycznym nie wpłynął w uchwytym zakresie na wielkość odczuwanych cierpień, długość leczenia i jego ostateczny wynik, który jest dobry. Rokowania na przyszłość powoda należy określić jako dobre. Powód odzyskał pełny zakres ruchomości kręgosłupa szyjnego.

(dowód: pisemna opinia biegłego ortopedy k.141-143)

Z psychiatrycznego punktu widzenia bezpośrednio po wypadku z dnia 20 stycznia 2013 roku u Ł. G. rozwinęły się objawy lękowe, które nie trwały dłużej niż 6 miesięcy oraz nie spowodowały konieczności podjęcia leczenia psychiatrycznego lub psychologicznego. Nasilenie cierpień psychicznych spowodowanych wypadkiem było niewielkie. Z punktu widzenia psychiatry powód nie wymagał pomocy osób trzecich.

Objawy lękowe nie posiadają swoich kryteriów w klasyfikacji (...)10, ponieważ jest to klasyfikacja zaburzeń psychicznych. Natomiast, na zaburzenie składa się cały zespół objawów. Objawy lękowe są izolowanymi objawami. Dopóki nie spełniają kryteriów jakiegoś zaburzenia np. lękowego nie ma potrzeby podjąć leczenia. W przypadku zdarzeń traumatycznych u osoby poszkodowanej mają prawo wystąpić objawy lękowe - depresyjne. Jeśli czas ich występowania nie przekracza 6 miesięcy nie można wypowiadać się na temat uszczerbku na zdrowiu.

(dowód: pisemna opinia biegłej psychiatry k.117-119, pisemna uzupełniająca opinia biegłej psychiatry k.136)

Pozwany przyjął na siebie odpowiedzialność cywilną za szkodę majątkową w pojeździe powoda powstałą z tytułu przedmiotowego zdarzenia, którą zlikwidował w toku postępowania zarejestrowanego pod numerem (...) i wypłacił powodowi odszkodowanie. Szkodą została rozliczona jako szkoda całkowita.

(okoliczność bezsporna – fakt uznany za przyznany na podstawie art. 230 k.p.c.)

Pismem z dnia 20 czerwca 2013 roku, doręczonym w dniu 25 czerwca 2013 roku, Ł. G. zgłosił L. S. S. y (...) Spółce Akcyjnej w M. szkodę na osobie zaistniałą w związku z wypadkiem z dnia 20 stycznia 2013 roku, żądając wypłaty kwoty 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 600 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia.

(dowód: zgłoszenie szkody k.13 i k.14 załączonych akt szkodowych koperta - k.31A)

Decyzją z dnia 26 lipca 2013 roku pozwana odmówiła przyznania zadośćuczynienia i odszkodowania, powołując się na brak dowodów potwierdzających fakt rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, będących następstwem wypadku z dnia 20 stycznia 2013 roku

(dowód: decyzja k.14)

W piśmie nadanym w dniu 23 października 2013 roku, skierowanym do pozwanej, pełnomocnik powoda żądał przyznania na rzecz powoda kwoty 6.000 zł tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia 5 lipca 2013 roku do dnia zapłaty, kwoty 600 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia z ustawowymi odsetkami od dnia 5 lipca 2013 roku do dnia zapłaty oraz kwoty 1.200 zł tytułem kosztów zastępstwa adwokackiego w postępowaniu likwidacyjnym w terminie 14 dni od doręczenia wezwania. W odpowiedzi na powyższe wezwanie, w piśmie z dnia 12 listopada 2013 roku pozwana podtrzymała dotychczasowe stanowisko w przedmiocie braku podstaw wypłaty zadośćuczynienia i odszkodowania na rzecz powoda.

(dowód: pismo k.15-18, decyzja k.19)

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

Dokonując ustaleń faktycznych stanowiących podstawę rozstrzygnięcia, Sąd pominął zeznania świadka M. W. (1) (k.97-98) w zakresie, w jakim świadek wskazywał, że powód po kolizji zachowywał się w stosunku do niego agresywnie. Zeznania świadka we wskazanym zakresie pozostają bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Z tych samych powodów, Sąd pominął dowód z przesłuchania powoda w zakresie, w jakim podawał on, że to nie on był agresywny w stosunku do M. W. (1), lecz to właśnie świadek i jego pasażer byli agresywni w stosunku do powoda.

Natomiast, Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka M. W. (1), w zakresie, w jakim świadek twierdził, że sprawcą kolizji był powód, a świadek miał rzekomo przyjąć odpowiedzialność za zdarzenie z uwagi na obawę, że gdy na miejsce zdarzenia zostanie wezwana Policja otrzyma punkty karne. Jednocześnie, świadek podał, że jest zawodowym kierowcą. W ocenie Sądu, zeznania świadka M. W. (1) są niespójne, a także sprzeczne z zadaniami logiki i życiowego doświadczenia. Jeśli, tak jak twierdzi świadek, sprawcą kolizji byłby powód, to M. W. (1) jako zawodowy kierowca nie miał powodu obawiać się, że wezwana na miejsce zdarzenia Policja stwierdzi jako sprawstwo i ukarze go mandatem karnym i punktami karnymi. Dodatkowo wskazać należy, że M. W. (1) sam przyznał, że złożył pisemne oświadczenie, iż to on jest sprawcą zdarzenia, a pozwana nie kwestionowała tej okoliczności w toku postępowania.

Oceniając zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, Sąd nie dał wiary zeznaniom świadka M. W. (3) w zakresie, w jakim świadek podała, że po wypadku powód otrzymał skierowanie na rehabilitację oraz że nie jeździł samochodem jako kierowca przez 2 miesiące po wypadku, bowiem jak wynika z przesłuchania powoda, Ł. G. poza zleconymi przez neurologa ćwiczeniami nie był kierowany na zabiegi rehabilitacyjne, a jako kierowca nie jeździł samochodem przez około 1 miesiąc po wypadku. Z tych samych względów, jako sprzeczne z pozostałym zgromadzonym materiałem dowodowym, w tym przesłuchaniem powoda, a w konsekwencji niewiarygodne, Sąd uznał zeznania świadka M. W. (2) co do tego, że powód nie jeździł samochodem jako kierowca przez 2-3 miesiące po wypadku oraz zeznania świadka K. G., że powód nie jeździł samochodem jako kierowca przez okres pół roku po wypadku.

Sąd uznał za nieudowodnioną szkodę powoda w zakresie kosztów przejazdów do placówek medycznych. Powód poza własnym przesłuchaniem nie przedstawił na tę okoliczność żadnych dowodów. Jednocześnie, w swych zeznaniach powód nie potrafił wskazać czy do lekarza wozila go żona czy teść, a w konsekwencji czy środkiem transportu był samochód żony O. (...) z instalacją gazową o pojemności silnika 1,6 litra czy samochód teścia C. (...) o pojemność silnika powyżej 2 litrów. Nie znał także cen gazu ani benzyny w okresie wypadku. Z przesłuchania powoda nie wynika także łączna liść wizyt lekarskich na jakie był wożony ani dokładna ilość przejechanych w tym celu kilometrów.

Sąd uznał wszystkie opinie biegłych ortopedy, neurologa i psychiatry za pełnowartościowe źródło informacji specjalnych. Wskazane opinie są fachowe, wyczerpujące, sporządzone zgodnie z wymogami specjalistycznej wiedzy,

zawierają pełne i fachowe ustosunkowanie się do pytań Sądu oraz wzajemnie uzupełniają. Biegli wydali opinie zapoznając się z aktami sprawy, z dokumentacją medyczną powoda oraz po zbadaniu powoda. Wnioski przedstawione w opiniach zostały oparte na wskazanym powyżej materiale dowodowym, jak również na doświadczeniu zawodowym biegłych. Ostatecznie opinie nie były kwestionowane przez żadną ze stron.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało uwzględnieniu w przeważającej części.

W rozpoznawanej sprawie, powód wnosił o zasądzenie od pozwanej na jego rzecz kwoty 5.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od 5 lipca 2013 roku do dnia zapłaty oraz kwoty 550 zł tytułem zwrotu kosztów wizyt lekarskich, dojazdów do lekarzy oraz zakupu leków wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 5 lipca 2013 roku do dnia zapłaty.

Pozwana nie uznała powództwa, wносиła o jego oddalenie. Nie kwestionowała zasady swej odpowiedzialności, a jedynie fakt doznania przez powoda obrażeń w związku z wypadkiem z dnia 20 stycznia 2013 roku.

W niniejszej sprawie, szkoda została wyrządzona w wyniku wypadku, w którym uczestniczył powód Ł. G. prawidłowo prowadzący pojazd marki M. o numerze rejestracyjnym (...) oraz kierujący samochodem marki M., o numerze rejestracyjnym (...), M. W. (1).

Stosownie do przepisu art. 435 § 1 w zw. z art. 436 § 1 k.c., samoistny posiadacz mechanicznego środka komunikacji poruszanego za pomocą sił przyrody ponosi odpowiedzialność za szkodę na osobie lub mieniu, wyrządzoną przez ruch tego pojazdu. Zgodnie z art. 436 § 2 k.c. w razie zderzenia się mechanicznych środków komunikacji poruszanych za pomocą sił przyrody wymienione osoby mogą wzajemnie żądać naprawienia poniesionych szkód tylko na zasadach ogólnych. Również tylko na zasadach ogólnych osoby te są odpowiedzialne za szkody wyrządzone tym, których przewożą z grzeczności. Oznacza to, że osoby uczestniczące w zderzeniu się pojazdów mechanicznych odpowiadają na zasadzie winy, zatem konieczne jest udowodnienie przez poszkodowanego, iż sprawca szkody ponosi za nią winę. Nadto, na poszkodowanym spoczywa ciężar dowodu co do powstania, charakteru i wysokości szkody oraz co do istnienia związku przyczynowego między ruchem mechanicznego środka komunikacji a tą szkodą.

W niniejszej sprawie, wina sprawcy zdarzenia z dnia 20 stycznia 2013 roku M. W. (1) nie była kwestionowana przez pozwaną, która wypłaciła powodowi odszkodowanie za szkodę powstałą w jego pojeździe.

Odpowiedzialność pozwanej w stosunku do powoda wynika z zawartej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego marki M. o numerze rejestracyjnym (...).

W świetle art. 822 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia.

Stosownie do art.19 ust.1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1152 z zm.), poszkodowany w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń.

Stosownie do przepisu art.34 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia.

Kwestię sporną w niniejszej sprawie stanowiło zaistnienie konsekwencji dla zdrowia powoda pozostających w adekwatnym związku przyczynowym z wypadkiem, a w konsekwencji wysokość zadośćuczynienia i odszkodowania z tytułu szkody na osobie doznanej przez powoda w wyniku zdarzenia z dnia 20 stycznia 2013 roku.

Jak wynika z art. 361 § 1 k.c., zobowiązany za szkodę ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Z normalnym (adekwatnym) związkiem przyczynowym w rozumieniu powołanego przepisu mamy do czynienia, gdy przyczyna była koniecznym warunkiem wystąpienia skutku, czyli bez tej przyczyny skutek by nie wystąpił (warunek sine qua non). Ponadto, takie powiązanie pomiędzy przyczyną a skutkiem musi być typowym, oczekiwanym, „normalnym” w zwykłej kolejności rzeczy. Nie może być rezultatem jakiegoś wyjątkowego zbiegu okoliczności.

Ocena czy skutek jest normalny powinna być oparta na całokształcie okoliczności sprawy oraz wynikać z zasad doświadczenia życiowego, a także zasad wiedzy naukowej, specjalnej. Wiedza specjalistyczna jest szczególnie istotna w sprawach, w których normalność skutku w rozumieniu art.361 § 1 k.c. nie jest dla laika ewidentna (tak między innymi Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 2 czerwca 1956 roku, 3 CR 515/56, OSN 1957 rok, nr 1 poz.24, Tadeusz Wiśniewski w pracy zbiorowej pod red. Gerarda Bieńka „Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania.” Tom 1, Warszawa 2002 rok).

Pozwana kwestionowała istnienie związku przyczynowego między zdarzeniem z dnia 20 stycznia 2013 roku a objawami powoda, powołując się na fakt, iż dopiero trzeciego dnia po zdarzeniu powód udał się po pomoc lekarską. Jednak strona powodowa w sposób niebudzący wątpliwości Sądu udowodniła, iż uraz głowy i kręgosłupa szyjnego powstały w wyniku zdarzenia z dnia 20 stycznia 2013 roku. Ł. G. nie cierpiał przed wypadkiem na schorzenia związane z kręgosłupem. Nadto, zeznania świadków i samego powoda potwierdzają, że powód bezpośrednio po wypadku odczuwał bóle głowy i kręgosłupa szyjnego, co świadczy o tym, że Ł. G. w wyniku wypadku, uderzając głową o zagłówek fotela, doznał opisywanego urazu. Związek obrażeń doznanych przez powoda z wypadkiem potwierdziły opinii biegłych ortopedy i neurologa. Zaś fakt nieskorzystania przez powoda z pomocy lekarskiej w dniu wypadku, świadczy zdaniem Sądu jedynie o tym, że powód myślał, iż jego objawy są krótkotrwałe i szybko miną.

Art. 444 § 1 k.c. przewiduje m.in., że w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikiłe z tego powodu koszty.

Natomiast art. 445 § 1 k.c. pozwala w takich wypadkach na przyznanie poszkodowanemu odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Zgodnie z ugruntowanym w doktrynie i orzecznictwie poglądem zadośćuczynienie stanowi sposób naprawienia szkody niemajątkowej na osobie wyrażającej się krzywdą w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych. Inaczej niż przy odszkodowaniu, w przypadku zadośćuczynienia, ustawodawca nie wprowadza jasnych kryteriów ustalania jego wysokości. Wskazuje jedynie ogólnikowo, iż suma przyznana z tego tytułu winna być odpowiednia.

W judykaturze i piśmiennictwie podkreśla się, że zadośćuczynienie ma charakter kompensacyjny i jako takie musi mieć odczuwalną wartość ekonomiczną, jednocześnie nie może być nadmierne. Wskazuje się na potrzebę poszukiwania obiektywnych i sprawdzalnych kryteriów oceny jego wysokości, choć przy uwzględnieniu indywidualnej sytuacji stron (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 września 2002 roku, IV CKN 1266/00, LEX 80272). Do podstawowych kryteriów oceny w tym zakresie zalicza się stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych, trwałość obrażeń, prognozy na przyszłość, wiek poszkodowanego, skutki w zakresie życia osobistego oraz zawodowego, konieczność wyrzeczenia się określonych czynności życiowych, korzystania z pomocy innych osób, czy wreszcie stopień przyczynienia się poszkodowanego i winy sprawcy szkody (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 czerwca 1968 roku, I PR 175/68, OSNCP 1968, nr 2, poz.37; Sąd Najwyższy w uchwale pełnego składu Izby Cywilnej z dnia 8 grudnia 1973 roku, III CZP 37/73, OSNCP 1974, nr 9, poz.145; Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 września 2002 roku, IV CKN 1266/00, niepubl; Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 19 sierpnia 1980 roku, IV

CR 238/80, OSNCP 1981, nr 5, poz.81; Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 stycznia 2004 roku, I CK 131/03, OSNC 2004 r, nr 4, poz.40).

Zważyć przy tym należy, iż doznanej przez poszkodowanego krzywdy nigdy nie można wprost, według całkowicie obiektywnego i sprawdzalnego kryterium przeliczyć na wysokość zadośćuczynienia. Charakter szkody niemajątkowej decyduje, bowiem o jej niewymierności (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 lutego 2000 roku, III CKN 582/98, niepubl.), zaś pojęcie „odpowiedniej sumy zadośćuczynienia” użyte w art. 445 § 1 k.c. ma charakter niedookreślony (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 września 2001 roku, III CKN 427/00, LEX 52766). Dlatego też w orzecznictwie wskazuje się, że oceniając wysokość należnej sumy zadośćuczynienia sąd korzysta z daleko idącej swobody (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 lipca 2000 roku, II CKN 1119/98, LEX 50884).

W następstwie wypadku z dnia 20 stycznia 2013 roku powód z neurologicznego punktu widzenia doznał powierzchownego urazu głowy i skręcenia odcinka szyjnego kręgosłupa, zaś w zakresie narządów ruchu – naciągnięcia kręgosłupa szyjnego. Cierpienia fizyczne spowodowane wypadkiem były umiarkowane do dwóch miesięcy po wypadku. Powód w wyniku wypadku doznał ograniczeń w życiu codziennym. Nie mógł wykonywać ciężkich prac, podnosić obu rąk, dźwigać, schylać się, miał trudności z wykonywaniem prac porządkowych, ścieleniem łóżka, zmywaniem. Nie mógł również brać udziału w remoncie swojego mieszkania. Ł. G. wymagał pomocy innych osób w wymiarze około 2 godzin dziennie przez okres 6 tygodni po wypadku. Wypadek rzutował również na aktywność fizyczną powoda, który przed wypadkiem chodził na siłownię, jeździł na rowerze oraz grał w piłkę. Nie bez znaczenia jest również fakt, iż u powoda w związku ze zdarzeniem wystąpiły objawy lękowe. Wprawdzie u Ł. G. nie stwierdzono uszczerbku na zdrowiu w sferze psychicznej, jednak oczywistym jest, iż po traumatycznym zdarzeniu, jakim jest wypadek samochodowy, odczuwa się lęk przed kierowaniem pojazdem. Ów lęk spowodował u powoda, że przez pewien czas nie jeździł samochodem jako kierowca, a obecnie prowadzi samochód w sposób zachowawczy. Wypadek spowodował również, iż powód odłożył w czasie swoje plany dotyczące otworzenia własnej działalności gospodarczej.

Mając na uwadze powyższe okoliczności oraz rodzaj i rozmiar doznanej przez powoda krzywdy, jak też dyrektywę przyznawania umiarkowanego zadośćuczynienia, w ocenie Sądu, odpowiednie zadośćuczynienie dla powoda stanowi kwota 5.000 zł. A zatem, jest to kwota, której zasądzenia dochodził powód w niniejszej sprawie.

Jak wskazano powyżej, zgodnie z art. 444 § 1 k.c., w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikiłe z tego powodu koszty. Warunkiem jest to, by wydatki te były konieczne i celowe. Pojęcie „wszelkie koszty” oznacza koszty różnego rodzaju, których nie da się z góry określić, a których ocena, na podstawie okoliczności sprawy, należy do sądu (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 stycznia 2008 roku, II CSK 425/07, LEX nr 378025). Cytowany przepis jest rozumiany szeroko i dotyczy również zwrotu wydatków podyktowanych koniecznością nabycia środków farmaceutycznych, czy wydatków na opiekę sprawowaną nad osobą poszkodowaną (tak również Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 4 października 1973 roku, II Cr 365/73, OSN 1974 rok, poz. 147). Jak słusznie się zauważa, celowość ponoszenia wszelkich wydatków może być związana nie tylko z możliwością uzyskania poprawy stanu zdrowia, ale też z potrzebą utrzymania tego stanu, jego niepogarszania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 roku, IV CSK 308/10, LEX nr 738127). W grupie wydatków celowych i koniecznych, pozostających w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia tradycyjnie wymienia się koszty leczenia (pobytu w szpitalu, pomocy pielęgniarstwa, koszty lekarstw, konsultacji lekarskich), specjalnego odżywiania się, nabycia protez i innych specjalistycznych aparatów i urządzeń (np. kul, aparatu słuchowego, wózka inwalidzkiego). W orzecznictwie wskazuje się, że zakres kosztów leczenia nie może ograniczać się do wydatków kompensowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, lecz powinien obejmować koszty działań, podjętych z uzasadnionym - zważywszy na aktualny stan wiedzy medycznej - przekonaniem o spodziewanej poprawie stanu zdrowia poszkodowanego (por. wyrok Sądu Najwyższego z 12 grudnia 2002 roku, II CKN 1018/00, LEX nr 75352). Stąd uzasadnione może być na przykład żądanie zwrotu kosztów, jakie poszkodowany poniósł na konsultację u dobrego specjalisty (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 1969 roku, II PR 217/69, OSN 1970 rok, nr 3, poz. 50). Ponadto, w judykaturze podkreśla się, że okolicznością sprzeciwiającą się uwzględnieniu żądania poszkodowanego wyłożenia z góry przez zobowiązanego do naprawienia szkody sumy potrzebnej na koszty leczenia

(art. 444 § 1 zd. 2 k.c.) nie jest wykazanie, że poszkodowany objęty jest finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 roku, I CSK 384/07, OSP 2009 rok, nr 2, poz. 20).

Z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, iż powód poniósł uzasadnione koszty leczenia w kwocie 390 zł w postaci kosztu trzech konsultacji u neurologa (3 x 130 zł) oraz kosztu stosowania leków przeciwbólowych. W świetle przeprowadzonych dowodów, Ł. G. w styczniu 2013 roku uzyskał skierowanie w celu podjęcia leczenia w poradni neurologicznej w ramach NFZ, jednakże z uwagi na odległy termin wyznaczonej wizyty (na czerwiec 2013 roku) i występujące dolegliwości zdecydował się na leczenie odpłatne. A zatem, w ocenie Sądu, poniesione przez powoda wydatki na leczenie neurologiczne należało uznać za uzasadnione i zmierzające do zmniejszenia skutków wypadku.

W świetle opinii biegłego ortopedy, dolegliwości bólowe wymagające systematycznego stosowania przez powoda leków przeciwbólowych, trwały przez okres około 2 miesięcy po wypadku. Zaś, później przez okres 5 miesięcy po wypadku powód przyjmował leki przeciwbólowe 2-3 razy w tygodniu. Ze zgromadzonego materiału dowodowego nie wynika, jaki był szczegółowy koszt zakupu tychże leków. Powód nie przedłożył do akt sprawy rachunków dotyczących ich zakupu. Natomiast, zgodnie z art. 322 k.p.c., w przypadku gdy ściśle udowodnienie żądania nie jest możliwe lub nader utrudnione, sąd może zasądzić odpowiednią sumę według swojej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy. Powód wskazał, że koszt zakupu leków przeciwbólowych po wypadku opiewał na kwotę około 100 zł. Mając na uwadze wynikający z opinii biegłego ortopedy i przesłuchania powoda okres stosowania leków przeciwbólowych oraz przeciętne, znane powszechnie ceny leków tego rodzaju, w ocenie Sądu, żądanie powoda zasądzenia zwrotu kosztów leków przeciwbólowych w kwocie 100 zł zasługiwało na uwzględnienie

W judykaturze i piśmiennictwie wskazuje się, że poszkodowany może domagać się kompensaty wszelkich kosztów, a więc także: kosztów transportu, kosztów odwiedzin osób bliskich (wyrok Sądu Najwyższego z 7 października 1971 roku, II CR 427/71, OSP 1972/6/108), kosztów szczególnego odżywiania i pielęgnacji w okresie rekonwalescencji (uchwała Sądu Najwyższego (7) z 19 czerwca 1975 roku, PRN 2/75, OSNC 1976/4/70; wyrok Sądu Najwyższego z 21 maja 1973 roku, II CR 194/73, OSP 1974/4/83).

Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Ten, kto powołując się na przysługujące mu prawo, żąda czegoś od innej osoby, obowiązany jest udowodnić fakty (okoliczności faktyczne) uzasadniające to żądanie. Natomiast, stosownie do treści przepisu art. 232 k.p.c., to strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Jednak w niniejszej sprawie, wbrew ciężarowi z art. 6 k.c., jak wskazano powyżej, powód nie udowodnił wysokości kosztów dojazdu do lekarzy w związku z wypadkiem z dnia 20 stycznia 2013 roku. Powód nie potrafił wskazać, czy do lekarza wozila go żona czy teść, a w konsekwencji czy środkiem transportu był samochód żony O. (...) z instalacją gazową o pojemności silnika 1,6 litra czy samochód teścia C. (...) o pojemność silnika powyżej 2 litrów. Nie znał także cen gazu ani benzyny w okresie wypadku. Z przesłuchania powoda nie wynika także łączna ilość wizyt lekarskich na jakie był wozony, ani dokładna ilość przejechanych w tym celu kilometrów. Zatem powództwo w tym zakresie podlegało oddaleniu jako nieudowodnione.

Zasadą prawa cywilnego jest, że dłużnik popada w opóźnienie, jeżeli nie spełnia świadczenia w terminie, w którym stało się ono wymagalne. Termin wymagalności świadczeń przysługujących poszkodowanemu od zakładu ubezpieczeń z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów określa, art. 817 § 1 k.c., zgodnie z którym ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Zaś, gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w § 1 (§ 2 art. 817 k.c.). Obowiązek udowodnienia istnienia okoliczności z art. 817 § 2 k.c. oraz ich zasięgu obciąża ubezpieczyciela (art. 6 k.c.).

Zawiadomienie ubezpieczyciela o wypadku rodzi po jego stronie obowiązek spełnienia świadczenia w ustawowym terminie. Niespełnienie świadczenia w terminie powoduje po stronie dłużnika konsekwencje przewidziane w art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe, a od dnia 1 stycznia 2016 roku odsetki ustawowe za opóźnienie (art. 481 § 2 zd. 1 k.c.).

Pismem z dnia 20 czerwca 2013 roku, doręczonym w dniu 25 czerwca 2013 roku, powód zgłosił pozwanej szkodę żądając wypłaty kwoty 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 600 zł zwrotu kosztów leczenia. Zatem dopiero w dniu 25 lipca 2013 roku upłynął 30-dniowy termin do wypłaty przez pozwanego odszkodowania i zadośćuczynienia. W konsekwencji, powód może żądać odsetek ustawowych dopiero od dnia 26 lipca 2013 roku, gdyż dopiero w tym dniu pozwana pozostawała w opóźnieniu. W rezultacie, odsetki ustawowe od obu kwot, tj. 5.000 zł i 490 zł zasądzono od dnia 26 lipca 2013 roku. Z uwagi na wejście w życie od 1 stycznia 2016 roku zmiany w przepisach kodeksu cywilnego dotyczących odsetek i wyodrębnienie odsetek ustawowych za opóźnienie, skoro powód domagał się odsetek w związku z nieterminowym spełnieniem świadczenia przez pozwaną (a więc w związku z opóźnieniem), w wyroku zaznaczono, że począwszy od 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty należą się odsetki ustawowe za opóźnienie.

Za bezpodstawne należy uznać żądanie pozwanej zasądzenia ustawowych odsetek od zadośćuczynienia dopiero od daty wyrokowania, jeśli krzywda pokrzywdzonego istniała i była już znana w chwili wezwania do zapłaty. Ponadto, zważyć należy, iż pozwany jest profesjonalistą, prowadzącym działalność gospodarczą w zakresie ubezpieczeń. W ocenie Sądu, w toku postępowania likwidacyjnego dysponował wiedzą i środkami pozwalającymi na prawidłowe ustalenie wysokości należnych powodowi świadczeń.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. zd. 2 k.p.c. zgodnie z którym, Sąd może jednak włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznacznej części swego żądania albo gdy określenie należnej mu sumy zależało od wzajemnego obrachunku lub oceny sądu. Powód wygrał proces w 98%, a przegrał w 2%.

Na koszty procesu poniesione przez powoda w łącznej kwocie 2.495 zł złożyły się: opłata od pozwu w wysokości 278 zł, zaliczka na poczet wynagrodzenia biegłych w kwocie 1.000 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł oraz koszty zastępstwa procesowego w kwocie 1.200 zł (ustalone w oparciu o § 6 pkt 5 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, Dz.U. 2013 poz. 490).

Z uwagi na powołaną zasadę rozliczenia kosztów procesu, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.495 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania.

Stosownie do art.84 ust. 2 w związku z art.80 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jednolity Dz.U. za 2010 r., Nr 90, poz. 594 ze zm.), Sąd zwrócił pozwanej niewykorzystane zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłego w kwocie 201,04 zł.