

Sygn. akt VIII C 1604/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

dnia 6 lipca 2020 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi w VIII Wydziale Cywilnym

w składzie: przewodniczący: Sędzia Bartek Męcina

protokolant: st. sekr. sąd. Ewa Ławniczak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 2 lipca 2020 roku w Ł.

sprawy z powództwa E. N. i J. N.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. w W.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. w W. solidarnie na rzecz powódek E. N. i J. N. kwotę 6.500 zł (sześć tysięcy pięćset złotych) wraz z odsetkami ustawowymi, przy czym od dnia 1 stycznia 2016 r. z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, od dnia 25 maja 2014 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 1.450 zł (jeden tysiąc czterysta pięćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu,

2. zarządza zwrot ze Skarbu Państwa- Sądu Rejonowego dla Łodzi- Widzewa w Łodzi na rzecz:

a) powódek E. N. i J. N. solidarnie kwoty 250 zł (dwieście pięćdziesiąt złotych) uiszczonej tytułem zaliczki w dniu 13 grudnia 2017 r.,

b) pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. w W. kwoty 250 zł (dwieście pięćdziesiąt złotych) uiszczonej tytułem zaliczki w dniu 4 grudnia 2017 r.

Sygn. akt VIII C 1604/17

UZASADNIENIE

W dniu 17 października 2014 roku powód A. N., reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, wytoczył przeciwko pozwanemu (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. powództwo o zapłatę kwoty 6.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 25 maja 2014 roku do dnia zapłaty, ponadto wniósł o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wyjaśnił, że jest objęty dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek ciężkiej choroby (...) 33, z tytułu polisy nr (...). W okresie ubezpieczenia, w dniu 27 lutego 2012 roku przebył zawał serca bez uniesienia odcinka ST, które to zdarzenie było objęte w/w ubezpieczeniem. W następstwie zawału przeszedł dwa zabiegi operacyjne w dniu 28 lutego 2012 roku i 29 lutego 2012 roku, a hospitalizację zakończył w dniu 2 marca 2012 roku z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego. Po zgłoszeniu szkody pozwanemu ten odmówił jednak wypłaty odszkodowania powołując się na § 19 OWU oraz rozpoczęcie u chorego przed startem ubezpieczenia postępowania diagnostyczno-leczniczego.

(pozew k. 3-6)

W odpowiedzi na pozew pozwany, reprezentowany przez pełnomocnika będącego radcą prawnym, wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych.

Pozwany nie kwestionując faktu objęcia powoda ubezpieczeniem, jak również przebycia przez powoda w dniu 28 lutego 2012 roku zawału serca, wyjaśnił, że zawał ten był następstwem wieloletniej choroby wieńcowej, z powodu której ubezpieczony był leczony przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej. Wobec powyższego zaistniały przesłanki z § 19 OWU wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ciężkiej choroby. Pozwany potwierdził jednocześnie, że w przypadku uznania roszczenia powoda przysługujące mu świadczenie wyniosłoby 6.500 zł, która to kwota odpowiada sumie ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby.

(odpowiedź na pozew k. 27-32)

Postanowieniem z dnia 23 stycznia 2015 roku Sąd zawiesił postępowanie w sprawie na podstawie art. 174 § 1 pkt 1 k.p.c. z dniem 27 listopada 2014 roku wobec śmierci powoda. Następnie, wobec wstąpienia w miejsce powoda jego spadkobierców – E. N. i J. N., postanowieniem z dnia 8 sierpnia 2017 roku Sąd podjął zawieszony postępowanie w sprawie z udziałem E. N. i J. N., jako następcami prawnymi zmarłego powoda.

(postanowienie k. 61, k. 77, pismo procesowe k. 69)

W toku dalszego procesu stanowiska stron nie uległy zmianie.

(pismo procesowe k. 83-84, protokół rozprawy k. 260-260v.)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 25 lutego 2012 roku A. N. został przyjęty do Pododdziału Kardiologicznego Szpitala im. (...) z powodu nawracających typowych bóli stenokardialnych. Z uwagi na brak poprawy stanu zdrowia, w dniu 27 lutego 2012 roku chory został przeniesiony do Kliniki (...), gdzie z uwagi na utrzymywanie się zmian niedokrwiennych w EKG, podwyższone wartości troponiny TnT_{hs}, zaburzenia kurczliwości lewej komory EF=46%, A. N. został poddany koronarografii. W wyniku przeprowadzonego badania, chory został zakwalifikowany do leczenia inwazyjnego – koronaroplastyki (P.) LAD z implantacją 2 stentów oraz P. Cx z implementacją stentu.

A. N. opuścił szpital w dniu 2 marca 2012 roku z rozpoznaniem zawału serca bez uniesienia odcinka ST i z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego.

(kserokopia dokumentacji medycznej k. 11-14v., k. 44, okoliczności bezsporne)

W czasie opisanego zdarzenia A. N. łączyła z pozwanym (...) Zakładem (...) na (...) S.A. w W. umowa grupowego ubezpieczenia typ P PLUS w ramach polisy nr (...) obejmująca m.in. dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby. Suma ubezpieczenia z tytułu ciężkiej choroby wynosiła 6.500 zł.

Zgodnie z ogólnymi warunkami dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia – dla wybranego przez ubezpieczonego wariantu P (...) obejmował wystąpienie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności (...) S.A. ciężkich chorób, m.in. w postaci zawału serca (§ 4 i 5 OWU). Odpowiedzialność z tytułu przedmiotowej choroby powstawała wyłącznie w przypadku takiego zawału serca, który powoduje: 1) wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej), zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia, nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, 2) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych do wartości przekraczającej trzykrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym w przypadku zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej (P.), 3) zwiększenie stężenia biomarkerów sercowych – w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych ((...)) – do wartości

przekraczającej pięciokrotnie górną granicę normy, przy prawidłowym ich poziomie wyjściowym oraz pojawienie się jednego z następujących objawów: nowych patologicznych załamków Q lub nowego bloku lewej odnogi pęczka H., udokumentowanej angiograficznie niedrożności pomostu wieńcowego lub nowej niedrożności natywnej tętnicy wieńcowej, udokumentowanej badaniem obrazowym nowej martwicy mięśnia sercowego (§ 3 pkt 35 OWU). W przypadku wystąpienia ciężkiej choroby ubezpieczyciel wypłacał świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu jej wystąpienia (§ 6 OWU). W myśl § 19 OWU, odpowiedzialność (...) S.A. nie obejmowała ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do ubezpieczonego.

(polisa k. 47-47v., ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby k. 50-53, okoliczności bezsporne)

W związku z przebyłym zawałem serca A. N. w dniu 7 lutego 2013 roku zgłosił szkodę pozwanemu. Decyzją z dnia 20 lutego 2013 roku pozwany odmówił przyznania świadczenia powołując się na § 19 OWU. Wyjaśnił, że z dokumentacji medycznej ubezpieczonego wynika, że przed przystąpieniem do ubezpieczenia rozpoczęto u niego postępowanie diagnostyczno-lecznicze choroby naczyń wieńcowych (przebyty ostry zespół wieńcowy w 1999 roku), w konsekwencji przebyty w lutym 2012 roku kolejny zawał serca jest konsekwencją wieloletniej choroby wieńcowej. Pomimo złożenia odwołania, pozwany podtrzymał stanowisko wyrażone w decyzji.

(odwołanie k. 15-16, pismo k. 17, decyzja k. 18, druk zgłoszenia szkody k. 39-40, okoliczności bezsporne)

W dniu 27 listopada 2014 roku A. N. zmarł. Postanowieniem z dnia 2 lipca 2005 roku wydanym w sprawie o sygn. I Ns 540/15 Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi stwierdził, że spadek po A. N. na podstawie testamentu ustnego z dnia 15 listopada 2014 roku nabyły E. N. i J. N., po 1/2 części każda z nich.

(skrócony odpis aktu zgonu k. 73, postanowienie k. 74-74v.)

W listopadzie 1999 roku u A. N. wykonano koronarografię, co było związane z zaostrzeniem dolegliwości stenokardialnych i zmian niedokrwiennych w EKG. Badanie naczyń wieńcowych wykazało istotne zmiany miażdżycowe. Wykonane wówczas badanie echokardiograficzne wykazało odcinkowe zaburzenia kurczliwości z dobrą globalną funkcją skurczową lewej komory EF-59%.

Przed dniem 1 stycznia 2011 roku (data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej) u A. N. nie wystąpił zawał mięśnia sercowego. W listopadzie 1999 roku nastąpiło zaostrzenie choroby wieńcowej, które ustąpiło po wdrożeniu leczenia inwazyjnego (koronaroplastyka z implementacją stentu). Stwierdzona wówczas miażdżycy naczyń wieńcowych miała charakter postępujący. Rozpoczęte w listopadzie 1999 roku postępowanie diagnostyczne dotyczyło leczenia choroby wieńcowej.

Przebyty w dniu 27 lutego 2012 roku przez A. N. zawał mięśnia sercowego spełnia definicję zawału z § 3 pkt 35 OWU (podwyższona troponina, bóle stenokardialne, zmiany niedokrwienne w EKG, zaburzenia kurczliwości mięśnia lewej komory).

(pisemna opinia biegłego sądowego k. 242-243)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił bądź jako bezsporny, bądź na podstawie powołanych wyżej dowodów, w tym dowodów z dokumentacji medycznej oraz opinii biegłego sądowego.

Oceniając pisemną opinię biegłego sądowego, Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania zawartych w jej treści wniosków, opinia ta była bowiem rzetelna, jasna, logiczna oraz w sposób wyczerpujący objaśniająca budzące wątpliwości kwestie. Wydając opinię biegły oparł się na zgromadzonym w aktach sprawy materiale dowodowym, w tym na dokumentacji medycznej powoda, której zawartość biegły uwzględnił podczas opracowywania opinii. Opinia biegłego sądowego nie była kwestionowana przez strony.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo jest zasadne w całości.

Powodowie wywodzą swoje roszczenie z zawartej przez A. N. z pozwanym umowy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, zawartej w ramach grupowego ubezpieczenia typ P PLUS.

Przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie – przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia, w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej – art. 805 § 1 i 2 k.c. Kodeks cywilny nie określił pojęcia wypadku ubezpieczeniowego, pozostawiając to kryterium formalne umowie stron.

W realiach niniejszej sprawy, w ramach przedmiotowej umowy ubezpieczenia, zakresem ubezpieczenia zostało objęte zdrowie A. N., a ubezpieczenie to obejmowało wystąpienie u ubezpieczonego ciężkiej choroby. Na gruncie omawianej sprawy nie budziło wątpliwości, że w dacie przebytego w lutym 2012 roku zawału serca A. N. był objęty powyższym ubezpieczeniem. Poza sporem pozostawało ponadto, jak również wynika to z opinii biegłego sądowego, że przebyty zawał spełniał kryteria opisane w § 3 pkt 35 OWU.

Oś sporu ogniskowała się wokół ustalenia, czy w stosunku do ubezpieczonego ziszczyły się przesłanki z § 19 OWU, skutkujące odmową wypłaty świadczenia. Przypomnienia wymaga, że w myśl powołanego postanowienia, odpowiedzialność (...) S.A. nie obejmowała ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do ubezpieczonego. W ocenie Sądu przesłanki odmowy wypłaty świadczenia nie zostały w sprawie spełnione. Jak wynika z treści opinii biegłego sądowego, która nie była kwestionowana przez stronę pozwaną, hospitalizacja A. N. w listopadzie 1999 roku nie była związana z zawałem mięśnia sercowego (a więc uszkodzeniem mięśnia sercowego), a w tej dacie rozpoczęto u niego wyłącznie postępowanie diagnostyczne leczenia choroby wieńcowej, która przecież nie musi wiązać się z uszkodzeniem mięśnia sercowego. Wprawdzie nie budzi wątpliwości, że zawał serca jest jedną z postaci choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej), to jednocześnie nie sposób przyjąć, iż przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, tj. przed 1 stycznia 2011 roku, u A. N. wystąpiła ciężka choroba w postaci zawału serca, czy też rozpoczęto u niego postępowanie diagnostyczno-lecznicze z powodu tej konkretnej choroby. Samo wystąpienie zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych jest niewystarczające do przyjęcia, iż uszkodzeniu uległ mięsień sercowy, zresztą biegły sądowy wykluczył, aby takie uszkodzenie wystąpiło u A. N.. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na zakres przedmiotowego ubezpieczenia, który obejmował m.in.: chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass (§ 5 pkt 3 ppkt 3), zawał serca (§ 5 pkt 3 ppkt 16) oraz wadę serca (§ 5 pkt 3 ppkt 25). Powyższe implikuje jednoznaczną konstatację, iż ubezpieczyciel sam odróżniał chorobę naczyń wieńcowych od zawału serca, kwalifikując je, jako dwie odrębne od siebie ciężkie choroby. Skoro więc u A. N. przed dniem 1 stycznia 2011 roku nie wystąpił zawał serca, po stronie pozwanego nie ukonstytuowało się uprawnienie, o którym mowa w § 19 OWU. Godzi się przypomnieć, że myśl art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej, obowiązującej w dacie zawarcia przedmiotowej umowy ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Stosowanie zaś do treści ust. 4 powołanego przepisu, postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Jak powszechnie przyjmuje się w judykaturze Sądu Najwyższego, w razie niejasności, nieдомówień, braku jednoznaczności sformułowań ogólnych warunków umów, wynikające z tego wątpliwości należy tłumaczyć na korzyść ubezpieczonego. Pogląd taki wyrażono m.in. w uchwale składu 7 sędziów z dnia 31 marca 1993 roku (III CZP 1/93, OSNCP 1993/10/170), mającej walor zasady prawnej, oraz uchwale z dnia 8 lipca 1992 roku (III CZP 80/92, OSNCP 1993/1-2/14), a następnie kontynuowano w dalszej linii orzeczniczej. Wymogi transparentności wzorców umownych oraz konsekwencje zawartych w nich postanowień niejednoznacznych określił ustawodawca w art. 385 § 2 k.c. Ponadto, zgodnie z ugruntowaną linią orzecniczą, postanowienia ogólnych warunków umów ubezpieczenia podlegają wykładni według reguł określonych

w art. 65 § 2 k.c., gdy ich postanowienia nie są precyzyjne i stwarzają wątpliwości co do ich istotnej treści, a wykładnia taka nie może pomijać celu, w jakim umowa została zawarta, a także natury i funkcji zobowiązania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lipca 2006 roku, II CSK 60/06, LEX ; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2004 roku, V CK 481/03, LEX). Proces wykładni rozpoczyna się od wykładni językowej, a kończy z chwilą uzyskania, w wyniku zastosowania kolejnych reguł wykładni, rezultatu w postaci ustalenia rzeczywistego znaczenia prawnego umowy. Do podstawowych cech prawidłowej wykładni należy uwzględnianie standardów ukształtowanych w praktyce w danej dziedzinie i respektowanie założenia racjonalności, a więc elementów koniecznych do uzyskania rozsądnego rezultatu wykładni. Jak jednolicie przyjmuje się w orzecznictwie, dyrektywy interpretacyjne ustanowione w art. 65 § 2 k.c. przyznają prymat zgodnemu zamiarowi stron i celowi umowy. Odczytanie zgodnego zamiaru stron powinno przy tym uwzględniać wszystkie fakty dotyczące nie tylko etapu zawierania umowy, ale także jej realizacji, jeżeli umożliwiają one stwierdzenie, jak strony pojmowały znaczenie poszczególnych postanowień umownych (m.in. wyrok SN z dnia 10 stycznia 2014 roku, I CSK 155/13, LEX). Cel umowy, jako kryterium wykładni umowy ubezpieczenia, nakazuje położenie nacisku na charakter ochronny tego stosunku prawnego. Ten aspekt tłumaczenia umowy ubezpieczenia Sąd Najwyższy zaakcentował w uzasadnieniu wyroku z dnia 26 stycznia 2006 roku (V CSK 90/05, LEX), odwołał się do niego także w uzasadnieniu wyroku z dnia 11 grudnia 2007 r. (II CSK 375/07, LEX). W obydwu tych orzeczeniach podkreślił, że wykładnia postanowień umowy ubezpieczenia musi uwzględniać jako zasadę odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń przy jednoczesnym ograniczonym rozumieniu przesłanek odpowiedzialność tę wyłączających. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 lutego 2015 roku (II CSK 295/14, LEX), wykładnia postanowień wzorca umowy stworzonego przez ubezpieczyciela nie może prowadzić do zaostrenia wymagań stawianych ubezpieczającemu i ograniczania obowiązków ubezpieczyciela. Taki kierunek wykładni przesądzałby o naruszeniu art. 65 § 2 k.c. w powiązaniu z celem i istotą umowy ubezpieczenia wynikającymi z art. 805 § 1 k.c. To zatem zgodny zamiar stron i cel umowy, nie zaś dosłowne brzmienie warunków ubezpieczeń, mają najistotniejsze znaczenie przy wykładni postanowień tych ostatnich, brak jest bowiem podstaw, aby postanowienia wzorca umowy postrzegać w kategoriach tekstu prawnego, dokonując ich wykładni analogicznie do interpretacji przepisów prawa. Reasumując, 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. Powtórzyć należy, iż umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny do wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony. Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sprawy Sąd uznał, iż § 19 OWU należy rozumieć w wąski sposób, a więc w taki, iż odnosi się on do konkretnej ciężkiej choroby objętej zakresem ubezpieczenia (tu: zawału serca). Nie ulega bowiem wątpliwości, że gdyby ubezpieczyciel chciał objąć zakresem ubezpieczenia każdą postać choroby wieńcowej, znalazłoby to odpowiednie odzwierciedlenie w postanowieniach OWU. Skoro więc pozwany wyodrębnił, jako jednostkę chorobową, z jednej strony chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych (a więc choroby wieńcowej), z drugiej zaś zawał serca (a więc jedną z postaci choroby wieńcowej), przy czym jak wyjaśniono wyżej, stwierdzenie zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych nie jest równoznaczne z uszkodzeniem mięśnia sercowego, to w ocenie Sądu oczywistym jest, że wchodzące w zakres ubezpieczenia ciężkie choroby należy rozumieć w ścisłym ich znaczeniu nadanym przez postanowienia OWU. W świetle zgromadzonego materiału dowodowego, o czym była już mowa wyżej, nie sposób zaś przyjąć, iż przed dniem 1 stycznia 2011 roku A. N. przebył zawał serca. Za niesporne należy przy tym uznać, że to pozwany obciążał obowiązek wykazania, iż ziszczyły się przesłanki wyłączające jego odpowiedzialność ubezpieczeniową, jeśli z faktu tego chciał wywodzić korzystne dla siebie skutki prawne (art. 6 k.c., art. 232 k.p.c.). Powinności, o której mowa, pozwany nie zdołał jednak sprostać.

W związku z przebyłą ciężką chorobą ubezpieczonemu przysługiwało od pozwanego świadczenie wynikające z zawartej umowy ubezpieczenia. W przypadku wystąpienia ciężkiej choroby pozwany wypłacał świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczeniowej, która na gruncie przedmiotowej umowy wyrażała się kwotą 6.500 zł.

Mając na uwadze powyższe, Sąd zasądził od pozwanego solidarnie na rzecz powódek kwotę 6.500 zł z ustawowymi odsetkami, przy czym od dnia 1 stycznia 2016 roku z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, od dnia 25 maja 2014 roku do dnia zapłaty.

O roszczeniu odsetkowym powódek Sąd orzekł na podstawie przepisu 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 chociaż by opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie. Natomiast zgodnie z treścią art. 817 § 1 i § 2 k.c., ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku, gdyby jednak 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. W niniejszej sprawie A. N. zgłosił szkodę w dniu 7 lutego 2013 roku, a następnie w odwołaniu z dnia 28 kwietnia 2014 roku (data wpływu do pozwanego) sprecyzował swoje roszczenie, co do wysokości. Odwołanie to zostało rozpatrzone przez pozwanego w dniu 22 maja 2014 roku, a zatem żądanie zasądzenia odsetek poczynawszy od dnia 24 maja 2014 roku należało uznać za w pełni zasadne.

O kosztach procesu rozstrzygnięto w oparciu o art. 98 k.p.c. Na koszty poniesione przez stronę powodową złożyły się opłata sądowa od pozwu – 250 zł oraz koszty zastępstwa procesowego w stawce minimalnej – 1.200 zł (§ 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. 2013, poz. 490). Mając powyższe na uwadze Sąd zasądził od pozwanego solidarnie na rzecz powódek kwotę 1.450 zł tytułem zwrotu kosztów procesy.

Ponadto Sąd zarządził zwrot ze Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi na rzecz: powódek solidarnie – kwoty 250 zł, pozwanego – kwoty 250 zł, tytułem niewykorzystanych zaliczek na poczet wynagrodzenia biegłego sądowego.