

Sygnatura akt VIII C 3022/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 października 2021 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi - Widzewa w Łodzi VIII Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Tomasz Kalsztein

Protokolant: Dorota Piasek

po rozpoznaniu w dniu 28 września 2021 w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa K. P.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz powoda K. P. kwotę 53.938,36 zł (pięćdziesiąt trzy tysiące dziewięćset trzydzieści osiem złotych dwadzieścia sześć groszy) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od kwot:

- 50.206,36 zł (pięćdziesiąt tysięcy dwieście sześć złotych trzydzieści sześć groszy) od dnia 17 sierpnia 2018 roku do dnia zapłaty;

- 3732 zł (trzy tysiące siedemset trzydzieści dwa złote) od dnia 4 września 2018 roku do dnia zapłaty;

2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

3. zasądza od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda K. P. kwotę 3.585,50 zł (trzy tysiące pięćset osiemdziesiąt pięć złotych pięćdziesiąt groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu;

4. nakazuje pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 2.611,72 zł (dwa tysiące sześćset jednaście złotych siedemdziesiąt dwa grosze), tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych;

5. nakazuje zwrócić z funduszy Skarbu Państwa Sądowi Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi na rzecz powoda K. P. kwotę 578,50 zł (pięćset siedemdziesiąt osiem złotych pięćdziesiąt groszy) tytułem nadpłaconych kosztów sądowych uiszczonych w dniu 23 czerwca 2021 roku zaksięgowanych pod pozycją 500062027295.

Sygn. akt VIII C 3022/18

UZASADNIENIE

W dniu 3 grudnia 2018 roku powód K. P., reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, wytoczył przeciwko (...) S.A. w W. powództwo o zapłatę kwoty 5.010 zł tytułem częściowego odszkodowania z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 16 lipca 2018 roku do dnia zapłaty, ponadto wniósł o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu pełnomocnik wyjaśnił, że w dniu 4 października 2017 roku na skutek upadku z roweru spowodowanego wjechaniem w dziurę w jezdni powód doznał urazu głowy oraz prawej ręki. Następnego dnia z uwagi na silne dolegliwości bólowe oraz masywny obrzęk poszkodowany udał się szpitala, gdzie w wyniku badań zdiagnozowano u niego złamanie podgłowe V kości śródreżca, trzonu IV kości śródreżca prawego, 1/2 trzonu VI kości śródreżca ręki prawej z przemieszczeniem oraz dalszej części trzonu V kości śródreżca z przemieszczeniem. Po zaopatrzeniu ręki w opatrunek gipsowy powód został skierowany na zabieg operacyjny, który wykonano w dniu 10 października 2017 roku. W dniu 17 stycznia 2018 roku po wygojeniu złamania oraz usunięciu zespolenia metalem powód otrzymał skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne. W dniu 4 marca 2018 roku miał miejsce kolejny nieszczęśliwy wypadek z udziałem powoda wskutek którego doznał on drugiego urazu prawej ręki w postaci złamania trzonu IV oraz podgłowego złamania V kości śródreżca prawego. W dacie obu zdarzeń strony łączyła umowa ubezpieczenia w zakresie (...), z tytułu której powód zgłosił szkody, pozwany nie wypłacił jednak z w/w tytułu żadnego świadczenia. W ocenie powoda doznany przez niego uszczerbek wynosi 20% na gruncie każdego ze zdarzeń.

(pozew k. 5-10)

W odpowiedzi na pozew pozwany, reprezentowany przez pełnomocnika będącego radcą prawnym, wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych. Pozwany nie kwestionując faktu objęcia powoda ubezpieczeniem wyjaśnił, że w jego ocenie zgłoszone zdarzenia nie nosiły znamion wypadku ubezpieczeniowego. Podniósł, że w toku postępowania likwidacyjnego nie wykazano, aby zdarzenie z dnia 4 października 2017 roku przebiegało w deklarowanych przez poszkodowanego okolicznościach, zaś zdarzenie z dnia 4 marca 2018 roku w ogóle miało miejsce. Dodał, że przedłożona dokumentacja zdjęciowa nie mogła zostać wykonana w dacie pierwszej szkody, a także, że powód podawał różne daty wypadków. Ponadto wyjaśnił, że w okresie od 3 listopada 2017 roku do 18 kwietnia 2018 roku powód brał udział w 4 zdarzeniach drogowych, o których brak jest wzmianki w dokumentacji załączonej do pozwu, choć zdarzenia te przyczyniały się do zwiększenia istniejących lub powstania nowych urazów.

(odpowiedź na pozew k. 100-102)

Replikując na powyższe pełnomocnik powoda podtrzymał pozew w całości. Wyjaśnił, że po pierwszym zdarzeniu powód znajdował się w szoku i dlatego dopiero następnego dnia zgłosił się do placówki zdrowotnej. Odnośnie sporządzonych fotografii podniósł, że wykonano je po opuszczeniu przez powoda szpitala, przed dokonaniem zgłoszenia szkody. W zakresie kolizji drogowych wskazał z kolei, że miały one miejsce po zdarzeniu z października 2017 roku, przy czym kolizje z listopada i grudnia 2017 roku nie miały poważnego charakteru, przez co nie rzutowały negatywnie na stan zdrowia poszkodowanego.

(pismo procesowe k. 108-109)

W toku dalszego procesu stanowiska stron nie uległy zmianie. W piśmie procesowym z dnia 12 maja 2021 roku powód rozszerzył powództwo do kwoty 50.000 zł z tytułu odszkodowania oraz 3.938,36 zł z tytułu zwrotu kosztów leczenia, obie kwoty z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 16 lipca 2018 roku do dnia zapłaty.

(protokół rozprawy k. 120-124, k. 384-384v., pismo procesowe k. 352-355, k. 372-372v.)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 4 października 2017 roku K. P. w towarzystwie kolegi udał się na wycieczkę rowerową. W godzinach wieczornych, jadąc ul. (...) na odcinku od ul. (...) do ul. (...) powód wjechał kołem w niewidoczną dziurę przy wysepce autobusowej, w wyniku czego upadł uderzając głową i ręką o krawężnik. Po przypięciu rowerów na miejscu zdarzenia powód w towarzystwie kolegi wrócił do domu. W momencie upadku powód miał na sobie kask i rękawiczki rowerowe.

Następnego dnia po zdarzeniu, z uwagi na dolegliwości bólowe i nocne wymioty powód zgłosił się do szpitala. W wykonanym zdjęciu RTG prawej ręki stwierdzono złamanie trzonu kości IV śródreżca oraz podgłowe złamanie V

kości śródreżca z przemieszczeniem. Po unieruchomieniu ręki w opatrunku gipsowym powód został zwolniony do domu z zaleceniem dalszego leczenia w oddziale chirurgii ręki. W dniach 20-23 października 2017 roku K. P. był hospitalizowany na w/w oddziale. W czasie pobytu zespolono operacyjne odłamy obu kości śródreżca drutami K.. Po zabiegu unieruchomiono nadgarstek i palce IV i V do poziomu bliższych stawów międzypaliczkowych opatrunkiem gipsowym. Zalecono utrzymanie opatrunku przez okres 6 tygodni, kontrolę w poradni ortopedycznej oraz leczenie farmakologiczne. W czasie wizyty u ortopedy w dniu 7 listopada 2017 roku stwierdzono wygojenie ran operacyjnych oraz zdjęto szwy. W badaniu z dnia 12 grudnia 2017 roku opisano obecność prześledzalnej szczeliny złamania w obu kościach śródreżca. W dniu 17 stycznia 2018 roku stwierdzono wygojenie złamań oraz usunięto druty K.. Poszkodowanemu zostało wydane skierowanie na rehabilitację.

(dowód z przesłuchania powoda k. 120-121, elektroniczny protokół rozprawy z dnia 28 września 2021 roku, kserokopia dokumentacji medycznej k. 14-62)

Z uwagi na brak objęcia powoda ubezpieczeniem zdrowotnym poniósł on z własnych środków koszty leczenia z tytułu zdarzenia z dnia 5 października 2017 roku. Wydatki te objęły: koszt hospitalizacji w klinice chirurgii ręki w dniach 20-23 października 2017 roku – 3.732 zł, zakup medykamentów – 111,36 zł, koszt zdjęcia szwów – 60 zł oraz koszt badania RTG – 35 zł.

(dowód z przesłuchania powoda k. 120-121, elektroniczny protokół rozprawy z dnia 28 września 2021 roku, faktury k. 70-73)

W dniu 4 marca 2018 roku powód w towarzystwie dziewczyny wracał z klubu nocnego. Schodząc z wiaduktu na ul. (...), przy ul. (...), powód wpadł nogą w dziurę po schodku, poleciał do przodu uderzając prawą ręką o chodnik.

Po zdarzeniu powód udał się do (...), gdzie stwierdzono stłuczenie prawej ręki oraz podejrzenie ponownego złamania V kości śródreżca. Ręka została zaopatrzona w szynę gipsową. W dniu 18 marca 2018 roku powód odbył wizytę w poradni chirurgii ręki, w czasie której rozpoznano ponowne nadłamanie IV kości śródreżca bez przemieszczenia. Szyna gipsowa została zamieniona na gips, który uszkodzony nosił przez okres 5 tygodni. W obrazie RTG opisano cechy pełnego wygojenia złamania V kości śródreżca, zaawansowany zrost złamania IV kości śródreżca bez pełnej przebudowy.

(dowód z przesłuchania powoda k. 120-121, elektroniczny protokół rozprawy z dnia 28 września 2021 roku, kserokopia dokumentacji medycznej k. 63-69)

Zdarzenia z dnia 5 października 2017 roku i 4 marca 2018 roku należy traktować, jako nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu umowy ubezpieczenia. Brak jest danych medycznych pozwalających na stwierdzenie, że powód doznał innych urazów ortopedycznych poza doznanymi w czasie w/w zdarzeń.

Trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany złamaniem IV kości śródreżca wynosi 3% (pkt 135 tabeli (...)), natomiast wywołany skutkami złamania V kości śródreżca wynosi 2% (pkt 135a tabeli (...)). Uraz z dnia 4 marca 2018 roku spowodował nadłamanie w obrębi nie w pełni wygojonej szczeliny złamania IV kości śródreżca i przedłużył proces zrostowy złamania z dnia 4 października 2017 roku w obrębi tej kości. Było to zatem powikłanie zrostu pierwotnego złamania, a nie nowe złamanie. Złamanie V kości śródreżca, o którym mowa w rozpoznaniu (...) z dnia 4 marca 2018 roku nie zostało natomiast potwierdzone w Poradni (...) Ręki w dniu 14 marca 2018 roku. Rozpoznano wówczas jedynie ponowne nadłamanie trzonu kości śródreżca przy pełnym dokonanim zroście złamania V kości śródreżca.

(pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii k. 239-241, pisemna uzupełniająca opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii k. 341)

U powoda w obrębi śródreżca prawej ręki, na jego powierzchni grzbietowej, w odcinku dalszym, widoczne są dwie małe, półkoliste blizny pooperacyjne, blade-różowe, o długości 25 mm i szerokości 22 mm każda (na wysokości IV i V kości śródreżca), zanikowe. U powoda stwierdza się ponadto trwałą asymetrię pourazową ręki prawej polegającą

na spłaszczeniu i zapadnięciu stawów śródrečno-paliczkowych palców czwartego i piątego, co odpowiada skróceniu pourazowemu IV i V kości śródrečna – poziom tych stawów w obrębie palca IV i V o 15 mm poniżej poziomu stawów śródrečno-paliczkowych pozostałych palców (II i III) prawej ręki.

Z punktu widzenia chirurgii plastycznej blizny we wszystkich okolicach anatomicznych ciała stanowią oszpecenie wyglądu, za wyjątkiem blizn bardzo małych, zanikowych, mało widocznych.

Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda spowodowany deformacją pourazową ręki prawej wynosi 5% per analogiam do pkt 19a załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku oraz zgodnie z pkt 135b tabeli (...). Uszczerbek ten jest odrębny od uszczerbku stwierdzonego przez biegłego ortopedę.

(pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii plastycznej k. 275-279, pisemna uzupełniająca opinia biegłego sądowego z zakresu chirurgii plastycznej k. 316-317)

W czasie opisanych zdarzeń K. P. łączyła z pozwanym (...) Zakładem (...) na (...) S.A. w W. umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...) Ogólne w ramach polisy nr (...). Suma ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu została oznaczona w polisie na kwotę 500.000 zł (wariant I), przy czym z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczyciel wypłacał za 1% uszczerbku świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia (5.000 zł). Polisa przewidywała również dodatkowe świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia z sumą ubezpieczenia 20.000 zł.

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (...), przedmiotem ubezpieczenia były następstwa wypadku ubezpieczeniowego lub sam fakt wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego w okresie odpowiedzialności (...) S.A. (§ 7 OWU). Wypadek ubezpieczeniowy został zdefiniowany m.in. jako nieszczęśliwy wypadek, tj. nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł (§ 4 pkt 28 i 83). Pozwany wypłacał świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku, jeżeli ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu w takim procencie sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu (wariant I), maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia (§ 14 ust. 1). Koszty leczenia, w tym rehabilitacji, podlegały zwrotowi jeżeli zostały poniesione w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, były uzasadnione z medycznego punktu widzenia, a konieczność poniesienia kosztów leczenia powstała nie później, niż w okresie 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Zwrot kosztów leczenia następował na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego w umowie (§ 23 ust. 1 i 2).

(polisa k. 74-74v., ogólne warunki ubezpieczenia (...) k. 76-82, okoliczności bezsporne)

W związku z doznanymi na skutek obu zdarzeń uszkodzeniami ciała powód zgłosił szkodę pozwanemu. Ubezpieczyciel wdrożył postępowanie likwidacyjne, w toku którego lekarz orzecznik wydał opinię medyczną. W jej treści wskazał, że istnieje związek przyczynowy między wypadkiem z dnia 4 października 2017 roku a następstwami zdarzenia. Jako mechanizm powstania urazu lekarz podał upadek z roweru. Trwały uszczerbek na zdrowiu związany z urazami prawej ręki ustalono na poziomie 5%. Ostatecznie wobec faktu, iż powód nie przekazał numeru telefonu, zgłosił się do szpitala dopiero dzień po zdarzeniu, załączył fotografię z miejsca zdarzenia, która nie mogła zostać sporządzona w październiku 2017 roku, nie przekazał do ogleńdzin odzieży oraz roweru, a lekarz udzielający mu pomocy nie stwierdził żadnych uszkodzeń głowy, pozwany uznał, że obrażenia powoda nie powstały w okolicznościach opisanych w zgłoszeniu szkody. Decyzją z dnia 31 lipca 2018 roku pozwany poinformował ubezpieczonego o odmowie przyznania świadczenia.

Pismem doręczonym w dniu 2 sierpnia 2018 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty w terminie 14 dni kwoty 200.000 zł tytułem odszkodowania oraz 206,36 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia.

(zeznania świadka S. N. k. 122, wezwanie do zapłaty k. 90-91, potwierdzenie odbioru k. 92-92v., opinia k. 116-119, z akt szkody: potwierdzenie wpłynięcia zgłoszenia szkody, opinia lekarska, decyzja z dnia 31 lipca 2018 roku, okoliczności bezsporne)

W okresie od dnia 3 listopada 2017 roku do dnia 18 kwietnia 2018 roku powód brał udział w 4 zdarzeniach drogowych. Wskutek przedmiotowych zdarzeń K. P. nie doznał żadnych obrażeń ciała.

(dowód z przesłuchania powoda k. 120-121, elektroniczny protokół rozprawy z dnia 28 września 2021 roku)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił bądź jako bezsporny, bądź na podstawie powołanych wyżej dowodów, w tym dowodów z dokumentacji medycznej, dowodzie z przesłuchania powoda, zeznań świadka oraz opinii biegłych sądowych J. F. i C. D.. Sąd pominął natomiast opinię biegłego sądowego R. B., wymagała ona bowiem uzupełnienia w związku z zarzutami sformułowanymi przez stronę powodową, zaś biegły ten oświadczył, że z uwagi na stan zdrowia ma przerwę w wykonywaniu funkcji biegłego i nie wydaje żadnych opinii. Wobec powyższego, z uwagi na zasadę ekonomiki procesowej Sąd dopuścił dowód z opinii innego biegłego z zakresu chirurgii plastycznej C. D..

Oceniając opinie biegłych J. F. i C. D. Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania zawartych w ich treści wniosków, opinie te były bowiem rzetelne, jasne, logiczne oraz w sposób wyczerpujący objaśniające budzące wątpliwości kwestie. Opinie te w pełni odnosiły się do zagadnień będących ich przedmiotem, wnioski biegłych nie budzą przy tym wątpliwości w świetle zasad wiedzy oraz doświadczenia życiowego, a jednocześnie opinie zostały sporządzone w sposób umożliwiający prześledzenie - z punktu widzenia zasad wiedzy, doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania - analizy przez biegłych zagadnień będących ich przedmiotem. Wydając opinie biegli oparli się na zgromadzonym w aktach sprawy materiale dowodowym, w tym na dokumentacji medycznej powoda oraz przeprowadzonego obadania fizykalnego. W opinii uzupełniającej biegły z zakresu chirurgii plastycznej podniósł, że wbrew zarzutom pozwanego dokonał oceny poziomu trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda w oparciu o tabelę (...), a także, że biegły ortopeda nie ocenił asymetrii pourazowej prawej ręki powoda, która stanowiła podstawę orzeczonego uszczerbku. Biegły ortopeda w uzupełnieniu swojej opinii wyjaśnił natomiast, że dokonywał oceny skutków zdarzenia wyłącznie pod kątem upośledzenia funkcji uszkodzonego narządu ruchu.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo jest zasadne w całości w zakresie należności głównej oraz częściowo w zakresie odsetek.

Powód wywodzi swoje roszczenie z zawartej z pozwanym umowy ubezpieczenia (...) w ramach polisy nr (...).

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 i życie K. P., a ubezpieczenie to obejmowało następstwa wypadku ubezpieczeniowego lub sam fakt wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego, dodatkowo zakres ubezpieczenia został poszerzony o świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia. Między stronami niesporne było, że w dacie zgłoszonych zdarzeń powód był objęty powyższym ubezpieczeniem. Poza sporem pozostawało ponadto, jak również wynika to z opinii biegłego sądowego z zakresu ortopedii, że przebyte zdarzenia nosiły znamiona nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu § 4 pkt 28 OWU. Wobec powyższych okoliczności ubezpieczony był uprawniony do otrzymania świadczenia od pozwanego. Sąd przyjął jednocześnie, że oba zdarzenia przebiegały w sposób opisany przez powoda, złożone przez niego wyjaśnienia nie zostały bowiem skutecznie podważone przez stronę przeciwną. K. P. zeznawał logicznie i spójnie, a przedstawiona przez niego wersja wypadków jest szczegółowa i pozwala odtworzyć przebieg każdego z nich. Nie może ująć uwadze, że etiologia urazu z dnia 4 października 2017 roku nie była kwestionowana przez lekarza orzecznika, który wydał opinię w postępowaniu likwidacyjnym i w jej treści wskazał, że istnieje związek przyczynowy między wypadkiem z dnia 4 października 2017 roku a następstwami zdarzenia. Podkreślenia wymaga, że pozwany

ostatecznie nie przyjął odpowiedzialności z tytułu zgłoszonych szkód, ponieważ w toku postępowania likwidacyjnego nie udało mu się skontaktować z powodem (telefonicznie, jak również w czasie wizyt w miejscu jego zamieszkania), a załączona przez powoda fotografia z miejsca zdarzenia nie mogła zostać wykonana w dniu 4 października 2017 roku. Wskazywał on ponadto, że lekarz badający powoda po pierwszym wypadku nie opisał urazu głowy, że powód po tym zdarzeniu brał udział w 4 kolizjach drogowych, a nadto nie przekazał do oględzin roweru i odzieży. Zdaniem Sądu przytoczone przez pozwanego okoliczności nie mają jednak istotnego znaczenia, a przede wszystkim nie deprecjonują przedstawionej przez powoda wersji zdarzeń. Powód konsekwentnie wywodził, że zdjęcie miejsca zdarzenia wykonał już po wypadku, gdy przygotowywał dokumentację na potrzeby zgłoszenia szkody, podnosił ponadto, że zdarzenia drogowe, w których brał udział, nie były poważne i nie skutkowały powstaniem u niego obrażeń ciała. Jeśli chodzi o brak dostarczenia roweru/odzieży do oględzin to pozwany zdaje się zapominać, że zgłoszenie szkody miało miejsce ponad pół roku po wypadku z października 2017 roku i trudno wymagać od powoda, aby do tego czasu trzymał te przedmioty w stanie jak w dacie zdarzenia. Brak obrażeń głowy tłumaczyć należy z kolei faktem, iż w momencie upadku z roweru powód miał na sobie kask, który zapewne uchronił tę część ciała przed urazami. Wreszcie brak jest podstaw, aby negować sposób powstania u powoda obrażeń ciała wyłącznie z tej przyczyny, że nie podjął on osobistego kontaktu z przedstawicielem pozwanego. K. P. dostarczył ubezpieczycielowi dokumentację medyczną oraz opisał w zgłoszeniu przebieg poszczególnych zdarzeń, pozwany zaś nie dostarczył jakichkolwiek argumentów przemawiających za przyjęciem, iż zebrane w ten sposób dane na temat obu wypadków były niewystarczające do przyjęcia odpowiedzialności z ich tytułu.

W ocenie Sądu nie budzi również wątpliwości, że doznane przez powoda obrażenia ciała są następstwem przyczyny zewnętrznej, K. P. nie doznał bowiem urazów będąc w stanie spoczynku, a w trakcie odpowiednio jazdy na rowerze i schodzenia po schodach. Przez przyczynę zewnętrzną należy rozumieć przyczynę (czynnik) pochodzącą ze świata zewnętrznego, czyli leżącą poza organizmem człowieka. Nie musi być to jednak przyczyna wyłączna. Wystarczy bowiem, że dany czynnik ze świata zewnętrznego jedynie przyczynił się, umożliwił powstanie uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego.

W ocenie Sądu niesporne jest również, że pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a powstaniem u powoda urazów, z medycznego punktu widzenia, istnieje bezpośredni, normalny związek przyczynowo-skutkowy. Jak przyjmuje się w judykaturze, dla ustalenia istnienia normalnego związku przyczynowego wystarczy ustalenie, że konkretny skutek danego działania lub zaniechania nie jest zjawiskiem tak odosobnionym i tak wyjątkowym, iż nie mieści się w granicach zwykłego powiązania między przyczyną i skutkiem. Jeżeli natomiast konkretne następstwa działania (zaniechania), mogą być typowe dla większej bliżej nie określonej liczby osób, trzeba przyjąć, że w tej grupie następstwa takie pozostają w normalnym związku przyczynowym z działaniem (zaniechaniem) stanowiącym przyczynę tych następstw (por. wyrok SN z dnia 12 listopada 1970 roku, I CR 468/70, LEX nr 6819). Nie wyłącza przy tym „normalności” w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. okoliczność, że mimo identycznych warunków zdarzenia określone następstwo nie zawsze występuje, ani też jego statystyczna rzadkość. Normalne następstwo nie musi bowiem oznaczać skutku koniecznego (por. wyrok SN z dnia 19 marca 2008 roku, V CSK 491/07, LEX nr 385589). W omawianej sprawie, w świetle zgromadzonego materiału dowodowego nie może budzić wątpliwości, że pomiędzy zdarzeniem a doznany przez powoda uszczerbkiem na zdrowiu istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy, który to wniosek znajduje w szczególności oparcie w opiniach biegłych oraz opinii lekarza orzecznika. Kontynuując rozważania mające na celu ustalenie, czy przedmiotowe zdarzenie było nieszczęśliwym wypadkiem, wskazać należy, że uraz powoda nie był skutkiem procesu chorobowego, czy też wynikiem naturalnego starzenia się organizmu powoda lub konsekwencją wcześniej nie wyleczonych urazów.

W ocenie Sądu w świetle okoliczności przedmiotowego zdarzenia oraz postanowień OWU nie budzi także wątpliwości, że wypadek z udziałem powoda był objęty zakresem ubezpieczenia.

Wreszcie niesporne w sprawie jest, jak również wynika to z postanowień OWU, że przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, stosuje się tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu,

stanowiącą załącznik do OWU. Tabela ta stanowi integralną część powołanych ogólnych warunków ubezpieczenia, a zatem jest objęta umową stron tak samo, jak i inne postanowienia umowne.

W związku z zaistniałymi zdarzeniami powodowi przysługiwało świadczenie od pozwanego wynikające z zawartej umowy ubezpieczenia. Wysokość świadczenia odpowiadająca kwocie 5.000 zł za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu uzależniona została od stopnia ustalonego przez ubezpieczyciela trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Jak wynika z przeprowadzonego w sprawie postępowania dowodowego, w szczególności z treści opinii biegłych sądowych, powód doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w łącznej wysokości 10%. O czym była już mowa, opinie biegłych stanowią przekonujący i miarodajny dowód w sprawie. Opinie te odzwierciedlają staranność i wnikliwość w badaniu zleconego zagadnienia, wyjaśniają wszystkie istotne okoliczności, podają przyczyny, które doprowadziły do przyjętej konkluzji, a równocześnie są poparte głęboką wiedzą i wieloletnim doświadczeniem zawodowym biegłych. Jednocześnie opinii tych nie podważają pozostałe dowody, nie były one również podważane przez strony procesu.

Mając powyższe na względzie Sąd uznał, że powodowi z tytułu umowy ubezpieczenia przysługiwało od pozwanego świadczenie w wysokości 50.000 zł. K. P. był także uprawniony żądać zwrotu wydatków związanych z leczeniem, co miało związek z wykupionym przez niego dodatkowym świadczeniem ubezpieczeniowym. Wydatki te pozwany zobowiązał się pokryć na podstawie przedstawionych rachunków do ich rzeczywistej wysokości, nie więcej jednak niż do wartości sumy ubezpieczenia (20.000 zł). Skoro zaś powód przedłożył faktury potwierdzające wydatki z tytułu hospitalizacji w klinice chirurgii ręki w dniach 20-23 października 2017 roku (3.732 zł), zakupu medykamentów (111,36 zł), zdjęcia szwów (60 zł) oraz badania RTG (35 zł), dochodzoną tytułem zwrotu kosztów leczenia kwotę 3.938,36 zł uznać należy za w pełni zasadną.

Z tytułu ubezpieczenia K. P. nie otrzymał żadnego świadczenia, a zatem mógł się zasadnie domagać odszkodowania w wysokości 5.3938,23 zł, której to kwoty dochodził w niniejszym postępowaniu.

O odsetkach ustawowych za opóźnienie 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 przepisu art. 817 k.c. zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku, gdyby jednak wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń 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 powód sprecyzował swoje żądanie co do wysokości w wezwaniu doręczonym pozwanemu w dniu 2 sierpnia 2018 roku domagając się zapłaty w terminie 14 dni sumy 200.000 zł tytułem odszkodowania za uszczerbek na zdrowiu oraz 206,36 zł kosztów leczenia. Odsetki od kwoty 50.206,36 zł Sąd zasądził zatem od dnia 17 sierpnia 2018 roku do dnia zapłaty. Odsetki od pozostałej kwoty Sąd zasądził natomiast od dnia po dacie doręczenia pozwanemu pisma z rozszerzeniem powództwa.

O obowiązku zwrotu kosztów procesu Sąd orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności stron za wynik sprawy, na podstawie art. 98 k.p.c. zasądając od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.585,50 zł.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 k.p.c. Sąd nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi od pozwanego kwotę 2.611,72 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych. Ponadto Sąd nakazał zwrócić z funduszy Skarbu Państwa na rzecz powoda kwotę 578,50 zł tytułem nadpłaconych kosztów sądowych uiszczonych w dniu 23 czerwca 2021 roku zaksięgowanych pod pozycją 500062027295.

Z tych względów, orzeczono jak w sentencji.