

*Sygn. akt I C 771/15*

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Dnia 25 lipca 2016 roku**

Sąd Rejonowy w Dzierżoniowie I Wydział Cywilny

w składzie:

**Przewodniczący: SSR Anna Litwińska – Bargiel**

**Protokolant: Beata Olewińska**

**po rozpoznaniu w dniu 25 lipca 2016 roku w Dzierżoniowie**

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. S. (1)**

przeciwko (...) **S.A. z siedzibą w S.**

**o odszkodowanie w kwocie 14 000 zł**

I. zasądza od strony pozwanej (...) **S.A. z siedzibą w S.** na rzecz powoda **A. S. (1)** kwotę **2 000 zł** (dwa tysiące złotych) z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 04 października 2012 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz ustawowymi za opóźnienie od dnia 01 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;

II. dalej idące powództwo oddala;

III. nie obciąża powoda kosztami procesu;

IV. nakazuje uiścić stronie pozwanej (...) **S.A. z siedzibą w S.** na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Dzierżoniowie kwotę 170,98 zł tytułem części kosztów procesu tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa;

V. przyznaje ze Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Dzierżoniowie na rzecz Kancelarii Adwokackiej adwokat B. S. w D. kwotę 2 952 zł tytułem pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu.

## UZASADNIENIE

Powód, A. S. (1), wniósł w dniu 29 maja 2015r. pozew przeciwko (...) **S.A. z siedzibą w S.** o zapłatę kwoty 14 000 zł wraz z odsetkami liczonymi od dnia 18 czerwca 2012r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu pozwu powód podał, że dochodzi odszkodowania na podstawie umowy ubezpieczenia (...) i Pasażerów (Polisa nr (...)) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu i całkowitej niezdolności do pracy. Zawarł on ze stroną pozwaną umowę ubezpieczenia (...) i Pasażerów na okres od 1 maja 2012r. do 30 kwietnia 2013r. W dniu 18 czerwca 2012r. miało miejsce uszkodzenie jego pojazdu, podczas naprawy którego doznał urazu prawego oka. Z miejsca zdarzenia został zabrany przez zespół pogotowienia ratunkowego do szpitala w B., a następnie do (...) Szpitala Kliniki (...) we W.. W konsekwencji tego zdarzenia utracił zdolność widzenia w prawym oku, pomimo przebycia trzech skomplikowanych operacji. Nie ma szans odzyskania wzroku w prawym oku. W związku z czym zaczął gorzej widzieć na lewe oko, wystąpiła zaćma. Jest całkowicie niezdolny do pracy, bez środków do życia. Zgłosił szkodę stronie pozwanej w dniu 18 czerwca 2012r. wraz z całą wymaganą dokumentacją. W dniu 04 października 2012r. strona pozwana odmówiła mu wypłaty odszkodowania, gdyż nie doszło do utraty prawej gałki ocznej. Nadto w piśmie z dnia

06 lutego 2013r. pozwany ubezpieczyciel zmienił podstawę odmowy świadczenia, podając, że odszkodowanie należy się tylko w przypadku kolizji drogowej. Z takim stanowiskiem nie mógł zgodzić się powód. W jego ocenie zdarzenia miało charakter nieszczęśliwego wypadku. Z tego tytułu należy mu się odszkodowanie oraz zwrot kosztów leczenia.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa. Potwierdziła, że strony łączyła umowa ubezpieczenia (...) potwierdzona polisą nr (...). Do umowy mają zastosowanie Ogólne Warunki Ubezpieczenia (...) obowiązujące od dnia 1 września 2010r. Jednocześnie ubezpieczyciel podtrzymał swoje stanowisko wyrażone w toku postępowania likwidacyjnego, powołując się na treść OWU. Zgodnie bowiem z § 50 ust. 1 pkt 3 OWU ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, tj. procent sumy ubezpieczenia zgodnie z tabelą zawartą w tym paragrafie. W związku z czym strona pozwana podniosła, że ochroną ubezpieczeniową objęte są wyłącznie wymienione w tabeli rodzaje uszczerbku i tylko z ich tytułu wypłacane są świadczenia. Natomiast z przedłożonej przez powoda dokumentacji medycznej wynika, że w następstwie wypadku doznał on urazu gałki ocznej bez jej utraty. Uraz takie nie został ujęty w tabeli z § 50 ust. 1 OWU, wobec tego roszczenie powoda jest bezpodstawne. Z ostrożności procesowej ubezpieczyciel wykazał, że suma ubezpieczenia wynosi 5 000 zł, co jest górną granicą jego odpowiedzialności. Odnosząc się natomiast do roszczeń z tytułu trwałej niezdolności do pracy strona pozwana wskazała, że zgodnie z § 46 ust. 2 pkt 5 OWU ubezpieczenie obejmowało następstwa nieszczęśliwego wypadku kierowców i pasażerów ubezpieczonego pojazdu samochodowego związane z jego używaniem w zakresie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy powstałej w wyniku kolizji drogowej. Powód natomiast doznał obrażeń ciała podczas naprawy pojazdu. Okoliczność ta nie wypełniają definicji kolizji drogowej zawartej w § 3 ust. 8 OWU. Pozwany zakwestionował również roszczenie powoda dotyczącego daty początkowej naliczania odsetek ustawowych.

#### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

Powód, A. S. (2), zawarł ze stroną pozwaną, (...) S.A. umowę ubezpieczenia (...) kierowców i pasażera w związku z ruchem pojazdu mechanicznego m-ki R. o nr rej. (...) na okres od 1 maja 2012r. do 30 kwietnia 2013r. Zakres ubezpieczenia obejmował: śmierć, trwały uszczerbek na zdrowiu, koszty leczenia z sumą ubezpieczenia (gwarancyjną)- 5 000 zł. Niniejsza umowa została zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia pakiet Mój Samochód obowiązujących od dnia 10 sierpnia 2007r. Umowa została potwierdzona polisą nr (...).

**Dowód-** kserokopia pisma polisowego- k.10,

- kserokopia potwierdzenia zapłaty- k. 11.

Powód w dniu 18 czerwca 2012r. podróżowała z W. do Niemcy swoim pojazdem mechanicznym m-ki R. o nr rej. (...). Na wysokości miejscowości Jordanów chciał zjechać na pobocze i wówczas doszło do uszkodzenia pojazdu. Została zerwana pokrywa silnika i tłumik. Powód zdecydował, że sam podejmie się naprawy. Wyjął małą szlifierkę i podłączył ją do akumulatora. Chciał zrobić obręcz podtrzymującą tłumik, aby móc kontynuować jazdę. Przy drodze znalazł pręt, który chciał wykorzystać. Jednak w tym celu musiał go przeciąć szlifierką. W momencie przecinania drutu pękła tarcza szlifierska, a odłamek uderzył powoda w prawe oko. Oko bardzo krwawiło. Powód zadziwił po syna i wspólnymi siłami doprowadzili jego pojazd do Niemcy. Jednak krwotok nie ustawał i powód zdecydowała się zadzwonić po kartę pogotowia. Zespół pogotowia zawiózł powoda najpierw do B., skąd po wstępnym zaopatrzeniu został przewieziony w trybie pilnym do (...) Szpitala (...) we W..

W tej placówce przebywał do 27 czerwca 2012r., w tym czasie przeszedł dwie operacje (19 czerwca oraz 25 czerwca). Powód zgodnie z zalecaniami kontynuował leczenie w poradni specjalistycznej przy Szpitalu (...) we W.. W. u niego zaćmę na lewym oku.

Powód ponownie był hospitalizowany w K. i Klinice (...) we W. w okresie od 23 do 28 listopada 2012r., gdzie przeszedł kolejną operację- usunięcia zaćmy na prawym oku.

Leczenie oka prawego nie zostało zakończone, tworzą się stany zapalne. W 6 listopada 2015r. powód przeszedł kolejną operację w trybie planowanym w celu usunięcia oleju i poszycia wszczepu.

**Dowód-** zeznania powoda k. 60,

- kserokopia karty informacyjnej leczenia- k.12,14, 59

- kserokopia informacji z porady specjalistycznej- k.13,

- kserokopia zaświadczenia o stanie zdrowia- k. 19-20,58

- kserokopia dokumentacji medycznej – akta szkody strony pozwanej.

W wyniku zdarzenia z dnia 18 czerwca 2012r. powód doznał rany przenikającej gałki ocznej. Wyniki leczenia są złe- powód nie widzi na oko prawe. Taki uraz należy uznać za równoznaczne z usunięciem gałki ocznej, gdyż powód ma ślepe oko. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu doznanego przez powoda wskutek przedmiotowego zdarzenia wynosi 35% (pozycja 27a tabeli z rozporządzenia Ministra Pacy i Polityki Społecznej z dnia 18.12.2002r.)

**Dowód-** opinia specjalisty okulisty J. O.- k.84-85.

W dniu 11 grudnia 2012r. powód został uznany przez lekarza orzecznika ZUS za niezdolnego do pracy w okresie od 18 czerwca 2012r. do 30 listopada 2013r.

W dniu 24 kwietnia 2015r. stwierdzono u powoda umiarkowany stopień niepełnosprawności od dnia 04 października 2012r.

**Dowód-** kserokopia orzeczenia lekarza orzecznika ZUS- k. 18,

- kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – k. 21.

Powód poniósł koszt w wysokości 350 zł z tytułu badań lekarskich.

**Dowód-** rachunki- k. 106

W dniu 23 sierpnia 2012r. powód zgłosił drogą elektroniczną szkodę stronie pozwanej. Następnie w dniu 27 sierpnia 2012r. ubezpieczyciel wezwał powoda do uzupełnienia zgłoszenia. W dniu 20 września 2012r. strona pozwana otrzymuje żądane dokumenty, w tym dokumentację medyczną.

Pismem z dnia 04 października 2012r. pozwany ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania, gdyż zgodnie z § 50 ust. 1 pkt 3 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (...) ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu ubezpieczenia nieszczęśliwych wypadków zgodnie z tabelą obejmującą rodzaje trwałego uszczerbku na zdrowiu objęte ochroną ubezpieczeniową. Wpłata świadczenia – wg tabeli- mogła nastąpić tylko w przypadku utraty gałki ocznej, co nie miało miejsce w przypadku powoda. Natomiast do uwzględnienia roszczenia o zwrot kosztów leczenia wymagane są oryginały rachunków.

Z takim rozstrzygnięciem nie zgodził się powód, który złożył odwołanie.

W piśmie z dnia 21 listopada 2012r. strona pozwana podtrzymała swojego stanowiska, dodała, że zwrot kosztów leczenia- zgodnie § 95 ust. 2 pkt. 2 OWU- przysługuje na podstawie przedłożonych oryginalnych rachunków, co ma zapobiec możliwości ich ponownego wykorzystania.

W dniu 23 stycznia 2013r. powód uzupełnił dokumentację postępowania likwidacyjnego poprzez dołączenie orzeczenia lekarza ZUS potwierdzające jego niezdolność do pracy.

Dnia 6 lutego 2012r. pozwany ubezpieczyciel sporządził pismo, w którym ponownie podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie. Pismo odnosiło się również do roszczeń o wypłatę odszkodowania z tytułu trwałej i całkowitej

niezdolności do pracy, które nie przysługują powodowi, gdyż jego wypłata jest tylko postania takiej niezdolności w wyniku kolizji drogowej.

Pełnomocnik powoda pismem z dnia 04 marca 2013r. wniósł o ponowne zbadanie sprawy, jednak ubezpieczyciel nie zmienił swojego dotychczasowego stanowiska (pismo z dnia 22 marca 2013r.).

Powód złożył skargę na działanie ubezpieczyciela do Rzecznika Ubezpieczonych. Jednak strona pozwana zapewniła, że działa zgodnie z zawartą z pozwanym umową (pismo z dnia 6 maja 2013r.)

Powonienie powód zgłosił swoje roszczenie wobec pozwanego ubezpieczyciela w dniu 08 czerwca 2015r. wnosząc o ponowną analizę jego przypadku. Pozwany nadal nie znalazł przesłanek do zmiany wcześniejszej decyzji (pismo z dnia 19 czerwca 2015r.)

**Dowód-** pismo z dnia 04.10.2012r.-k. 15,

- pismo z dnia 6.02.2013r.-k. 16-17,

- akta szkody strony pozwanej.

### **Sąd zważył, co następuje:**

W niniejszej sprawie powód dochodzi odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków. W sprawie bezspornym było, że w dniu zdarzenia powód posiadała u strony pozwanej umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażera w związku z ruchem pojazdu mechanicznego m-ku R. nr rej. (...).

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków jest ubezpieczeniem dobrowolnym, co wiąże się ze swobodą kształtowania warunków umowy i ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU) (. art. 353<sup>1</sup>k.c.p. oraz art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz. U. z 2010 Nr 11, poz. 66 z późn. zm. obowiązującej w dacie podpisywania umowy). Z tym zastrzeżenie, że w przypadku umowy ubezpieczenia (...), podobnie jak w przypadku innych umów ubezpieczenia, obowiązuje zasada wyrażona w art. 12 ust. 3 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, w myśl której ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a postanowienia sformułowane nieprecyzyjnie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Zgodnie natomiast z art. 805 kc § 1 i § 2 kc przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela może polegać w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Kodeks cywilny nie określa pojęcia wypadku ubezpieczeniowego, ograniczając się do kryterium formalnego, aby był on określony w umowie. Pozostawia więc jego określenie umowie ( ogólnym warunkom ubezpieczenia).

Nie budzi wątpliwości, że ogólne warunki umów, stanowiące integralną część każdej umowy ubezpieczenia (jeśli zostały doręczone stronie przed zawarciem umowy oraz nie są sprzeczne z regulacją zawartą w tytule XXVII kodeksu cywilnego), wiążą jej strony i kształtują treść łączącego strony stosunku zobowiązaniowego (art. 384 §1 k.c. w związku z art. 807 §1 k.c.). W niniejszej sprawie powód nie kwestionował, że treść OWU była mu znana. Wobec tego w realiach sprawy zakres wzajemnych uprawnień i obowiązków stron umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków powinien być ustalany zgodnie z treścią tych OWU. Strona pozwana trafnie podniosła, że zgodnie z art. 353<sup>1</sup> k.c. oraz przy uwzględnieniu art. 807 k.c. i następnych (a także przepisów szczególnych dotyczących m.in. ubezpieczeń obowiązkowych, które w tej sprawie nie mają zastosowania) strony umowy ubezpieczeniowej mogą swobodnie kształtować wzajemne prawa i obowiązki, a także zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Zgodnie więc z § 46 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia Mój Samochód (dalej OWU) ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów obejmowało następstwa nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów ubezpieczonego pojazdu związane z jego użytkowaniem w następującym zakresie:

- 1) śmierć ubezpieczonego wskazanego w umowie ubezpieczenia będąca następstwem kolizji drogowej, w której ubezpieczony uczestniczył jako kierowca pojazdu;
- 2) śmierci kierowcy i pasażerów ubezpieczonego pojazdu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, w przypadku innym niż wskazanym w pkt. 1;
- 3) trwałe uszczerbek na zdrowiu kierowcy albo pasażerów ubezpieczonego pojazdu powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- 4) koszty leczenia trwałego kierowcy i pasażerów poniesione na skutek nieszczęśliwego wypadku;
- 5) trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała w wyniku kolizji drogowej, w której ubezpieczony uczestniczył jako kierowca pojazdu.

Przy czym zgodnie z § 3 ust. 16 OWU nieszczęśliwy wypadek to nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego wyniku ubezpieczony niezależnie od swojej doznał uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł.

W niniejszej sprawie pozwany ubezpieczyciel nie kwestionował, że doszło w okresie ubezpieczenia do nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu w/w definicji. Wobec czego nie podważał swoje odpowiedzialności za konsekwencje nieszczęśliwego wypadku, jakiego doznał powód w dniu 18 czerwca 2012r.

Strona pozwana jednak odmówiła wypłaty odszkodowania podnosząc, że uszkodzenia ciała jakie doznał powód nie zostało ujęte w tabeli wg której należy kwalifikować uraz i wyliczyć należne odszkodowanie.

Zgodnie bowiem § 50 OWU ubezpieczyciel wypłaca procent sumy ubezpieczenia, który zależy od rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego rezultatem zaistniałego wypadku. W przypadku utraty jednej gałki ocznej przewidziano wypłatę 40% sumy ubezpieczenia.

Prawidłowe ustalenie zakresu obrażeń doznanych przez powoda w następstwie zdarzenia z dnia 18 czerwca 2012r. nie było możliwe bez skorzystania z wiadomości specjalnych biegłego sądowego z zakresu okulistyki (art. 278 §1 k.p.c.). Był to dowód niezbędny do rozstrzygnięcia sprawy, stąd niezawarcie takiego wniosku w pozwie ani odpowiedzi na pozew, mimo jego sprekludowania dla strony z mocy 207 § 3 k.p.c. nie stało na przeszkodzie przeprowadzeniu tego dowodu z urzędu w ramach kompetencji przyznanej Sądowi na podstawie art. 232k.p.c. Do tego zagadnienia odniósł się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 lutego 2006 r., III CK 341/05 (OSNC 2006, Nr 10, poz. 174), wskazując, że nie jest wyłączone dopuszczenie przez sąd z urzędu - na podstawie art. 232 zdanie drugie k.p.c. - dowodu, który nie może być powołany przez stronę. Adresatem reguł prekluzji dowodowej są strony, nie jest nim zaś sąd rozpoznający sprawę. Wskazać też należy, że żadna ze stron nie sprzeciwiła się przeprowadzeniu tego dowodu poprzez sformułowanie zarzutu w trybie art. 162 k.p.c.

Oceniając dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu okulistyki J. O., Sąd uznał opinię za miarodajną i w pełni przekonującą. W ocenie Sądu powyższa opinia została sporządzona przez kompetentny podmiot, dysponujący odpowiednią wiedzą specjalistyczną i doświadczeniem zawodowym. Należy dodać, iż strony nie wniosły zastrzeżeń do opinii.

Mając na uwadze powyższe, w oparciu o przedmiotową opinię Sąd uznał, że w dniu 18 czerwca 2012r. powód doznał rany gałki ocznej prawej, w następstwie czego utracił wzrok w tym oku.

Utrata zdolności widzenia w jednej gałce ocznej nie jest klasyfikowana jako trwałe uszczerbek na zdrowiu zgodnie z § 50 OWU. Tylko utrata jednej gałki ocznej daje podstawę do wypłaty świadczenia w wysokości 40% sumy

ubezpieczenia. Usunięcie gałki ocznej prowadzi do trwałej i nieodwracalnej ślepoty na dane oko. Takie następstwa zdarzenia z dnia 18 czerwca 2013r. doznał również powód, który ma ślepe oko. To uszkodzenie jest trwałe i równoznaczne z usunięciem gałki ocznej. Pomimo podjętego leczenia, w tym operacyjnego, rokowania są złe, gdyż powód nie widzi na oko prawe.

Nie można odmówić wpłaty odszkodowania powodowi, z tego powodu, że nie utracił gałki ocznej, przy jednoczesnej utraci zdolności widzenia w jednym oku. Utrzymanie prawej gałki ocznej jest wyłącznie zasługą szybkiej i skutecznej interwencji lekarskiej. Powód doznał trwałej utraty wzroku w prawej gałce ocznej, co w ocenie Sądu- mając również na uwadze zasadę z art. 12 ustawy o działalności ubezpieczeniowej- dało podstawę do zasądzenia odszkodowania jak w przypadku utraty jednej gałki ocznej, tj. w wysokości 40% sumy ubezpieczenia.

Zgodnie z § 48 ust. 2 OWU suma ubezpieczenia w dla świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wynosi 5 000 zł. Taki zapis również znalazł się w polisie (k.10). Tym samym powodowi należała się kwota 2 000 zł, tj. 40 % z 5 000 zł.

Powód zgłosił również roszczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy. Zgodnie z umową ubezpieczenia łączącą strony powodowi przysługiwały roszczenia z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w ruchu komunikacyjnym, które obejmowały m.in. trwałą i całkowitą niezdolność do pracy ubezpieczonego wskazanego w umowie ubezpieczenia powstałą w wyniku kolizji drogowej, w której uczestniczył jako kierujący pojazdem (§56 ust. 1 OWU). Natomiast kolizja drogowa to zgodnie z § 3 ust. 8 OWU to zderzenie się pojazdów lub zderzenie pojazdu z osobami, zwierzętami lub przedmiotami.

W niniejszej sprawie nie były wątpliwości, iż zdarzenie z dnia 18 czerwca 2012r. nie miało charakteru kolizji drogowej w ujęciu w/w definicji. Powód powiem doznał uszkodzenia ciała w następstwie pęknięcia tarczy szlifierki używanej przez niego do naprawy pojazdu. Pojazd powoda w tym czasie nie był w ruchu. Nie doszło do zderzenia z żadnymi przedmiotami, osobami lub zwierzętami.

Mając więc na uwadze powyższe roszczenie z tym zakresie podlegało oddaleniu, bez ustalenia czy miała miejsce trwała niezdolność do pracy.

Ponadto powód wniósł o zwrot kosztów leczenia. Zgodnie z umową łączącą strony, powód w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów mógł żądać zwrot kosztów leczenia (§ 46 ust. 4 OWU). Pozwane towarzystwo odmówiło wypłaty świadczenia z tego tytułu, gdyż powód- pomimo wezwania – nie przedłożył oryginałów rachunków dokumentujących poniesione koszty leczenia.

Zgodnie z §95 OWU ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć w ciągu 7 dni od daty zakończenia leczenia, rehabilitacji niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia oryginały rachunków za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia.

Faktycznie powód zachował się biernie w postępowaniu likwidacyjnym, gdyż nie przedłożył tych dokumentów w oryginale. Dopiero jego pełnomocnik na rozprawie w dniu 25 lipca 2016r. przedłożył odpis tych rachunków poświadczony za zgodność. Nie mniej oryginalny charakter tych dokumentów jest ograniczony ramiami toczącego się postępowania cywilnego. Pełnomocnik ten nie występował w toku postępowania likwidacyjnego. Ogólne warunki ubezpieczenia kształtują obowiązku obu stron umowy ubezpieczenia, są źródłem obowiązków ubezpieczyciela jak również ubezpieczonego. Powód został w sposób prawidłowym pouczony o swoim obowiązku dostarczenia oryginałów rachunków, a pomimo tego zaniechał wykonania tego obowiązku. Dostarczenie tych dokumentów nie wiązało się z nadmiernym utrudnieniami dla niego. Jeżeli faktycznie posiadał w oryginale te dokumenty powinien je być przy najmniej okazać ubezpieczycielowi. Wobec tego zaniechania powód powiem ponieść negatywne konsekwencje swojego zachowania. Nie wytłumaczył swojej bezczynności, nie polemizował z retoryką ubezpieczyciela.

Strona pozwana słusznie więc podniosła, że zgodnie z zawartą umową nie miała obowiązku świadczenia na rzecz powoda z uwagi na niewłaściwe udokumentowanie przez niego poniesionych kosztów leczenia. Zgodnie bowiem z OWU powód był zobowiązany do przedłożenia w celu wykazania wysokości szkody oryginałów rachunków. Z §

95 OWU jednoznacznie wynika, że wysokość poniesionych kosztów i wydatków ma być udowodniona za pomocą oryginalnych dokumentów przedłożonych w terminie 7 dni od daty zakończenia leczenia. Powód więc nie wykazał w sposób właściwy poniesionych kosztów leczenia i tym zakresie roszczenie podlegało oddaleniu.

Powód domagał się również zasądzenia na swoją rzecz odsetek ustawowych liczonych od dnia 18 czerwca 2012r. Zgodnie z § 97 OWU (...) wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczących ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem szkody, zasadności roszczeń i wysokości odszkodowania w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności (...) albo wysokości odszkodowania w terminie w/w wskazanym okazało się niemożliwe, odszkodowanie powinno zostać wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Przy czym ubezpieczyciel zobowiązał się pisemnej zawiadomić osobę zgłaszającą szkodę o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, jednakże bezsporną część odszkodowania wypłaca się w/w terminach.

Powód zawiadomił ubezpieczyciela o szkodę w dniu 23 sierpnia 2012r. drogą mailową. W dniu 27 sierpnia 2012r. ubezpieczyciel wezwał go o przesłanie wskazanych dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia. W dniu 4 września 2012r. powód zwrócił się do strony pozwanej o wskazanie gdzie może pobrać formularze do wypełniania, o które został wezwany. Został pouczone tym zakresie. W dniu 18 września 2012r. zawiadomiono powoda, iż postępowanie nie może zostać zakończone w terminie, gdyż nie przedłożył on żądanych dokumentów. Ostatecznie powód złożył wszystkie wymagane dokumenty oraz dokumentację medyczną w dniu 20 września 2012r. W ocenie Sadu od tego dnia strona pozwana miała wszystkie niezbędne informacje do rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia. W związku z tym, że wypłata odszkodowania w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia szkody okazała się niemożliwa, to pozwana strona powinna była wypłacić odszkodowanie w terminie 14 dni od dnia ustania przeszkody. W niniejszej sprawie ta przeszkoda ustała w dniu 20 września 2012r., a więc ubezpieczyciel powinien wypłacić należne odszkodowanie do dnia 3 października 2012r. Tym samym od dnia 4 października 2012r. pozwana pozostawała w zwłoce, a powodowi należą się odsetki ustawowe (pkt. I wyroku).

Zgodnie z art. 98 § 1 k.p.c., strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). W razie natomiast częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozliczone (art. 100 k.p.c.). Sąd jednak odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu. Zgodnie z art. 102 k.p.c. w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów, albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. W świetle całokształtu sprawy, w ocenie Sądu takie szczególne okoliczności miały miejsce. Treść stosunku prawnego łączącego strony została bowiem w większości ukształtowana przez OWU, które nie są czytelne i przejrzyste. Powód mógł więc pozostawać w uzasadnionym lecz błędnym przekonaniu, że należy mu się wyższa kwota odszkodowania. Nie można pominąć, że Sąd nie podzielił głównej argumentacji strony pozwanej, iż nie doszło do trwałego uszczerbku na zdrowiu uzasadniającego wypłatę odszkodowania. Faktycznie miał miejsce taki uszczerbek rodzący obowiązek wypłaty odszkodowania. Jednak powód w sposób błędny określił wysokość tego odszkodowania, co było konsekwencją nieznamomości bądź niezrozumieniem OWU.

Mając powyższe na uwadze, w oparciu o przytoczone przepisy, Sąd orzekł jak w punkcie III sentencji.

W rozpoznawanej sprawie Skarb Państwa – Sąd Rejonowy w Dzierżoniowie poniósł tymczasowo wydatki w postaci wynagrodzenia biegłych sądowego oraz opłaty od pozwu od której uiszczenia powód został zwolniony w łącznej wysokości 1197,39 zł.

Stosownie do przepisów art. 113 ust. 1 w zw. art. 83 ust. 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Sąd nakazał pozwanemu Towarzystwu (...) zapłacić na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Dzierżoniowie całą kwotę 170,98 zł tytułem zwrotu wydatków tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa. Zgodnie bowiem ze wskazanymi przepisami, sąd w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji tymi wydatkami obciąży strony, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu, a więc w tym przypadku

przepisu art. 100 k.p.c. Storna pozwana przegrała niniejsze postępowanie w 14,28 % i w taki zakresie powinna partycypować w nieuiszczonych kosztach Skarbu Państwa. W związku z tym w pkt. IV nakazano uiścić stronie pozwanej na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Rejonowego w Dzierżonowie kwotę 170,98 zł (14,28% z kwoty 1197,39 zł).

W rozpoznawanej sprawie powód korzystał z pomocy adwokata udzielonej mu z urzędu. W związku z tym pkt. V wyroku przyznano wynagrodzenie należne pełnomocnikowi z urzędu, które wyniosło 2400 zł (§ 6 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu – tekst jednolity Dz.U. z 2013 roku, poz. 461 obowiązującego w dacie wszczęcia postępowania), przy czym należało podwyższyć je o podatek VAT (§ 2 ust. 3 w/w Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku), co daje łącznie kwotę 2952 zł.