

Sygn. akt III Ca 1524/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 stycznia 2016 r.

Sąd Okręgowy w Gliwicach III Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SO Magdalena Hupa - Dębska (spr.)

Sędzia SO Barbara Braziewicz

SR (del.) Maryla Majewska – Lewandowska

Protokolant Marzena Makoś

po rozpoznaniu w dniu 21 stycznia 2016 r. w Gliwicach

na rozprawie

sprawy z powództwa D. S.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Rejonowego w Gliwicach

z dnia 3 kwietnia 2015 r., sygn. akt II C 1277/14

oddala apelację.

SSR (del.) Maryla Majewska – Lewandowska SSO Magdalena Hupa - Dębska SSO Barbara Braziewicz

(...)

D. S. domagała się zasądzenia na jej rzecz od pozwanej (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 5.200 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 26 stycznia 2013 r., tytułem świadczenia należnego jej w związku z zaistnieniem wypadku ubezpieczeniowego określonego w zawartych z pozwaną umowach ubezpieczenia pracowniczego typu P oraz dodatkowego ubezpieczenia TU. Nadto domagała się zasądzenia na jej rzecz kosztów procesu.

Wskazała, że na skutek wypadku komunikacyjnego z dnia 8 września 2012 r. doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu rzędu 30 %, w związku z czym dochodzi od pozwanej dalszych kwot 3.800 zł na podstawie umowy ubezpieczenia pracowniczego TYP P oraz 1.400 zł w oparciu o umowę ubezpieczenia dodatkowego TU, ponad wypłaconymi już kwotami 4.000 zł (P) i 1.000 zł (TU). Podniosła, że pozwana bezzasadnie przyjęła, iż powódkę dotknął niższy niż 30 % trwały uszczerbek na zdrowiu.

Pozwana wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie na jej rzecz kosztów procesu. Przyznała zasadę swej odpowiedzialności, jednak zarzuciła, że wypłacona już powódce kwota tytułem ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu była adekwatna do okoliczności sprawy. Zarzuciła, że na zakres jej odpowiedzialności wpływa choroba samoistna powódki niezależna od wypadku. Podkreśliła, że umowa nie zastrzega świadczeń za doznany ból i cierpienie.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Rejonowy w Gliwicach zasądził od pozwanej na rzecz powódki kwotę 3.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 26 stycznia 2013 r. do dnia zapłaty, zasądził od pozwanej na rzecz powódki 667,75 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, oddalił powództwo w pozostałym zakresie oraz nakazał pobrać od pozwanej na rzecz Skarbu Państwa 580,66 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Orzeczenie to zapadło przy ustaleniu, że dnia 8 września 2012 r. powódka ucierpiała w wypadku komunikacyjnym, w wyniku którego doznała złamania w obrębie masywu bocznego kości krzyżowej po stronie lewej oraz złamania gałęzi dolnej lewej kości łonowej w sąsiedztwie spojenia łonowego i kości kulszowej w okolicy guza. Strony łączyły umowy: indywidualnie kontynuowanego grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P oraz dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (kod warunków (...)), potwierdzone polisą ubezpieczeniową Nr (...) W (...)/TU-Zmiana nr (...) z dnia 18 listopada 2011 r. Przedmiotem ubezpieczenia objęte zostało życie ubezpieczonej oraz następstwa nieszczęśliwych wypadków, powodujące trwały uszczerbek na zdrowiu lub nagłą śmierć ubezpieczonej. Zakres ubezpieczenia i wysokość świadczeń precyzowały ogólne warunki ubezpieczenia oraz tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Dalej ustalił Sąd, że zdarzenie stanowiło wypadek ubezpieczeniowy w rozumieniu § 2 ust 1 pkt 2 ogólnych warunków ubezpieczenia (o.w.u.). W oparciu o dowód z opinii biegłego z zakresu ortopedii i traumatologii ustalił Sąd u powódki stan po urazie komunikacyjnym miednicy ze złamaniem masywu bocznego kości krzyżowej lewej, złamaniem lewej kości łonowej i kulszowej z niewielkim przemieszczeniem - wygojone - z dyskretnym upośledzeniem funkcji statyczno-dynamicznej, pourazowym zespołem bólowym lewego stawu biodrowego. Trwały uszczerbek na zdrowiu powódki w związku z powyższym i zgodnie z łączącymi strony umowami wynosi 20 % (pozycja 97C tabeli procentowej pozwanej). Nie znalazł Sąd podstaw do zastosowania pomniejszenia świadczenia o 30 % w oparciu o § 20 ust. 4 o.w.u., jako że zmiany zwyrodnieniowe obecne są w obydwu stawach powódki, a ich rozkład jest symetryczny.

Następnie Sąd ustalił, że pismem z dnia 1 grudnia 2012 r. powódka wezwała pozwaną do zapłaty 20.000 zł tytułem zadośćuczynienia za ból, cierpienia fizyczne oraz trwały uszczerbek na zdrowiu, a 10 grudnia 2012 r. złożyła wypełniony formularz zgłoszenia szkody. Pismami z 24 stycznia 2013 r., pozwana poinformowała powódkę o przyznaniu jej świadczeń w wysokości 4.000 zł z tytułu indywidualnie kontynuowanego grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P oraz w wysokości 1.000 zł z tytułu dodatkowego ubezpieczenia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

Przy braku sporu co do zasady odpowiedzialności pozwanej, oparł Sąd swe ustalenia na wskazanych dokumentach oraz opinii biegłego, którą uznał za rzetelną i fachową, jak również na zeznaniach powódki, przyznając im walor wiarygodnych i znajdujących oparcie w pozostałym materiale dowodowym. Oddalił wniosek powódki o dopuszczenie dowodu z opinii sądowo-psychiatrycznej (k. 17-19), rachunków (k. 20-22), zaświadczenia (k. 23) oraz opinii biegłego psychologa lub psychiatry, uznając je za nieistotne dla rozstrzygnięcia z uwagi na przedmiot żądania pozwu oraz treść łączącej strony umowy.

Powyższe ustalenia doprowadziły Sąd Rejonowy do przekonania o częściowej zasadności roszczeń powódki, znajdujących oparcie w treści łączących stron umów ubezpieczenia oraz przepisach art. 805 kc. Przyjął, że zdarzenie jakiego powódka uległa w dniu 8 września 2012 r. należy uznać za wypadek w rozumieniu § 2 ust 1 pkt 2 ogólnych warunków ubezpieczenia. Przyczyną zewnętrzną uszczerbku na zdrowiu powódki był wyłącznie wypadek komunikacyjny, co stosownie do § 19 ust. 1 o.w.u. uprawniają do przewidzianego umowami świadczenia. Powódka przed wypadkiem nie leczyla się na zmiany zwyrodnieniowe stawów biodrowych, jak również nie zgłaszała żadnych dolegliwości w tym zakresie, zatem brak jest podstaw do zastosowania pomniejszenia świadczenia o 30 % w oparciu o § 20 ust. 4 o.w.u., jak tego chciała pozwana. Przywołane zapisy ogólnych warunków umownych ocenił Sąd jako precyzyjne i niebudzące wątpliwości interpretacyjnych, toteż przywołując art. 384 kc przyjął je za część składową umowy.

Wobec ustalenia w świetle łączących strony umów, że powódka w wyniku zajścia wypadku ubezpieczeniowego doznała 20 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, stwierdził Sąd w oparciu o tabelę procentową ustalania uszczerbku, że powódce

należy się odszkodowanie z tytułu doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu w łącznej wysokości 8.000 zł, na co składa się kwota 6.400 zł ($20\% \times 320 \text{ zł}$) na podstawie umowy ubezpieczenia pracowniczego typu P oraz 1.600 zł ($20\% \times 80 \text{ zł}$) w oparciu o umowę ubezpieczenia dodatkowego TU. Ponieważ pozwana spełniła świadczenia do kwoty 5.000 zł, zasądzeniu podlegała dalsza kwota w wysokości 3.000 zł. W pozostałym zakresie roszczenie o należność główną oddalił jako bezzasadne w świetle przywołanych regulacji.

Rozstrzygnięcie o odsetkach podjął Sąd przy zastosowaniu art. 481 § 1 kc w związku z art. 817 § 1 kc, mając na względzie treść żądania pozwu. O kosztach orzekł na podstawie art. 100 kpc oraz art. 113 ust 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, stosunkowo je rozdzielając.

Apelację od powyższego wyroku wywiodła powódka, zaskarżając go w części oddalającej powództwo i zarzucając mu błąd w ustaleniach faktycznych mający wpływ na treść orzeczenia, a polegający na przyjęciu, iż powódce należy się odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu w łącznej wysokości 8.000 zł, przyjmując łącznie sumę ubezpieczenia z odrębnych polis ubezpieczenia typu P oraz ubezpieczenia dodatkowego TU, podczas gdy w każdej z tych umów suma ubezpieczenia wynosi 8.000 zł. W oparciu o ten zarzut wniosła o zmianę wyroku w zaskarżonej części i zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki kwoty 2.200 zł z ustawowymi odsetkami oraz kosztów procesu za obie instancje, ewentualnie o jego

uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji, przy uwzględnieniu kosztów postępowania.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja powódki jest bezzasadna.

Podniesiony w niej zarzut popełnienia przez Sąd pierwszej instancji błędu w ustaleniach faktycznych nie mógł odnieść skutku, skoro nie zdołała powódka przeprowadzić wywodu logicznego mogącego prowadzić do innej oceny materiału dowodowego i innych ustaleń, niż dokonane przez Sąd Rejonowy.

Apelacja nie zdołała zatem podważyć prawidłowych ustaleń Sądu pierwszej instancji, które w związku z tym Sąd Odwoławczy przyjmuje za własne, podzielać również motywy prawne zaskarżonego orzeczenia, które zresztą nie były kwestionowane. Dla porządku ustalenia te wypada uzupełnić o kategoryczne wskazanie, iż zgodnie z łączącymi strony umowami, powódce w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, którego skutkiem był trwały uszczerbek na zdrowiu, należne było świadczenie w wysokości: 4 % sumy ubezpieczenia za każdy 1 % trwałego uszczerbku na podstawie umowy ubezpieczenia pracowniczego typu P oraz 1 % sumy ubezpieczenia za każdy 1 % trwałego uszczerbku w oparciu o umowę ubezpieczenia dodatkowego TU, co wynika treści przedłożonej polisy (k. 10), § 5 pkt 1 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, pism pozwanej o przyznaniu świadczeń (k. 13, 14), a nadto oświadczenia pełnomocnika powódki na rozprawie apelacyjnej, który jako bezsporną przyznał okoliczność, iż zgodnie z umową ubezpieczenia pracowniczego typu P powódce należne jest świadczenie w wysokości 4 % sumy ubezpieczenia za każdy 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Ze wskazanych dokumentów wynika też, że dla każdej z umów suma ubezpieczenia wynosiła 8.000 zł, co wbrew zarzutom apelacji Sąd pierwszej instancji prawidłowo zastosował, mimo braku wyraźnego wyartykułowania. Przy niekwestionowanym ustaleniu trwałego uszczerbku na zdrowiu powódki na poziomie 20 %, z umowy ubezpieczenia pracowniczego typu P powódce należne było zatem świadczenie w wysokości 6.400 zł (suma ubezpieczenia 8.000 zł \times 4 % = 320 zł \times 20), a wobec zrealizowania go przez pozwaną do kwoty 4.000 zł, pozostała do zapłaty kwota 2.400 zł. Z kolei z umowy ubezpieczenia dodatkowego TU powódce należne było świadczenie w wysokości 1.600 zł (suma ubezpieczenia 8.000 zł \times 1 % = 80 zł \times 20), z czego 1.000 zł powódka otrzymała przed procesem, zatem do zapłaty pozostała kwota 600 zł. Wprawdzie w formie skróconej, niemniej identycznego w wyniku rozliczenia dokonał Sąd pierwszej instancji i zasadnie stwierdził, że roszczenie powódki znajduje usprawiedliwienie w treści łączących strony umów i przywołanych przepisów do łącznej kwoty 3.000 zł (2.400 zł + 600 zł), którą zasądził od pozwanej na rzecz powódki, prawidłowo oddalając dalej idące roszczenia jako nie znajdujące oparcia w treści łączącego strony stosunku zobowiązaniowego.

Dlatego bezzasadną apelację powódki oddalono stosownie do art. 385 kpc.

Wobec braku wniosku pozwanej reprezentowanej przez zawodowego pełnomocnika o zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania odwoławczego, roszczenie to w świetle art. 109 § 1 zdanie 1 kpc wygasło. Natomiast wniosek powódki o zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania odwoławczego został oddalony wraz z apelacją, po myśli art. 98 kpc i zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu.