

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 21 września 2021 r., wydanym w sprawie z powództwa R. R. przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. o zapłatę, Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi:

1. zasądził od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz R. R. kwotę 13.250 zł z ustawowymi odsetkami:
  - a. ustawowymi od dnia 10 października 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty – od kwoty 6.000 zł;
  - b. za opóźnienie od dnia 13 marca 2021 roku do dnia zapłaty – od kwoty 5.250 zł
  - c. za opóźnienie od dnia 31 sierpnia 2019 roku do dnia zapłaty – od kwoty 2.000 zł
2. oddalił powództwo w pozostałym zakresie;
3. zasądził od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz R. R. kwotę 1.585 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;
4. nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych:
  - a. od R. R. z roszczenia zasądzonego w pkt 1. kwotę 388,08 zł
  - b. od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 720,71 zł

Sąd Rejonowy oparł swoje rozstrzygnięcie na ustaleniach, że w dniu 30 października 2014 roku R. R. zawarł z (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w W. Terminowe (...). Zgodnie z polisą numer (...), potwierdzającą zawarcie umowy, okres ubezpieczenia oznaczono na 5 lat - od dnia 30 października 2014 roku do dnia 29 października 2019 roku. Ochrona udzielana przez pozwane towarzystwo ubezpieczeń obejmowała następujące zdarzenia ubezpieczeniowe: śmierć ubezpieczonego, poważny uraz ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, poważne zachorowanie ubezpieczonego, pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby i nieszczęśliwego wypadku oraz czasową niezdolność ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Sumę ubezpieczenia w przypadku poważnego urazu oznaczono na 75.000 zł. Stawkę za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy oznaczono na 250 zł. Umowa zawarta została na podstawie Ogólnych Warunków Terminowego (...) na Z. Ochrona (...) zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela numer (...) z dnia 14 lutego 2014 roku.

Zgodnie z § 2 ust.16 Ogólnych Warunków Terminowego (...) nieszczęśliwy wypadek definiowany był jako nagłe, gwałtowne i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ubezpieczonego. Stosownie do ust.23 § 2 ust. 16 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, uraz kończyny był powstałym w wyniku nieszczęśliwego wypadku urazem, który nie doprowadził do złamania kości, prowadzącym na zlecenie lekarza do konieczności unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym bądź stabilizatorze na okres co najmniej 10 dni. Natomiast, ust.26 § 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wskazywał, iż czasowa niezdolność do pracy to trwającą nieprzerwanie nie krócej niż 30 dni niezdolność świadczenia pracy na podstawie stosunku pracy lub innego stosunku służbowego, potwierdzoną wydanym zwolnieniem lekarskim.

Zgodnie z § 3 Ogólnych Warunków Terminowego (...) przedmiotem ubezpieczenia było życie i zdrowie ubezpieczonego. Zakresem ubezpieczenia, oprócz śmierci ubezpieczonego, objęte były następujące zdarzenia ubezpieczeniowe: poważny uraz ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, poważne zachorowanie ubezpieczonego, pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku, czasowa niezdolność ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Stosownie do § 4 i 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia umowa była zawierana na czas oznaczony, a okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczynał się w dniu wskazanym w polisie, nie wcześniej niż w dniu następnym po opłaceniu pierwszej składki w pełnej wysokości.

Zgodnie § 12 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, z tytułu poważnego urazu ubezpieczonego, który nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczyciel zobowiązany był do wypłacenia ubezpieczonemu świadczenia w wysokości odpowiadającej określonej na podstawie tabeli procentowi sumy ubezpieczenia. W przypadku urazu kończyny nieskutkującego złamaniem kości, ale prowadzącego na zlecenie lekarza do konieczności unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym bądź stabilizatorze na okres co najmniej 10 dni, uraz stawu kolanowego prowadził do wypłacenia ubezpieczonemu 15% sumy ubezpieczenia. Podstawą ustalenia wysokości świadczenia była wysokość sumy ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego urazu obejmowała wyłącznie zdarzenia będące wynikiem nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczyciel wypłacał świadczenie, jeżeli poważny uraz ubezpieczonego wystąpił przez upływem 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną poważnego urazu.

Zgodnie z § 15 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłacał ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w polisie za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy. Świadczenie wypłacane było jednorazowo po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy za okres od trzydziestego do dwięście dziesiątego dnia czasowej niezdolności do pracy, pod warunkiem, iż nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz okres czasowej niezdolności do pracy rozpoczął się nie później niż przed upływem trzydziestu dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną powstałej niezdolności. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłacane było najdłużej za sto osiemdziesiąt dni czasowej niezdolności do pracy pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności do pracy obejmowała wyłącznie następstwa nieszczęśliwego wypadku.

Zgodnie z § 16 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłacał świadczenie po otrzymaniu formularza zgłoszenia roszczenia wraz ze stosownymi załącznikami. Jeżeli jednak wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia było niemożliwe w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku, zgłaszający roszczenie miał zostać poinformowany o tym fakcie na piśmie, ze wskazaniem przyczyn opóźnienia. Świadczenie miało zostać wówczas spełnione w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

W dniu 16 czerwca 2015 roku R. R. doznał urazu skrętnego stawu kolanowego lewego. W Wojewódzkiej (...) w Ł. zdiagnozowano u powoda uraz skrętny kolana oraz naderwanie więzadła pobocznego piszczelowego i zalecono noszenie stabilizatora.

W dniu 17 czerwca 2015 roku powód otrzymał skierowanie do poradni specjalistycznej ortopedycznej celem dalszego leczenia.

R. R. kontynuował leczenie w (...) ZOZ Ł.. W dniu 26 czerwca 2015 roku wykryto u powoda obrzęk stawu kolanowego, wykonano punkcję kolana, z którego ewakuowano 60-80 ml krwi, podano D. M., zastosowano bandaż elastyczny. Dnia 10 lipca 2015 roku stwierdzono utrzymywanie się dolegliwości bólowych i istnienie obrzęku. Wykonano kolejną punkcję, w ramach której usunięto płyn krwisty w ilości 30-40 ml i ponownie podano dostawowo D. M.. Dnia 24 lipca 2015 roku stwierdzono istnienie śladowych ilości płynu w stawie kolanowym, występowanie dolegliwości bólowych i zlecono stosowanie żelu ketonal. Leczenie ortopedyczne powoda zakończono w dniu 31 lipca 2015 roku.

Częściowe uszkodzenie więzadła pobocznego udowo – piszczelowego ( (...)) wymaga zabezpieczenia kolana przed bocznym zgięciem oraz maksymalnym zgięciem i wyprostem, podczas których więzadło to maksymalnie się napina i utrudnia proces gojenia.

W leczeniu uszkodzeń więzadeł pobocznych stosuje się ortozy miękkie powodujące szybkie narastanie zaników mięśniowych lub sztywne z zegarem określającym bezpieczny zakres zgięcia i wyprostów pozwalający na utrzymanie prawidłowej masy mięśniowej zespołu dynamicznego kolana.

W wyniku wypadku w dniu 16 czerwca 2015 roku powód doznał skręcenia lewego stawu kolanowego. Badający powoda w dniu wypadku ortopeda rozpoznał naderwanie więzadła pobocznego przyśrodkowego i zalecił stabilizator. Rozpoznanie kwalifikowało uraz pacjenta do unieruchomienia stawu kolanowego w opatrunku gipsowym lub ortezie stabilizującej kolano przez okres około 6 tygodni, w którym to czasie dokonuje się zrost uszkodzonego więzadła stabilizującego staw w płaszczyźnie czołowej, bez względu na to czy był on czynnym sportowcem, czy nie.

Bandaża elastycznego nie można było określić jako stabilizatora stawu kolanowego równoważnego z opatrunkiem gipsowym lub ortezą. Bandaż elastyczny nie stabilizował tak dużego i poddawanego dużym obciążeniami, stawu jakim jest staw kolanowy, mógł ewentualnie przytrzymać opatrunek po punkcji stawu. Ortopeda badający powoda w dniu zdarzenia słusznie zlecił stosowanie ortozy stabilizującej staw. Zgromadzona w aktach sprawy dokumentacja medyczna nie potwierdzała stosowania ortozy przez powoda, jednak samo zlecenie powodowi stosowania ortozy zaraz po zdarzeniu świadczyło o przewidywaniu unieruchomienia kończyny na dłuższy czas. Natomiast, uszkodzenie więzadła pobocznego stawu kolanowego powoda uzasadniało używanie stabilizatora przez 6 tygodni.

W przypadku urazów skrętnych stawu kolanowego bez uszkodzeń więzadłowych zwykle unieruchamia się kolano w szynie gipsowej na 10-14 dni, nie zaleca się ortozy.

Po zdarzeniu z dnia 16 czerwca 2015 roku R. R. przebywał na zwolnieniu lekarskim od dnia 17 czerwca 2015 roku do dnia 31 lipca 2015 roku.

Powód zgłosił pozwanemu szkodę wynikającą z urazu kolana doznanego w dniu 16 czerwca 2015 roku, a następnie złożył odwołanie od odmownej decyzji ubezpieczyciela z dnia 10 sierpnia 2015 roku.

Pismem z dnia 7 września 2015 roku, doręczonym w dniu 9 września 2015 roku, powód za pośrednictwem pełnomocnika zgłosił pozwanemu szkodę powstałą na skutek zdarzenia z dnia 16 czerwca 2015 roku, żądając wypłaty w terminie 30 dni kwoty 17.250 zł, na którą składały się: kwota 6.000 zł tytułem zadośćuczynienia za poważny uraz oraz kwota 11.250 zł tytułem odszkodowania za czasową niezdolność do pracy, z tytułu łączącej strony umowy ubezpieczenia na życie zawartej w dniu 30 października 2014 roku.

Decyzją z dnia 5 listopada 2015 roku (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. przyznała powodowi odszkodowanie z tytułu czasowej niezdolności do pracy za okres od dnia 16 do 23 lipca 2015 roku (8 dni) w wysokości 2.000 zł, odmawiając wypłaty świadczenia za okres od dnia 24 lipca 2015 roku do dnia 31 lipca 2015 roku z uwagi na niezłożenie przez R. R. zwolnienia lekarskiego za ten okres.

Kserokopia zwolnienia lekarskiego R. R., obejmującego okres od dnia 24 lipca 2015 roku do dnia 31 lipca 2015 roku, została złożona przez pełnomocnika powoda wraz z pismem z dnia 12 sierpnia 2019 roku i została doręczona pełnomocnikowi pozwanego w dniu 16 sierpnia 2019 roku.

Powyższy stan faktyczny ustalony został przez Sąd I instancji na podstawie powołanych wyżej dowodów, w tym przesłuchania powoda, opinii biegłego z zakresu ortopedii oraz dokumentów i ich kserokopii, co nastąpiło w oparciu o art. 308 k.p.c., a także częściowo na podstawie opinii biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej. Żadna ze stron nie kwestionowała prawdziwości złożonych do akt sprawy dokumentów, czy ich kserokopii.

Ustalenie następstw nieszczęśliwego wypadku dla zdrowia powoda wymagało zasięgnięcia przez Sąd wiadomości specjalnych, a zatem dopuszczenia dowodu opinii biegłych z zakresu ortopedii i rehabilitacji medycznej, którzy określili rodzaj urazu, którego doznał powód oraz wypowiedzieli się na okoliczność sposobów leczenia tego rodzaju obrażeń. Ponadto, biegły ortopeda stanowczo wskazał, że doznany przez powoda uraz w postaci skręcenia lewego stawu kolanowego z naderwaniem więzadła pobocznego przyśrodkowego kwalifikował powoda do unieruchomienia

stawu kolanowego w opatrunku gipsowym lub ortezie stabilizującej kolano przez okres około 6 tygodni, w którym to czasie dokonuje się zrost uszkodzonego więzadła stabilizującego staw w płaszczyźnie czołowej, bez względu na to czy był on czynnym sportowcem czy nie. We wskazanym zakresie opinii biegłych stanowią pełnowartościowe źródło informacji specjalnych. Natomiast, Sąd uznał za nieprzydatną opinię biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej w zakresie, w jakim biegła wskazała, że u powoda w procesie gojenia po urazie skrętnym stawu kolanowego z naderwaniem więzadła pobocznego piszczelowego zastosowanie unieruchomienia bandażem elastycznym pełniło funkcję stabilizatora. Albowiem, w tym zakresie wskazana opinia pozostaje w wyraźnej sprzeczności z opinią biegłego ortopedy, który jednoznacznie zaznaczył, iż bandaża elastycznego nie można było określić jako stabilizatora stawu kolanowego równoważnego z opatrunkiem gipsowym lub ortezą, gdyż bandaż elastyczny nie stabilizował tak dużego i poddawanego dużym obciążeniom, stawu jakim jest staw kolanowy, mógł ewentualnie przytrzymać opatrunek po punkcji stawu. Natomiast, to lekarz ortopeda prowadzi leczenie urazów stawów kolanowych, a lekarz z zakresu rehabilitacji medycznej uczestniczy w tym procesie leczenia w zakresie zaleceń co do zabiegów fizykoterapeutycznych i fizjoterapeutycznych.

Sąd nie uwzględnił przesłuchania powoda w zakresie, w jakim twierdził on, że po doznanym urazie stosował głównie stabilizator, a nie bandaż elastyczny. W tej części przesłuchanie powoda nie tylko pozostaje w sprzeczności z twierdzeniami wskazanymi w pozwie, ale również nie koresponduje z treścią odwołania powoda od odmownej decyzji ubezpieczyciela z dnia 10 sierpnia 2015 roku, w którym R. R. wyraźnie wskazał, że z uwagi na fakt, iż był czynnym piłkarzem jego kończyna nie powinna być unieruchomiona gipsem czy stabilizatorem. Także ze zgromadzonego materiału dowodowego w postaci dokumentacji medycznej powoda oraz opinii biegłej z zakresu rehabilitacji medycznej nie wynika, aby powód w procesie leczenia po zdarzeniu stosował stabilizator, a nie bandaż elastyczny. W konsekwencji, przesłuchanie powoda w tej kwestii jawi się jako niewiarygodne i stanowiące próbę przedstawienia przebiegu leczenia powypadkowego w sposób zgodny z zalecanym, opisanym w opinii biegłego ortopedy.

Zdaniem Sądu Rejonowego powództwo podlegało częściowemu uwzględnieniu.

Podstawą roszczenia powoda była umowa dobrowolnego (...) Terminowego na Życie Ochrona (...) zawarta z (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w W..

Ostatecznie powód domagał się kwoty 11.250 zł tytułem świadczenia za poważny uraz ubezpieczonego w postaci urazu kolana doznany w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz kwoty 9.250 zł tytułem świadczenia pieniężnego przyznawanego w związku z niezdolnością do pracy o charakterze czasowym doznaną w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Pozwany nie uznał powództwa podnosząc, że świadczenie wypłacone przez niego w toku postępowania likwidacyjnego wyczerpuje roszczenia powoda. Nie kwestionował faktu doznania przez powoda skrętnego urazu kolana w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Pełnomocnik pozwanego podnosił, że w świetle Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Terminowego na Życie Ochrona (...), powód, chcąc uzyskać świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy, winien przedstawić ubezpieczycielowi stosowne zwolnienia lekarskie, a wobec faktu, że tego nie uczynił jego roszczenie jest bezzasadne. Wskazywał także na niezasadność żądania świadczenia za poważny uraz kończyny w wyniku nieszczęśliwego wypadku, z uwagi na fakt, że kończyna powoda po zdarzeniu nie została unieruchomiona w odpowiednim stabilizatorze lub zaopatrzona gipsowo, a jedynie umieszczona w opatrunku elastycznym.

W pierwszej kolejności, należało odnieść się do zarzutu formalnego pełnomocnika pozwanego dotyczącego nieopłacenia rozszerzonego powództwa, co w ocenie strony pozwanej winno skutkować zwrotem pozwu w rozszerzonym zakresie.

W ocenie Sądu, w tej kwestii w pełni zasługuje na aprobatę stanowisko przedstawione przez pełnomocnika powoda w zakresie braku podstaw do zwrotu rozszerzonego powództwa. Albowiem, zgodnie z art.9 ust.3 pkt 2 ustawy z dnia 4 lipca 2019 roku o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r. poz. 1469), w sprawach wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy (czyli przed dniem

7 listopada 2019 roku), stosuje się przepis art.130[3] § 2 k.p.c. w brzmieniu dotychczasowym - do czasu zakończenia postępowania w danej instancji.

Niniejsza sprawa została wszczęta przed wejściem w życie wskazanej ustawy nowelizującej, a zatem znajdował w niej zastosowanie do czasu zakończenia postępowania w pierwszej instancji przepis art.130[3] § 2 k.p.c. w brzmieniu sprzed owej nowelizacji, zgodnie z którym jeżeli obowiązek uiszczenia lub uzupełnienia opłaty powstał na skutek rozszerzenia lub innej zmiany żądania, przewodniczący wzywa zobowiązanego do uiszczenia należnej opłaty w terminie tygodnia, a jeżeli mieszka on lub ma siedzibę za granicą i nie ma w kraju przedstawiciela - w terminie nie krótszym od miesiąca. W razie bezskutecznego upływu terminu sąd prowadzi sprawę bez wstrzymywania biegu postępowania, a o obowiązku uiszczenia opłaty orzeka w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji, stosując odpowiednio zasady obowiązujące przy zwrocie kosztów procesu.

W świetle powołanych przepisów, brak opłaty od rozszerzonego powództwa nie mógł skutkować zwrotem pozwu w tym zakresie, a rozszerzenie powództwa było skuteczne. Dlatego też odpis pisma z rozszerzeniem powództwa doręczono pełnomocnikowi pozwanego.

Zgodnie z art.805 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Stosownie do art.829 § 1 k.c., ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku, a przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków - uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Ogólne warunki ubezpieczenia ustala co do zasady zakład ubezpieczeń.

Zgodnie z art.12a ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz.U. z 2010 roku, Nr 11, poz.66), obowiązującej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, określają one, w szczególności, rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot, warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują, prawa i obowiązki każdej ze stron umowy ubezpieczenia, zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, przy ubezpieczeniach majątkowych - sposób ustalania rozmiaru szkody, sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad ogólnych, sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej, metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia indeksację przewidują, tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony, przesłanki i terminy wypowiedzenia umowy przez każdą ze stron, a także tryb i warunki wypowiedzenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość.

Analogiczna regulacja została zawarta w przepisie art.16 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, uchylającej z dniem 1 stycznia 2016 roku, ustawę z 2003 roku (Dz.2015, poz. 1844), w którym dodano jeszcze wymóg określenia przez ogólne warunki ubezpieczenia terminu wystąpienia z umowy ubezpieczenia grupowego oraz terminu i sposobu odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Jak wynika z brzmienia przepisu art. 807 § 1 k.c., postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami k.c. regulującymi umowę ubezpieczenia są nieważne, chyba, że przepisy szczególne stanowią inaczej. W pozostałych wypadkach wiążą strony umowy ubezpieczenia stając się immanentnym elementem jej treści.

W niniejszej sprawie, nie zachodzi sprzeczność ogólnych warunków ubezpieczenia z przepisami kodeksu cywilnego normującymi umowę ubezpieczenia ani regulującymi posługiwanie się przy zawieraniu umowy wzorcami umownymi. Miały one, zatem charakter wiążący dla stron przedmiotowej umowy - zarówno pozwanego, jak i powoda.

Zgodnie z art.12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151), obowiązującej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. W myśl zaś ust. 4 powołanego przepisu postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powyższą regulację powielił przepis art.15 ust.3 i ust. 5 obecnie obowiązującej ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Jak powszechnie przyjmuje się w judykaturze Sądu Najwyższego, w tym uchwale składu 7 sędziów z dnia 31 marca 1993 roku (III CZP 1/93, OSNCP 1993 rok, nr 10, poz.170), mającej walor zasady prawnej, oraz uchwale z dnia 8 lipca 1992 roku (III CZP 80/92, OSNCP 1993 rok, 1-2, poz.14) w razie niejasności, niedomówień, braku jednoznaczności sformułowań ogólnych warunków umów, wynikające z tego wątpliwości należy tłumaczyć na korzyść ubezpieczonego. Wskazana linia orzecznictwa jest kontynuowana w późniejszych orzeczeniach Sądu Najwyższego, w których podkreśla się, że 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. W konsekwencji, postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego uposażonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 września 2008 roku, I CSK 64/08, opubl. L.; w wyroku z dnia 13 maja 2004 roku, V CK 481/03, opubl. L.; w wyroku z dnia 10 grudnia 2003 roku, opubl. L.). W związku z tym, niedopuszczalne jest niejednoznaczne formułowanie zakresu odpowiedzialności i wyłączeń, odsyłanie do aktów prawnych czy regulacji niezwiązanych do umowy, używanie niejasnych sformułowań itp. Wszystkie tego rodzaju uchybienia powinny być brane pod uwagę na korzyść ubezpieczającego przy wykładni woli stron umowy ubezpieczenia i powinny prowadzić do przyjęcia takiej jego woli oraz treści umowy ubezpieczenia, do jakiej zawarcia doszłoby zgodnie z wolą ubezpieczającego, gdyby wspomnianych uchybień nie było (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 stycznia 2007 roku, IV CSK 307/06, opubl. L.).

W niniejszej sprawie poza sporem stron pozostawała okoliczność, iż powód w okresie ochrony ubezpieczeniowej, w dniu 16 czerwca 2015 roku, doznał urazu stawu kolanowego lewego w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Spór stron co do zasadności roszczenia koncentrował się na ustaleniu czasu trwania zwolnienia lekarskiego powoda oraz faktu, czy doznany przez powoda uraz kolana odpowiadał zawartej w ogólnych warunkach definicji, a zatem czy zmaterializowały się przesłanki skutkujące po stronie pozwanego obowiązkiem wypłaty świadczenia oznaczonego w umowie ubezpieczenia, ponad wypłaconą dotychczas kwotę.

W przedmiotowej sprawie postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Terminowego na Życie Ochrona (...) dotyczące świadczenia za doznanie poważnego urazu oraz świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy były sformułowane niejednoznacznie.

Uraz kończyny powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku umowa ubezpieczenia definiowała jako uraz kończyny, który nie doprowadził do złamania kości, ale prowadził – na zlecenie lekarza – do konieczności unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym bądź stabilizatorze na okres co najmniej 10 dni.

Taki sposób określenia urazu, z którym § 12 ogólnych warunków ubezpieczenia wiąże obowiązek wypłaty przez ubezpieczyciela świadczenia w wysokości 15% sumy ubezpieczenia rodzi wątpliwości. Zgodnie z jedną z możliwych wykładni, za którą w niniejszej sprawie opowiadał się pozwany, o urazie kończyny w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia można mówić wówczas, gdy uraz ten nie prowadził do złamania kończyny, ale spowodował na zlecenie lekarza unieruchomienie kończyny ubezpieczonego w opatrunku gipsowym bądź stabilizatorze na okres co najmniej 10 dni. Jednakże, na uwagę zasługuje okoliczność, iż powołane postanowienie ogólnych warunków ubezpieczenia nie stanowi o tym, że uraz kończyny to taki uraz, którego skutkiem było umieszczenie (faktyczne) kończyny w opatrunku gipsowym bądź stabilizatorze na okres co najmniej 10 dni, lecz o takim urazie, przy którym wystąpiła na

zlecenie lekarza taka konieczność, co podkreślała strona powodowa. A jak wskazano powyżej, sformułowania ogólnych warunków ubezpieczenia powinny być jasne i jednoznaczne.

Kwestia zalecenia lekarskiego w omawianym postanowieniu umownym rodzi kolejne wątpliwości interpretacyjne – czy chodzi o konieczność wystąpienia w przypadku danego ubezpieczonego, w toku procesu jego leczenia po urazie, konkretnego zlecenia lekarskiego dotyczącego umieszczenia kończyny w opatrunku gipsowym bądź stabilizatorze na okres co najmniej 10 dni, czy też chodzi o taki uraz który obiektywnie w świetle aktualnej wiedzy medycznej wymaga takiego rodzaju unieruchomienia, choć lekarz leczący ubezpieczonego po urazie (np. z uwagi na brak kompetencji, przeoczenie, brak odpowiedniej diagnostyki) nie zastosuje opatrunku gipsowego ani stabilizatora. W konsekwencji, taki zapis ogólnych warunków ubezpieczenia może w praktyce prowadzić do różnego traktowania ubezpieczonych z takim samym urazem kończyny, z których jeden w procesie leczenia został potraktowany inaczej w zakresie zlecenia unieruchomienia kończyny niż drugi. Tymczasem do obowiązków ubezpieczyciela jako przedsiębiorcy i profesjonalisty, należy formułowanie postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia w sposób jednoznaczny i zrozumiały dla ubezpieczającego, który często jest też konsumentem. Podkreślenia wymaga, że od przedsiębiorcy wymaga się wysokiego poziomu świadczonych usług oraz stosowania takich zapisów, aby dla zwykłego konsumenta były one jasne, czytelne i proste.

Zważyć przy tym należy, że rolą spornego postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, definiującego uraz kończyny na potrzeby umowy ubezpieczenia, w której przedmiot ochrony stanowi między innymi zdrowie ubezpieczonego, winno być ustalenie obiektywnych kryteriów oceny poważnego charakteru urazu, skutkującego obowiązkiem wypłaty określonego świadczenia.

W ocenie Sądu, w świetle wskazanej powyżej zasady interpretacyjnej ogólnych warunków ubezpieczenia, przewidzianej w art.12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151), obowiązującej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia oraz w art.15 ust.5 aktualnie obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, mając na uwadze dobrowolny charakter umowy ubezpieczenia, okoliczność iż powód jest konsumentem w rozumieniu art.22[1] k.c., należało przyjąć taką interpretację zgodnie z którą uraz kończyny, to taki uraz który nie doprowadził do złamania kości, ale obiektywnie, w świetle aktualnej wiedzy medycznej wymagał unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym bądź stabilizatorze na okres co najmniej 10 dni, bez względu na to czy kończyna ubezpieczonego została faktycznie w taki sposób unieruchomiona czy też nie. Albowiem, inna interpretacja omawianego postanowienia, w istocie przerzucałaby na ubezpieczonego, będącego konsumentem, od którego nie można wymagać specjalistycznej wiedzy medycznej, konsekwencje ewentualnych nieprawidłowości w zakresie zaleceń dotyczących leczenia urazu i prowadziłyby do różnicowania sytuacji ubezpieczonych z tym samym rodzajem urazu, w zależności od postępowania lekarskiego, będącego czynnikiem na jaki nie mają wpływu.

Jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w postaci karty informacyjnej Wojewódzkiej (...) w Ł., uraz jakiego doznał R. R. w dniu 16 czerwca 2015 roku w postaci skręcenia lewego stawu kolanowego z naderwaniem więzadła pobocznego przyśrodkowego, skutkowało zleceniem lekarskim stosowania stabilizatora. W świetle opinii biegłego ortopedy, rozpoznanie u powoda skręcenia lewego stawu kolanowego z naderwaniem więzadła pobocznego przyśrodkowego kwalifikowało uraz powoda do unieruchomienia stawu kolanowego w opatrunku gipsowym lub ortezie stabilizującej kolano przez okres około 6 tygodni, w którym to czasie dokonuje się zrost uszkodzonego więzadła stabilizującego staw w płaszczyźnie czołowej, bez względu na to czy był on czynnym sportowcem, czy nie.

W przedmiotowej sprawie, pozwany odmówił jednak wypłaty świadczenia na rzecz powoda z uwagi na fakt, że powód nie stosował unieruchomienia w postaci stabilizatora czy opatrunku gipsowego, lecz z uwagi na wykonywany zawód piłkarza stosował bandaż elastyczny. W świetle powyższych rozważań dotyczących wykładni spornego postanowienia umownego, takie stanowisko ubezpieczyciela należy uznać za błędne.

W niniejszej sprawie, postępowanie dowodowe wykazało, iż w rzeczywistości rozpoznanie medyczne kwalifikowało doznany przez powoda uraz do unieruchomienia stawu w opatrunku gipsowym lub ortezie na okres 6 tygodni.

W konsekwencji, zdaniem Sądu, w przedmiotowej sprawie wypełnione zostały przesłanki skutkujące po stronie ubezpieczyciela obowiązkiem wypłaty świadczenia w wysokości 15% sumy ubezpieczenia (75.000 zł), czyli w kwocie 11.250 zł z tytułu doznania przez ubezpieczonego poważnego urazu.

Wysokość powyżej określonego świadczenia należnego powodowi wynikała wprost z treści łączącej strony umowy, wobec czego Sąd zasądził tę kwotę w punkcie pierwszym sentencji wyroku.

Jak już wskazano powyżej, ogólne warunki ubezpieczenia były niejednoznaczne również w zakresie definicji czasowej niezdolności do pracy. Zgodnie z nimi czasowa niezdolność do pracy była definiowana jako trwająca nieprzerwanie, nie krócej niż 30 dni, niezdolność do pracy na podstawie stosunku pracy lub innego stosunku służbowego, potwierdzona wydanym zwolnieniem lekarskim. Świadczenie pieniężne w wysokości 250 zł za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy miało być wypłacane jednorazowo, po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy i przyznawane było za okres od trzydziestego do dwieście dziesiątego dnia czasowej niezdolności do pracy. Tego rodzaju ograniczenia czasowe dotyczące świadczeń z tytułu niezdolności do pracy czy z tytułu hospitalizacji mają charakter typowy w umowach ubezpieczenia na życie, a aktualne orzecznictwo dopuszcza ich stosowanie, o ile z treści ogólnych warunków ubezpieczenia jasno wynika za jaki okres dane świadczenia przysługują. W niniejszej sprawie, z ogólnych warunków ubezpieczenia wyraźnie wynika okres za jaki przysługuje świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy. W związku z tym, żądanie powoda przyznania owego świadczenia za cały okres niezdolności do pracy od dnia 16 czerwca 2015 roku do dnia 31 lipca 2015 roku nie znajduje uzasadnienia w treści łączącej strony umowy.

W postępowaniu likwidacyjnym pozwany przyznał powodowi świadczenie pieniężne za okres od dnia 16 do 23 lipca 2015 roku z tytułu czasowej niezdolności do pracy na podstawie przedłożonych dokumentów zwolnień lekarskich (...). Natomiast, wobec nieprzedstawienia ubezpieczycielowi tożsamego dokumentu za okres od dnia 24 do 31 lipca 2015 roku, pozwany odmówił wypłaty świadczenia dotyczącego niezdolności do pracy w tym okresie. Wskazać jednak należy, iż umowa ubezpieczenia, wbrew twierdzeniu pozwanego, nie wymagała przedstawienia ubezpieczycielowi dokumentu zwolnienia lekarskiego. Zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia wskazywały jedynie na konieczność potwierdzenia niezdolności do pracy wydanym zwolnieniem lekarskim. W przedmiotowym przypadku, dokumentacja medyczna powoda zgromadzona w aktach sprawy, w sposób jednoznaczny wskazywały na to, iż powód przebywał na zwolnieniu lekarskim nieprzerwanie od dnia 16 czerwca do dnia 31 lipca 2015 roku. Dodatkowo, w toku postępowania pełnomocnik powoda uzyskał kopię zwolnienia lekarskiego powoda za okres od dnia 24 do 31 lipca 2015 roku, którą przedłożył wraz z pismem z dnia 12 sierpnia 2019 roku, którego odpis doręczono pełnomocnikowi pozwanego w dniu 16 sierpnia 2019 roku. Nie spowodowało to jednak wypłaty świadczenia za sporny okres przez pozwanego.

Mając na względzie powyższe, w oparciu o treść ogólnych warunków ubezpieczenia, należało zasądzić na rzecz powoda kwotę 2.000 zł z tytułu czasowej niezdolności do pracy w dniach od 24 do 31 lipca 2015 roku (8 dni x 250 zł = 2.000 zł).

W pozostałym zakresie powództwo polegało oddaleniu jako niezasadne.

Stosownie do art. 817 § 1 k.c. zakład ubezpieczeń obowiązany jest do spełnienia świadczenia w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym. 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. 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.). Obowiązany jest on w szczególności wykazać, że uzupełnienie postępowania likwidacyjnego nastąpiło bez nieuzasadnionej zwłoki, z zachowaniem interesu wierzyciela (art. 354 § 1 k.c. i art. 355 § 2 k.c.).

Ze wskazaną regulacją koresponduje § 16 Ogólnych Warunków Terminowego (...), zgodnie z którym ubezpieczyciel wypłacał świadczenie po otrzymaniu formularza zgłoszenia roszczenia wraz ze stosownymi załącznikami. Jeżeli jednak wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia było niemożliwe w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku, zgłaszający roszczenie miał zostać poinformowany o tym fakcie na



piśmie, ze wskazaniem przyczyn opóźnienia. Świadczenie miało zostać wówczas spełnione w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

Jak wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, R. R. zgłosił pozwanemu szkodę wynikającą ze zdarzenia z dnia 16 czerwca 2015 roku, lecz decyzją z dnia 10 sierpnia 2015 roku pozwany odmówił wypłaty świadczeń na rzecz powoda. W aktach sprawy brak jest dokumentów w postaci pierwotnego zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, jak i decyzji odmownej. Złożono jedynie odwołanie powoda od tej decyzji datowane na dzień 18 sierpnia 2015 roku. W konsekwencji, nie sposób ustalić jaka była treść owego pierwotnego zgłoszenia szkody ani jakie dokumenty do niego załączono, jak również jakie było dokładnie uzasadnienie decyzji ubezpieczyciela z dnia 10 sierpnia 2015 roku. Pismem z dnia 7 września 2015 roku, doręczonym w dniu 9 września 2015 roku, powód za pośrednictwem pełnomocnika zgłosił pozwanemu szkodę powstałą na skutek zdarzenia z dnia 16 czerwca 2015 roku, żądając wypłaty w terminie 30 dni kwoty 17.250 zł, na którą składały się: kwota 6.000 zł tytułem zadośćuczynienia za poważny uraz oraz kwota 11.250 zł tytułem odszkodowania za czasową niezdolność do pracy, z tytułu łączącej strony umowy ubezpieczenia na życie zawartej w dniu 30 października 2014 roku. A zatem, 30-dniowym termin na spełnienie świadczenia upłynął w dniu 9 października 2015 roku. Od dnia następnego pozwany pozostawał w opóźnieniu z wypłatą żądanych kwot na rzecz powoda. W konsekwencji, żądanie zasądzenia odsetek ustawowych od świadczenia pieniężnego z tytułu poważnego urazu od dnia 10 października 2015 roku zasługiwało na uwzględnienie w zakresie kwoty 6.000 zł. Powód nie wzywał pozwanego do zapłaty z tego tytułu całej kwoty 11.250 zł. W konsekwencji, pozwany nie popadł w opóźnienie co do pozostałej kwoty 5.250 zł. O tę kwotę pełnomocnik powoda rozszerzył powództwo dopiero w piśmie złożonym na rozprawie w dniu 5 marca 2021 roku. Odpis pisma doręczono pełnomocnikowi pozwanego w dniu 12 marca 2021 roku. A zatem, co do kwoty 5.250 zł pozwany pozostawał w opóźnieniu dopiero od dnia 13 marca 2021 roku. Albowiem, jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 6 lipca 1999 roku (III KKN 315/99), świadczenia odszkodowawcze zakładu ubezpieczeń mają charakter terminowy, jednakże zakład ubezpieczeń nie pozostaje w opóźnieniu co do kwot nie objętych jego decyzją, jeżeli poszkodowany po jej otrzymaniu lub wcześniej nie określi kwotowo swego roszczenia.

Decyzją z dnia 5 listopada 2015 roku (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. przyznała powodowi odszkodowanie z tytułu czasowej niezdolności do pracy za okres od dnia 16 do 23 lipca 2015 roku (8 dni) w wysokości 2.000 zł, odmawiając wypłaty świadczenia za okres od dnia 24 lipca 2015 roku do dnia 31 lipca 2015 roku z uwagi na niezłożenie przez R. R. zwolnienia lekarskiego za ten okres.

W ocenie Sądu, ogólne warunki ubezpieczenia nie wskazywały na konieczność przedstawienia przez powoda pozwanemu wyłącznie kopii zwolnienia lekarskiego celem wykazania czasowej niezdolności do pracy. To fakt niezdolności do pracy miał być potwierdzony wydanym zwolnieniem lekarskim, natomiast okoliczność ta mogła być wykazana także w inny sposób np. w postaci odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej powoda. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie pozwala jednak na ustalenie czy i jaka dokumentacja medyczna powoda została złożona pozwanemu w toku postępowania likwidacyjnego, a w szczególności czy była ona tożsama ze złożoną do akt sprawy oraz czy pozwany zgłaszał wątpliwości co do braku czytelności i lakonicznego charakteru wpisów w owej dokumentacji. W związku z tym, biorąc pod uwagę, że kopia zwolnienia lekarskiego powoda za okres od dnia 24 do dnia 31 lipca 2015 roku została złożona dopiero w toku niniejszego procesu i doręczona pozwanemu w dniu 16 sierpnia 2019 roku, w świetle przewidzianego w ogólnych warunkach ubezpieczenia 14-to dniowego terminu na wypłatę świadczenia liczonego od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do wypłaty świadczenia było możliwe, należało przyjąć, że z pewnością pozwany pozostawał w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia z tytułu niezdolności do pracy w kwocie 2.000 zł od dnia 31 sierpnia 2019 roku.

W zakresie roszczenia o odsetki należy także wskazać, że w dniu 1 stycznia 2016 roku weszła w życie ustawa z dnia 9 października 2015 roku o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy –Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 9 listopada 2015 r.), która znowelizowała między innymi przepisy dotyczące odsetek i zmieniła sposób ich obliczania oraz wysokość. Zgodnie z przepisem art. 481 § 1 k.c. w aktualnym brzmieniu 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 za opóźnienie. W świetle art.56 powołanej ustawy nowelizującej, do odsetek należnych za okres kończący się przed dniem wejścia w życie ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Rejonowy zasądził odsetki: ustawowe od dnia 10 października 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz ustawowe za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty od kwoty 6.000 zł, ustawowe za opóźnienie od kwoty 5.250 zł od dnia 13 marca 2021 roku do dnia zapłaty, oraz ustawowe za opóźnienie od kwoty 2.000 zł od dnia 31 sierpnia 2019 roku do dnia zapłaty.

W pozostałym zakresie roszczenie powoda co do odsetek podlegało oddaleniu jako niezasadne.

O kosztach procesu Sąd I instancji orzekł na podstawie art.100 k.p.c. kierując się zasadą ich stosunkowego rozdzielenia. Wobec tego, że roszczenie powoda okazało się zasadne co do kwoty 13.250 zł, powód wygrał proces w 65%, a przegrał w 35%. Na koszty procesu poniesione przez powoda w łącznej wysokości 5.400 zł złożyły się: kwota 4.800 zł tytułem kosztów wynagrodzenia radcy prawnego (ustalona na podstawie § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych – Dz.U. z 2015 roku poz. 1804) oraz kwota 600 zł tytułem zaliczek na poczet wynagrodzenia biegłych. Pozwany poniósł koszty procesu w łącznej kwocie 5.500 zł, na które złożyły się: wynagrodzenie radcy prawnego w kwocie 4.800 zł (ustalone na podstawie § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych – Dz.U. z 2015 roku poz. 1804) oraz kwota 700 zł z tytułu zaliczek na poczet wynagrodzenia biegłych. Łączne koszty procesu wyniosły 10.900 zł. Mając na uwadze zasadę stosunkowego rozdzielania kosztów, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.585 zł.

Sąd nie uwzględnił wniosku pełnomocnika powoda o przyznanie wynagrodzenia w wysokości dwukrotności stawki minimalnej.

Jak wynika § 15 ust.1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych, opłaty stanowiące podstawę zasądzania kosztów zastępstwa prawnego ustala się z uwzględnieniem stawek minimalnych określonych w rozdziałach 2-4. W świetle ust.3 § 15 powołanego rozporządzenia, opłatę w sprawach wymagających przeprowadzenia rozprawy ustala się w wysokości przewyższającej stawkę minimalną, która nie może przekroczyć sześciokrotności tej stawki, ani wartości przedmiotu sprawy, jeśli uzasadnia to: 1) niezbędny nakład pracy radcy prawnego, w szczególności poświęcony czas na przygotowanie się do prowadzenia sprawy, liczba stawień w sądzie, w tym na rozprawach i posiedzeniach, czynności podjęte w sprawie, w tym czynności podjęte w celu polubownego rozwiązania sporu, również przed wniesieniem pozwu, 2) wartość przedmiotu sprawy, 3) wkład pracy radcy prawnego w przyczynienie się do wyjaśnienia okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, jak również do wyjaśnienia i rozstrzygnięcia istotnych zagadnień prawnych budzących wątpliwości w orzecznictwie i doktrynie, 4) rodzaj i zawołość sprawy, w szczególności tryb i czas prowadzenia sprawy, obszerność zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego lub biegłych sądowych, dowodu z zeznań świadków, dowodu z dokumentów, o znacznym stopniu skomplikowania i obszerności.

Ustawodawca określając wysokość stawek minimalnych w poszczególnych postępowaniach, dokonał precyzyjnego rozważenia i uwzględnienia wszelkich okoliczności charakterystycznych dla danego typu spraw. Tym samym w przyjętych stawkach minimalnych oddana została swoista wycena koniecznego nakładu pracy po stronie pełnomocnika związana ze specyfiką określonego rodzaju postępowania. Jednocześnie ustawodawca pozostawił możliwość uwzględnienia przez Sąd orzekający w konkretnej sprawie nadzwyczajnych, szczególnych okoliczności, które pojawiając się w danej sprawie zwiększają diametralnie nakład pracy niezbędnej do prawidłowej realizacji obowiązków profesjonalnego pełnomocnika procesowego. Brak jest zatem przesłanek do zasądzenia wynagrodzenia wyższego od stawek minimalnych w sprawie, w której nie wystąpiły żadne szczególne okoliczności. Przedmiotowa sprawa była typową sprawą z umowy ubezpieczenia na życie. Spór stron koncentrował się tak jak zazwyczaj w tego rodzaju procesach na interpretacji postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia. W świetle utrwalonej linii

orzecznictwa sprawa nie miała jednak charakteru skomplikowanego. Rozstrzygnięcie sprawy wymagało wprawdzie zasięgnięcia opinii biegłych, lecz nie były one obszerne ani skomplikowane. Pełnomocnik powoda stawiał się na jednym z dwóch terminów rozpraw. Brak było zatem podstaw do podwyższenia stawki minimalnej, bowiem nie zaistniały okoliczności, określone w powołanym wyżej rozporządzeniu, które mogłyby stanowić podstawę do zwiększenia opłaty za czynności radcy prawnego.

Na nieuiszczone koszty sądowe w łącznej kwocie 1.108,79 zł złożyły się: opłata od pozwu w kwocie 613 zł, od której powód został zwolniony, opłata od rozszerzonego powództwa w kwocie 412 zł oraz wynagrodzenie biegłych nieznajdujące pokrycia w uiszczonych zaliczkach w kwocie 83,79 zł.

W oparciu o art.113 ust.1 i 2 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w związku z art. 100 k.p.c. Sąd nakazał pobrać tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych: od powoda z zasądanego roszczenia kwotę 388,08 zł, a od pozwanego kwotę 720,71 zł.

Apelację od powyższego złożyła strona pozwana, która zaskarżyła go w części, tj.:

1. w zakresie pkt 1 wyroku co do kwoty ponad 2.000 zł, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 31 sierpnia 2019 r. do dnia zapłaty,

2. w zakresie pkt 3 oraz 4b w całości,

wnosząc o jego zmianę poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 2.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 31 sierpnia 2019 roku do dnia zapłaty, oddalenie powództwa w pozostałym zakresie oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Pozwana skarżonemu orzeczeniu zarzuciła naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. w zw. z art. 805 § 1,2 k.c. w zw. z § 2 pkt 23 OWU w zw. z art. 12 ust. 3 i 4 ustawy z dn. 22 maja 2003 o działalności ubezpieczeniowej poprzez:

1) nieprawidłową interpretację, zawartego w § 2 pkt.23 OWU pozwanego, zwrotu „na zlecenie lekarza”, poprzez przyjęcie iż zwrot ten jest niejednoznaczny i oznaczać może także sytuację, w której konieczność zastosowania danego rodzaju leczenia (w niniejszej sprawie unieruchomienia kończyny powoda) wynika nie tyle z zalecenia konkretnego lekarza prowadzącego, ile z punktu widzenia obiektywnej medycyny, podczas gdy zwrot „na zlecenie lekarza” jest zwrotem jednoznacznym i jasnym, dotyczącym lekarza leczącego/prowadzącego dane leczenie,

2) błędne przyjęcie, iż zwrot „konieczności unieruchomienia” zawarty w § 2 pkt.23 OWU pozwanego można interpretować zarówno jako faktyczne unieruchomienie jak i jedynie konieczność unieruchomienia (co nie jest równoznaczne z faktycznym unieruchomieniem), podczas gdy słowo „konieczność” w tym zapisie to tyle co nieuchronny skutek urazu w rozumieniu OWU,

3) bezpodstawne przyjęcie, iż w związku z urazem jakiego doznał powód zaistniała konieczność unieruchomienia kończyny – w rozumieniu definicji OWU na okres ponad 10 dni, podczas gdy brak jest dowodów aby zlecenie lekarskie z dnia 16.06.2015 dotyczyło okresu dłuższego niż 10 dni.

W odpowiedzi na apelację pozwanej strona powodowa wniosła o jej oddalenie w całości oraz zasądzenie od pozwanej na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

### **Sąd Okręgowy zważył co następuje:**

Apelacja okazała się bezzasadna i jako taka podlegała oddaleniu w całości. Sąd Okręgowy podziela ustalenia faktyczne oraz aprobuje argumentację prawną przedstawioną w motywach zaskarżonego orzeczenia, nie zachodzi więc potrzeba ich szczegółowego powtarzania.

Zarzuty apelacyjne okazały się niezasadne.

Niezasadny okazał się zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Przewidziane w art. 233 k.p.c. ramy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymogami prawa procesowego, doświadczeniem życiowym oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonując wyboru określonych środków dowodowych i ważąc ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 14 sierpnia 2012r., III AUa 620/12, publ. LEX nr 1216345). Stawiając zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. należy wykazać, że Sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Tak więc dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 KPC nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (wyr. SA w Szczecinie z 19.6.2008 r., I ACa 180/08, L.). Co więcej, skuteczne postawienie takiego zarzutu wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmienną ocenę niż ocena sądu (wyr. SA w Poznaniu z 21.5.2008 r., I ACa 953/07, niepubl.). Pozwany w apelacji nie wykazał przyczyn dyskwalifikujących dokonanych przez Sąd I instancji ustaleń faktycznych. W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd Rejonowy w sposób prawidłowy ocenił przeprowadzone w toku postępowania dowody, przypisując im odpowiednią wagę. Sąd Rejonowy wyciągnął z przeprowadzonych dowodów wnioski logicznie poprawne. O wnikliwości i poprawności tych wniosków świadczą pisemne motywy zaskarżonego wyroku, w których przedstawione zostały fakty stanowiące podstawę wydanego wyroku, a także podane zostały dowody będące podstawą ustaleń z jednoczesną ich oceną odnoszącą się do wiarygodności poszczególnych dowodów. W istocie spór między stronami, ogniskował się wokół interpretacji § 2 pkt.23 OWU pozwanej.

Apelująca podniosła, że w wyniku nadinterpretacji sformułowań zawartych w OWU pozwanej, stanowiących definicję „urazu kończyny”, Sąd I instancji bezzasadnie uznał, że powód doznał takiego urazu i w efekcie przyznał powodowi nienależne świadczenie w wysokości 11.250 zł. Nadto skarżąca wskazała na bezpodstawne przyjęcie, iż ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika jakoby powodowi zalecono stosowanie stabilizatora stawu kolanowego na okres dłuższy niż 10 dni, tj. minimalny okres wskazany w OWU pozwanego.

W opinii Sądu Okręgowego, Sąd I instancji, w sytuacji sporu między stronami dotyczącego zaistnienia, bądź też nie, określonego typu urazu kończyny u powoda, słusznie dopuścił w sprawie dowód z opinii biegłego ortopedy na ww. okoliczność.

Biegły w zakresie ortopedii dr med. J. F. w opinii o stanie zdrowia powoda stwierdził, iż na skutek zdarzenia z dnia 16 czerwca 2015 roku R. R. doznał skręcenia lewego stawu kolanowego. Na podstawie dokumentacji medycznej powoda biegły stwierdził, że rodzaj urazu jakiego doznał powód uzasadnia stabilizację stawu w gipsie bądź ortezie przez okres około 6 tygodni.

Sąd Rejonowy, w ocenie Sądu Okręgowego słusznie, uznał ww. opinię za rzeczową i pomocną przy ocenie zasadności przyznania powodowi świadczenia. Wskazana opinia stanowi logiczne i spójne uzupełnienie pozostałego materiału dowodowego.

Odnosząc się do najdobitniej podkreślonego zarzutu, tj. dotyczącego szerszej, aniżeli uznawana przez skarżącą, interpretacji definicji „urazu kończyny”, zawartej w Ogólnych Warunkach Terminowego (...) w § 2 pkt. 23, Sąd Okręgowy podziela w pełni stanowisko Sądu I instancji.

Zgodnie bowiem z art.12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151), obowiązującej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa

ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. W myśl zaś ust. 4 powołanego przepisu postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powyższą regulację powielił przepis art.15 ust.3 i ust. 5 obecnie obowiązującej ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Jak powszechnie przyjmuje się w judykaturze Sądu Najwyższego, w tym uchwale składu 7 sędziów z dnia 31 marca 1993 roku (III CZP 1/93, OSNCP 1993 rok, nr 10, poz.170), mającej walor zasady prawnej, oraz uchwale z dnia 8 lipca 1992 roku (III CZP 80/92, OSNCP 1993 rok, 1-2, poz.14) w razie niejasności, nieдомówień, braku jednoznaczności sformułowań ogólnych warunków umów, wynikające z tego wątpliwości należy tłumaczyć na korzyść ubezpieczonego.

W niniejszej sprawie należało uwzględnić słuszny interes powoda, wyrażający się w roszczeniu wobec zakładu ubezpieczeń o wypłatę świadczenia. Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. W niniejszej sprawie przewidzianym w umowie wypadkiem jest doznanie urazu kończyny. W tym miejscu przytoczyć wypada tezę wyroku SN z dnia 11 maja 2018 roku, sygn. III CSK 454/17 w myśl której postanowienia ogólnych warunków umów nie powinny być interpretowane w oderwaniu od ich natury i funkcji, a umowa ubezpieczenia ma pełnić funkcję ochronną z czego wynika, że miarodajny dla wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego kto jest chroniony.

Odnosząc powyższe, stanowisko do niniejszej sprawy, wskazać należy iż przesłanki zawarte w definicji „urazu kończyny”, znajdującej się w OWU pozwanego, pełnią przede wszystkim funkcję wskazującą na stopień, rozmiar urazu, który objęty jest umową ubezpieczenia a nie na sposób zastosowanego leczenia.

Przeprowadzone przez Sąd I instancji postępowanie dowodowe w sposób jednoznaczny wykazało że w dniu 16 czerwca 2015 roku powód doznał urazu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wymagającego unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym bądź stabilizatorze na okres co najmniej 10 dni, tj. urazu kończyny w myśl § 2 pkt. 23 OWU. Przyjęcie stanowiska prezentowanego przez skarżącą, w szczególności zaniechanie zasięgnięcia opinii biegłego w celu ustalenia okresu, w jakim wymagane było unieruchomienie kończyny powoda, byłoby niezasadnym formalizmem oraz zaprzeczeniem funkcji ochronnej jaką pełni umowa ubezpieczenia. Tym samym rację miał Sąd I Instancji, że świetle wskazanej powyżej zasady interpretacyjnej ogólnych warunków ubezpieczenia, przewidzianej w art.12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151), obowiązującej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia oraz w art.15 ust.5 aktualnie obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, mając na uwadze dobrowolny charakter umowy ubezpieczenia, okoliczność iż powód jest konsumentem w rozumieniu art.22[1] k.c., należało przyjąć taką interpretację zgodnie z którą uraz kończyny, to taki uraz który nie doprowadził do złamania kości, ale obiektywnie, w świetle aktualnej wiedzy medycznej wymagał unieruchomienia kończyny w opatrunku gipsowym bądź stabilizatorze na okres co najmniej 10 dni, bez względu na to czy kończyna ubezpieczonego została faktycznie w taki sposób unieruchomiona czy też nie. Słusznie zauważył Sąd Rejonowy, że inna interpretacja omawianego postanowienia, w istocie przerzucałaby na ubezpieczonego, będącego konsumentem, od którego nie można wymagać specjalistycznej wiedzy medycznej, konsekwencje ewentualnych nieprawidłowości w zakresie zaleceń dotyczących leczenia urazu i prowadziłaby do różnicowania sytuacji ubezpieczonych z tym samym rodzajem urazu, w zależności od postępowania lekarskiego, będącego czynnikiem na jaki nie mają wpływu.

Mając na uwadze powyższe rozważania Sąd Okręgowy, na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd orzekł zgodnie z wyrażoną w art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, zasądzając od pozwanej na rzecz powoda kwotę 1800 zł. Na kwotę tę złożyło się jedynie wynagrodzenie pełnomocnika powoda w postępowaniu apelacyjnym ustalone w oparciu o § 10 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 poz.265).