

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 5 grudnia 2014 roku K. Z. (1) domagał się zasądzenia od (...) Zakładu (...) na (...) S.A., kwoty 6.000zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 22 lutego 2014 roku do dnia zapłaty tytułem świadczenia z ubezpieczenia w związku z nieszczęśliwym wypadkiem do jakiego doszło dnia 20 czerwca 2013 roku. Ponadto powód domagał się zasądzenia od pozwanego zwrotu kosztów sądowych, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W odpowiedzi na pozew pismem z dnia 12 stycznia 2015 roku (...) Zakład (...) na (...) S.A. wniósł o oddalenie w całości powództwa i zasądzenie od powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 20 czerwca 2013 roku w T. K. Z. (1) ciął drzewo piłą tarczową. Podczas tej czynności piła zsunęła się z drzewa i wbiła w lewą rękę. W wyniku tego zdarzenia doszło do uszkodzenia lewej ręki K. Z. (1).

(dowód: zgłoszenie trwałego uszczerbku na zdrowiu – k. 92-94; uzasadnienie pozwu – k.3; zeznania powoda K. Z. (2) – k. 169)

K. Z. (1) został przewieziony karetką Pogotowia (...) do Szpitala w T. i przyjęty na Oddział Chirurgiczny. W wyniku zdarzenia opisanego wyżej doszło do amputacji palca III dłoni lewej na poziomie paliczka bliższego, a także ran szarpanych palców I, IV, V dłoni lewej ze złamaniem otwartym palca V z uszkodzeniem ścięgien prostowników. Podczas hospitalizacji opatrzone rany i wykonano stabilizację złamania paliczka IV dłoni lewej. Następnego dnia po zdarzeniu K. Z. (1) został wypisany do domu z zaleceniem dalszego leczenia w Poradni Chirurgicznej. W dniu 24 czerwca 2013 roku skontrolowano rany, usunięto szwy i martwe tkanki. W dniu 28 lipca 2013 roku usunięto drut K.. Rany wygoiły się dnia 13 września 2013 roku. Potem nastąpiła dalsza rehabilitacja, a od października 2013 roku rehabilitacja domowa. Dnia 3 grudnia 2013 roku K. Z. (1) otrzymał zdolność do pracy. Jest praworęczny.

(dowód: karta leczenia szpitalnego – k. 13, 14, 98, 99; dokumentacja medyczna – k. 15-33, 41-75, 100-116; opinia pisemna biegłego P. J. z dnia 15 sierpnia 2015 roku – k. 185-188, z dnia 1 grudnia 2015 roku – k. 208, 209, z dnia 6 lutego 2016 roku – k. 222, 223, z dnia 19 września 2016 roku – k. 252; zeznania powoda K. Z. (1) – k. 169)

W chwili zdarzenia K. Z. (1) był objęty umową ubezpieczenia z (...) Zakładem (...) na (...) S.A. - Dodatkowe grupowe ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem nr polisy (...). Ubezpieczającym był (...) Sp. z o.o.

Zgodnie z Tabelą norm oceny procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu (...) Zakładu (...) na (...) S.A. służącego do ustalania trwałego uszczerbku na zdrowiu przy umowie ubezpieczenia nieszczęśliwych wypadków w wyniku nieszczęśliwego zdarzeniu z dnia 20 czerwca 2013 roku K. Z. (1) doznał: amputacji palca III dłoni prawej z utratą paliczka środkowego i dalszego – poz. 140c – 7% trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanu po złamaniu paliczka środkowego IV palca z deformacją w stawie środkowym i dalszym po uszkodzeniu prostownika – poz. 142b – 4,5% trwałego uszczerbku na zdrowiu, sztywności palca V w stawie środkowym i dalszym – poz. 142c -7% trwałego uszczerbku na zdrowiu, utraty opuszki kciuka lewego- poz.136a - 4% trwałego uszczerbku na zdrowiu, sztywności w obrębie stawu dalszego kciuka lewego – poz. 137b – 10% trwałego uszczerbku na zdrowiu, razem 32,5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu.

(dowód: zgłoszenie trwałego uszczerbku na zdrowiu – k. 92-95; historia uszczerbków – k. 117-120; orzeczenie ostateczne z dnia 12 grudnia 2013 roku – k. 121, 122, operat zgłoszenia 123; opinia pisemna biegłego P. J. z dnia 15 sierpnia 2015 roku – k. 185-188, z dnia 1 grudnia 2015 roku – k. 208, 209, z dnia 6 lutego 2016 roku – k. 222, 223, z

dnia 19 września 2016 roku – k. 252; deklaracja – k. 140-142; ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia grupowego – k. 143-144; tabela norm procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu –k. 145-154)

W dniu 5 grudnia 2013 roku K. Z. (1) zgłosił trwały uszczerbek w (...) Zakładzie (...) na (...) S.A. Lekarz orzecznik stwierdził u K. Z. (1) 10% uszczerbek na zdrowiu. Pismem z dnia 2 stycznia 2014 roku (...) Zakład (...) na (...) S.A. przyznał K. Z. (1) 4.000 zł tytułem świadczenia za zdarzenie z dnia 20 czerwca 2013 roku. Poszkodowany zakwestionował tę decyzję pismem z dnia 24 stycznia 2014 roku, które wpłynęło do zakładu ubezpieczeń dnia 27 stycznia 2014 roku, załączając prywatną opinię lekarską. Domagał się w tym piśmie dodatkowego świadczenia w wysokości 8.400 zł płatnego w terminie 30 dni od dnia otrzymania pisma. Pismem z dnia 21 lutego 2014 roku (...) Zakład (...) na (...) S.A. negatywnie odniósł się do odwołaniu podtrzymując poprzednią decyzję. Pismem z dnia 16 czerwca 2014 roku K. Z. (1), działając za pośrednictwem swojego pełnomocnika odwołała się od decyzji zakładu ubezpieczeń. Dnia 15 lipca 2014 roku (...) Zakład (...) na (...) S.A. nie przychylił się do żądań poszkodowanego.

(dowód: zgłoszenie trwałego uszczerbku na zdrowiu – k. 92-95; historia uszczerbków – k. 117-120; orzeczenie ostateczne – k. 121-122; operat zgłoszenia – k. 123; pismo z dnia 24 stycznia 2014 roku – k.125; prywatne orzeczenie lekarskie – k. 126-128; pismo z dnia 21 marca 2014 roku – k. 129, 130; pismo z dnia 16 czerwca 2014 roku z pełnomocnictwem – k. 132-133; pismo z dnia 15 lipca 2014 roku – k. 139; zeznania powoda K. Z. (1) – k. 169)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych wyżej dokumentów, a także opinii pisemnej biegłego P. J. z dnia 15 sierpnia 2015 roku (k. 185-188), z dnia 1 grudnia 2015 roku (k. 208, 209), z dnia 6 lutego 2016 roku (k. 222, 223), z dnia 19 września 2016 roku (k. 252), zeznań powoda K. Z. (1) (k. 169)

Sąd uwzględnił w całości opinię biegłego w zakresie ortopedii i traumatologii P. J. z dnia 15 sierpnia 2015 roku, z dnia 1 grudnia 2015 roku, z dnia 6 lutego 2016 roku, z dnia 19 września 2016 roku (k. 185-188, 208, 209, 222, 223, 252). Opinia została wydana na podstawie akt sprawy oraz akt szkodowych, w szczególności zgromadzonej w aktach dokumentacji medycznej dotyczącej stanu powoda po wypadku i doznanych przez niego urazów, a także w oparciu o badanie powoda.

Strona powodowa zakwestionowała opinię w zakresie nie stwierdzenia uszczerbku palca I, a także domagała się wyjaśnienia kwestii obrażeń palca III i V, jak również ustosunkowania się do prywatnej opinii złożonej przez powoda. W opinii uzupełniającej z dnia 1 grudnia 2015 roku biegły przyznał, iż omyłkowo pominął uszczerbek palca I i obrażenia w tym zakresie określił na 11%. W zakresie palca III biegły stwierdził, iż paliczek bliższy został nienaruszony. Zaś co do palca V nie ma deficytu ruchu w stawie środkowo-palcowym, a występuje sztywność w stawie środkowym i dalszym palca. Jest więc możliwość wykonywania ruchu zbliżenia. Tymczasem palec IV oceniono jako bezużyteczny. Biegły nie ustosunkował się do opinii prywatnej ze stycznia 2014 roku. W ocenie Sądu jest to jednak bez znaczenia dla wartości opinii sporządzonej w niniejszej sprawie. Nie leżało w zakresie obowiązków biegłego P. J. ocenianie opinii prywatnej. Biegły jest powoływany dla przekazania wiadomości specjalnych, a nie dokonywania ocen innych opinii w sprawie.

Opinię kwestionowała też strona pozwana. Przede wszystkim pozwany podniósł brak oceny uszczerbku powoda pod kątem Tabeli norm oceny procentowej TU (...). Pozwany kwestionował metodykę pracy biegłego, a także stał na stanowisku, iż ograniczenie funkcji kciuka to nie uraz a skutek urazu. Z tego powodu pozwany kwestionował posłużenie się dwoma punktami tabeli. W opinii uzupełniającej z dnia 6 lutego 2016 roku biegły określił trwały uszczerbek na zdrowiu powoda według tabeli (...) z dnia 2004 roku na 32,5%. Biegły wyjaśnił metodykę pracy, opisał obrażenia palca I dłoni lewej. Wyjaśnił też, iż w wyniku wypadku doszło do uszkodzenia struktur kostno-stawowych, torebkowych, więzadłowych i ścięgniętych w obrębie palców dłoni lewej. Podanie uszkodzenia struktur palców było trudne ze względu na zmiany wtórne pourazowe. Biegły wyjaśnił też, iż niezbędne było użycie dwóch punktów co do kciuka: sztywności w obrębie stawu dalszego kciuka lewego i utraty opuszki kciuka lewego, ponieważ utrata opuszki nie ma związku ze sztywnością stawu dalszego kciuka. Sztywność stawu kciuka była wynikiem urazu tkanek miękkich struktur torebkowych, więzadłowych, ścięgniętych i kostnych. Utrata opuszki nie była z tym związana.

Sąd całości uwzględnił zeznania powoda K. Z. (1). Był on niewątpliwie stroną zainteresowaną określonym wynikiem sprawy, co nakazywało ostrożnie oceniać jego relację, jednak zeznania te znajdowały potwierdzenie w dokumentacji

załączonej do akt sprawy oraz opinii biegłego P. J.. Okoliczności samego wypadku pozwany nie kwestionował. Spór dotyczył oceny wielkości trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Sąd uwzględnił pozostałe dokumenty i dowody wymienione wyżej, których prawdziwości i autentyczności strony nie kwestionował. W zakresie dowodów z dokumentów, których Sąd nie powołał jako podstawę ustaleń faktycznych, Sąd uznał, iż nie mają one dla sprawy żadnego znaczenia. Zaznaczyć przy tym należy, iż prywatna opinia powoda z dnia 21 stycznia 2014 roku (k.10-12) stanowiła jedynie informację o innej ocenie procentowego uszczerbku na zdrowiu, aniżeli ustalony w postępowaniu likwidacyjnym. Jednak w tym zakresie miarodajna była opinia biegłego P. J., która szczegółowo omawiała kwestie wyliczenia procentowego uszczerbku na zdrowiu powoda.

Sąd zważył co następuje:

Podstawą odpowiedzialności pozwanego była umowa ubezpieczenia nr (...) zawartą przez firmę (...) Sp. z o.o. z (...) Zakładem (...) na (...) S.A. oparta na przepisach kodeksu cywilnego.

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 treści art. 829 § 1 pkt 2 k.c. ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków - uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku. Jak stanowi art. 808 § 1, §3, §4 i §5 k.c. ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł. Ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385<sup>1</sup>-385<sup>3</sup> stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Art. 384 §1 i §2 k.c. stanowi, iż ustalony przez jedną ze stron wzorzec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, wzór umowy, regulamin, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy. W razie gdy posługiwanie się wzorcem jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiąże on także wtedy, gdy druga strona mogła się z łatwością dowiedzieć o jego treści. Nie dotyczy to jednak umów zawieranych z udziałem konsumentów, z wyjątkiem umów powszechnie zawieranych w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego.

W niniejszej sprawie strona powodowa nie zgłaszała żadnych zarzutów do umowy ubezpieczenia grupowego, do której przystąpił K. Z. (1), i która stanowiła podstawę dochodzenia świadczenia. W szczególności ani z zeznań powoda, ani z treści pozwu nie wynika, aby powód nie znał treści umowy ubezpieczenia. Strona pozwana nie kwestionowała podstawy swojej odpowiedzialności. Sporna była wysokość uszczerbku na zdrowiu i zasady jej naliczania. Treść stosunku ubezpieczenia łączącego strony jest możliwa do ustalenia na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (k.143-144), zwanych dalej Ogólnymi warunkami. Zgodnie z §5 Ogólnych warunków łączącej strony (...) S.A. zobowiązany był wypłacić świadczenie w przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Mocą §17ust. 2 Ogólnych warunków prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem. Zgodnie z §18ust.5 Ogólnych warunków przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia. Do akt sprawy została też złożona deklaracja powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia grupowego a istotnym elementem treści umowy był opis zdarzeń, sumy ubezpieczenia i procentu świadczenia. Z tabeli tej wynika, iż przy trwałym uszczerbku (TUGP30) suma ubezpieczenia wynosiła 10.000 zł, a 1 % trwałego uszczerbku

równało się przyznaniu 4% świadczenia. W ocenie Sądu nie ma podstaw, by w przypadku jasno sformułowanej umowy ubezpieczenia obliczać trwałe uszczerbek na zdrowiu na innej podstawie, aniżeli przy zastosowaniu Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu (k.145-154). W szczególności nie stanowi takiej podstawy załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 roku. Nie jest to sytuacja, aby podstawą odpowiedzialności pozwanego był delikt. Pozwany odpowiada na podstawie umowy, na zasadach umowy ubezpieczenia i według zasad w niej zawartych. Jak wyczerpująco wyjaśnił biegły P. J. łączny trwałe uszczerbek na zdrowiu powoda wyniósł 32,5 %. Biorąc pod uwagę, iż 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda to 4% sumy ubezpieczenia, łączna wysokość świadczenia należnego powodowi to 100% sumy ubezpieczenia. Choć z wyliczenia wynika, iż było by to 130% sumy ubezpieczenia, to zgodnie z §5 Ogólnych warunków, prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego. Zatem przy maksymalnej kwocie ubezpieczenia 10.000 zł możliwa jest wypłata ubezpieczonemu maksymalnie 10.000 zł. Pozwany ustalił trwałe uszczerbek na zdrowiu powoda na 10% i wypłacił 4.000 zł świadczenia. W postępowaniu sądowym uszczerbek ten został ustalony na ponad 30%. Zatem powód winien otrzymać maksymalną możliwą kwotę świadczenia – 10.000 zł. Ponieważ otrzymał już 4.000 zł, zasadne jest jego roszczenie o zapłacenie jeszcze 6.000 zł. Taką też kwotę Sąd zasądził.

Zgodnie z art. 817§1k.c. ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku. Do dnia 5 stycznia 2014 roku pozwany przyznał powodowi świadczenie w kwocie 4.000 zł. Jednakże już dnia 24 stycznia 2014 roku powód domagał się dopłaty jeszcze kwoty 8.400 zł. Pismo to wpłynęło do pozwanego dnia 27 stycznia 2014 roku. Powód wyznaczył pozwanemu termin miesięczny do zapłaty. Uznać zatem należy, iż do 27 lutego 2014 roku pozwany mógł zapłacić kwotę 6.000 zł nie narażając się na obowiązek zapłaty odsetek za opóźnienie. Zatem dopiero od dnia 28 lutego 2014 roku pozwany popadł w opóźnienie i od tego dnia Sąd zasądził odsetki za opóźnienie na rzecz powoda. Zgłaszając roszczenia dnia 5 grudnia 2013 roku powód w ogóle nie określił wysokości żadanego świadczenia. Nie można zatem przyjąć, iż natychmiast po upływie 1 miesiąca aktualizował się obowiązek pozwanego zapłaty świadczenia w wysokości 10.000 zł, skoro w tym czasie takiej kwoty pozwany jeszcze nie sformułował.

Opierając się na wskazanej interpretacji art. 481§1k.c. Sąd orzekł od pozwanego na rzecz K. Z. (1) odsetki ustawowe liczone od kwoty 6.000 zł od dnia 28 lutego 2014 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowe za opóźnienie liczone od tej kwoty od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty

W pozostałym zakresie Sąd roszczenie powoda o zasądzenie odsetek oddalił.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 100§1k.p.c.. Powód uległ jedynie co do nieznacznej części swojego roszczenia, a mianowicie co do odsetek od kwoty 6.000 zł za okres od dnia 22 lutego 2014 roku do dnia 27 lutego 2014 roku. W tej sytuacji Pozwany winien w całości ponieść koszty postępowania. Na koszty postępowania składają się: opłata od pozwu w kwocie 300 zł, opłata za pełnomocnictwa pełnomocników 2 x 17 zł, wynagrodzenie pełnomocników stron 2 x 1.200 zł (§6pkt 4 w zw. z §4ust.2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu -Dz. U. 2002r., Nr 163, poz. 1349 ze zm.), koszty dokumentacji lekarskiej – 34,20 zł (k.159 w zw. z k. 77), wynagrodzenie biegłego P. J. – 945,84 zł (k.174, 194, 229). Powód zapłacił 2.497,04 zł (300 zł + 17 zł + 1.200 zł = 34,20 zł + 945,84 zł). Pozwany winien zatem zwrócić powodowi kwotę 2.497,04 zł.

/-/ S.S.R. Piotr Chrzanowski