

**Sygn. akt I C 431/15**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 sierpnia 2018 roku

Sąd Rejonowy Szczecin – Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym :

**Przewodniczący:** Sędzia Sądu Rejonowego Anna Dulcka

**Protokolant:** Dagmara Szulc

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 1 sierpnia 2018 roku

w S.

sprawy z powództwa **G. B.**

przeciwko (...) **Spółce akcyjnej z siedzibą w S.**

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego (...) Spółki akcyjnej z siedzibą w S. na rzecz powoda G. B. kwotę 13 135 (trzynastu tysięcy stu trzydziestu pięciu) złotych i 37 (trzydziestu siedmiu) groszy wraz z odsetkami od dnia 27 września 2014 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;

II. ustala, iż powód wygrał sprawę w 64%, zaś pozwany wygrał sprawę w 36%, przy czym szczegółowe rozliczenie kosztów procesu pozostawia referendarzowi sądowemu.

SSR Anna Dulcka

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 3 marca 2015 roku powód G. B. wystąpił przeciwko pozwanemu (...) Spółce akcyjnej z siedzibą w S. o zapłatę kwoty 20 432,32 złotych wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi w stosunku rocznym od dnia 27 września 2014 roku do dnia zapłaty.

Nadto strona powodowa złożyła wniosek o zasądzenie od strony pozwanej kosztów procesu, w tym również kosztów zastępstwa procesowego.

W treści uzasadnienia przedmiotowych żądań powód wskazał, iż zawarł z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia Hestia Podróże w wariantcie rozszerzonym. Ubezpieczenie obejmowało powoda oraz członków jego rodziny w okresie od dnia 4 do 14 sierpnia 2014 roku. W trakcie obowiązywania rzeczonyj umowy, podczas pobytu wakacyjnego poza granicami kraju, doszło u powoda do uszkodzenia oka, które w konsekwencji doprowadziło do konieczności poddania się zabiegom medycznym w Chorwacji i leczeniu operacyjnemu na terenie Niemiec. Koszty tego leczenia wyniosły łącznie kwotę 20 432,32 złotych. Dalej powód wskazał, iż pozwany ubezpieczyciel – wbrew postanowieniom umowy - odmówił wypłaty odszkodowania zawierającego w swym zakresie zwrot kosztów leczenia wskazując początkowo, iż odklejenie się siatkówki w oku powoda wyczerpuje znamiona zaostrzenia choroby o charakterze przewlekłym – jaka jest cukrzyca, a następnie powołując się na wcześniejsze problemy powoda z okiem.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu, przy uwzględnieniu kosztów zastępstwa procesowego.

Uzasadniając swoje stanowisko procesowe pozwany przyznał fakt i treść łączącej strony umowy ubezpieczenia, wskazując jednocześnie, iż schorzenie, które spowodowało konieczność podjęcia przez powoda leczenia poza granicami kraju było wynikiem choroby przewlekłej i jako takie nie podlegało ochronie ubezpieczeniowej w ramach wykupionego przez G. B. pakietu.

Dodatkowo pozwany zakwestionował również wysokość roszczenia wskazując, iż powód nie wykazał niemożności uzyskania – chociażby częściowej – refundacji poniesionych kosztów leczenia od NFZ, a także nie uzasadnił konieczności podjęcia leczenia w Chorwacji oraz przeprowadzenia zabiegu operacyjnego na terenie Niemiec.

W piśmie procesowym datowanym na dzień 29 kwietnia 2015 roku powód cofnął pozew o zapłatę kwoty 7 296,95 złotych wskazując, iż kwota ta stanowi należność uzyskaną przez powoda z Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach refundacji poniesionych przez niego kosztów leczenia.

W piśmie tym powód zaprzeczył również jakoby zdiagnozowane u niego w Chorwacji schorzenie oka stanowiło jakiegokolwiek zaostrzenie choroby przewlekłej.

W odniesieniu zaś do niewykazania przez G. B. konieczności podjęcia leczenia w Chorwacji czy w Niemczech powód wskazał, iż to na pozwanym spoczywał obowiązek – zgodnie z postanowieniami umowy – zorganizowania powodowi opieki medycznej, czego ubezpieczyciel nie wykonał dając tym samym powodowi możliwość wyboru miejsca na podstawie posiadanych przezeń informacji.

Postanowieniem z dnia 12 maja 2015 roku sąd umorzył postępowanie w części, a mianowicie w zakresie żądania zasądzenia kwoty 7 296,95 złotych wraz z odsetkami liczonymi od dnia 27 września 2014 roku.

W toku dalszego postępowania strony pozostały przy uprzednio wyrażonych stanowiskach procesowych.

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

W dniu 1 sierpnia 2014 roku G. B. zawarł z (...) Spółką akcyjną z siedzibą w S. umowę ubezpieczenia w ramach pakietu Hestia Podróże na okres od 4 do 18 sierpnia 2014 roku. Umowa obejmowała powoda oraz członków rodziny i została zawarta w wariantcie rozszerzonym.

Powód uiścił kwotę 250 złotych tytułem składki.

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (dalej owu) (§ 4) ubezpieczenie obejmowało organizację i pokrycie niezbędnych kosztów leczenia i pomocy A. w związku z następstwami nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, niezbędnych do przywrócenia ubezpieczonemu stanu zdrowia umożliwiającego powrót do kraju lub kontynuowanie podróży. W ramach zawartej umowy ubezpieczyciel miał obowiązek zorganizować leczenie i transport do placówek medycznych i koordynować niezbędne czynności.

W § 6 ust. j. wskazano, iż ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za koszty leczenia i koszty usług (...) poniesione w wyniku niezastosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie w Polsce, kraju zamieszkania lub w podróży albo Centrum Alarmowego. Dodatkowo w § 22 ust. E owu wskazano, iż ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku gdy szkoda stanowi następstwo choroby przewlekłej. Zgodnie zaś z definicją zawartą w treści § 3 ust. 2 owu, jako chorobę przewlekłą uznaje się stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem i długim przebiegiem, leczony w sposób stały lub okresowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia, w trakcie którego mogą następować okresy ustąpienia dolegliwości lub ich zaostrzenia.

W dacie zawierania umowy powód nie cierpiał na żadną chorobę przewlekłą.

okoliczności niesporne, a nadto

**dowód:** polisa – k. 9-10,

potwierdzenie wpłaty – k. 11,

owu – k. 38-56,

zeznania G. B. – k. 211-214

W lipcu G. B. zaobserwował u siebie problemy z widzeniem, objawiając się widzeniem obcego ciała w oku. Powód udał się wówczas na ul. (...) do szpitala, gdzie został poddany badaniu lekarskiemu. Lekarz rozpoznał u niego lekki wylew krwi do komory ciała szklanego, odłączenie tylne ciała szklanego oraz przedarcie siatkówki na godzinie 11:30. Następnego dnia został u powoda wykonany zabieg laserowy, który był w pełni skuteczny – w przeprowadzonych po nim badaniach nie ma żadnych cech odwarstwiania siatkówki. Po takim zdarzeniu i zabiegu nie ma żadnych przeciwwskazań do podjęcia urlopu i wyjazdu zagranicznego

G. B. był pacjentem okulisty A. P. (1) i zgłosił się do niego w dniu 28 lipca 2014 roku z pogorszeniem widzenia oka lewego. Lekarz rozpoznał u powoda przebyty wylew w lewym oku. Przeprowadzone badanie USG nie wykazało żadnych zmian.

Lekarz zalecił powodowi przyjmowanie leków i kropli oraz oszczędzający tryb życia. Nie było żadnych przeciwwskazań do wyjazdu urlopowego, przeciwnie – zalecona została zmiana klimatu.

Powód nie choruje ani na nadciśnienie ani na cukrzycę, ani na inną chorobę przewlekłą

**dowód:** dokumentacja medyczna – k. 12-14, 63-65, 68-75, 76, 164-169, 183-184,

zeznania A. P. (2) – k. 191,

zeznania A. B. – k. 198-200

zeznania G. B. – k. 211-214

opinia biegłego sądowego – k. 235-238,

ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego – k. 262-264

Powód wraz z rodziną wyjechali na wakacje na jacht do Chorwacji.

Pod koniec pierwszego tygodnia pobytu na wakacjach roku u G. B. doszło do nagłego znacznego pogorszenia wzroku, przejawiającego się ubytkiem pola widzenia od dolnej części lewego oka

Mając na uwadze posiadana umowę z ubezpieczycielem powód niezwłocznie zadzwonił w celu uzyskania pomocy w zakresie ustalenia gdzie winien udać się na konsultację. Uzyskał wówczas informację aby pojechać do Z. do szpitala, przy czym wbrew obietnicy przedstawiciela ubezpieczyciela powodowi nie została umówiona wizyta.

Powód był konsultowany w szpitalu w Z., gdzie stwierdzono u niego odwarstwienie siatkówki. Lekarze stwierdzili wówczas, iż nie są w stanie przeprowadzić zabiegu, albowiem nie można tego zabezpieczyć laserowo i konieczne jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego i zalecili poszukiwanie pomocy w innym miejscu, przy czym wskazali, iż czas ma ogromne znaczenie albowiem siatkówka odkleja się w okolicach plamki żółtej

Po powrocie na jacht powód skonsultował się z przedstawicielami ubezpieczyciela, który zażądał przesłania zdjęcia wypisu ze szpitala z Z. i poinformował, iż ubezpieczyciel poszuka odpowiedniej kliniki. Ubezpieczyciel nie skontaktował się jednak z powodem.

Powód wraz z małżonką podjęli decyzję do powrocie do kraju, ale stan zdrowia G. B. zaczął się pogarszać. A. B. konsultowała telefonicznie z U. S. stan męża oraz konieczność podjęcia szybkich działań medycznych. U. S. poleciła aby skorzystali z opieki kliniki w B..

Powód wraz z małżonką udali się do kliniki w B. gdzie zostali w godzinach porannych przyjęci. Lekarz okulista, który wykonywał badanie powoda zakwalifikował go do natychmiastowej operacji z uwagi na zasięg odklejenia siatkówki. Tego samego dnia powód został poddany zabiegowi operacyjnemu. Do odklejenia siatkówki doszło w lewym oku na godzinie 13 w kierunku 12.

Po operacji do powoda zadzwonił przedstawiciel ubezpieczyciela i oświadczył, iż ubezpieczyciel nie udzieli pomocy z uwagi na fakt, iż powód choruje na cukrzycę.

Również przeprowadzający zabieg lekarze w szpitalu w B. uznali, iż odwarstwienie siatkówki nie jest schorzeniem przewlekłym jak również nie jest skutkiem żadnego przewlekłego schorzenia.

Od tego czasu powód nie ma żadnych problemów ze wzrokiem, nie zdarzyły się również inne epizody odklejenia siatkówki.

**dowód:** dokumentacja medyczna – k. 12-14, 63-65, 68-75, 76, 164-169, 183-184

zestawienie świadczeń medycznych – k. 180-181,

zeznania U. S. – k. 198,

zeznania A. B. – k. 198-200,

zeznania G. B. – k. 211-214

opinia biegłego sądowego – k. 235-238,

ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego – k. 262-264,

pisemna opinia biegłego sądowego – k. 285-286,

ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego – k. 339-340

Odwarstwienie siatkówki jest zdarzeniem nagłym i w sposób istotny zagraża utratą widzenia. Taki charakter miało odwarstwienie siatkówki zdiagnozowane u powoda. Pacjent z takim schorzeniem wymaga natychmiastowej pomocy lekarskiej.

Odlączenie tylne jest dosyć częstym schorzeniem u osób powyżej 50 roku i co do zasady po zespoleniu laserowym następuje pełne wyleczenie. W niektórych przypadkach może dojść również do odwarstwienia siatkówki.

Stan okulistyczny powoda przed dniem 24 lipca 2014 roku był prawidłowy natomiast przed dniem 9 sierpnia 2014 roku w lewym oku istniał zabezpieczony barażem laserowym otwór w siatkówce.

Nie istnieje żaden związek przyczynowy pomiędzy zabiegiem laseroterapii a odwarstwieniem siatkówki, do którego doszło u powoda w czasie pobytu w Chorwacji. Do odwarstwienia siatkówki doszło poza obszarem zabezpieczonym laserem. Uprzednio istniejący otwór może skutkować odklejeniem się siatkówki jedynie wówczas gdy nie zostanie prawidłowo zabezpieczony.

Powód nie choruje na żadne schorzenia przewlekłe, posiada jedynie astygmatyzm.

**dowód:** opinia biegłego sądowego – k. 235-238,

ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego – k. 262-264,

pisemna opinia biegłego sądowego – k. 285-286, 304

ustna uzupełniająca opinia biegłego sądowego – k. 339-340

W dniu 26 sierpnia 2014 roku G. B. zgłosił szkodę.

Decyzją z dnia 2 października 2014 roku ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania wskazując, iż z uwagi na fakt, że u powoda doszło w niedługim czasie przed wyjazdem do odklejenia siatkówki to ponowne jej odklejenie w trakcie pobytu zagranicznego stanowi jedynie zaostrzenie choroby przewlekłej jaką jest zdiagnozowana u powoda cukrzyca, co wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela.

Powód odwołał się od przedmiotowej decyzji wskazując, iż powód nie choruje na cukrzycę.

W dniu 8 stycznia 2015 roku ubezpieczyciel podtrzymał swoją wcześniejszą decyzją, z tym że jako podstawę odmowy wypłaty odszkodowania wskazał uprzednie problemy ze wzrokiem i uznał, iż doszło do zaostrzenia choroby przewlekłej.

**dowód:** zgłoszenie szkody – k. 57-59,

pismo z dnia 2 października 2014 roku- k. 60,

odwołanie – k. 61-62,

pismo z dnia 8 stycznia 2015 roku – k. 66-67

zeznania A. B. – k. 198-200

zeznania G. B. – k. 211-214

Koszty związane z leczeniem powoda poza granicami kraju, w tym koszty wizyt lekarskich, hoteli i dojazdów wyniosły łącznie kwotę 20 432,32 złotych.

Decyzją z dnia 2 marca 2015 roku powód otrzymał od NFZ kwotę 7 296,95 złotych tytułem zwrotu poniesionych kosztów świadczenia zdrowotnego udzielonego w dniach 12-13 sierpnia 2014 roku w szpitalu w B..

okoliczność niesporna, a nadto:

**dowód:** wykaz kosztów – k. 14,

dokumenty księgowe – k. 15-26, 28-33

potwierdzenie zmiany rezerwacji – k. 27,

zestawienie transakcji – k. 34-36,

decyzja z dnia 2 marca 2015 roku – k. 104-110

zeznania A. B. – k. 198-200

zeznania G. B. – k. 211-214

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo na gruncie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego okazało się w pełni zasadne.

W niniejszej sprawie bezsporne były okoliczności związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, jej obowiązywaniem w dacie powstania zdarzenia, treścią tejże umowy oraz jej wykonaniem przez powoda. Co do zasady poza sporem pozostawały również okoliczności związane ze stanem zdrowia powoda oraz wysokością dochodzonego roszczenia.

W tym ostatnim przypadku pozwany wskazał wprawdzie, iż ich wysokość jest zawyżona ale jednocześnie podkreślił, iż powód winien był wykazać niemożność ich uzyskania – w całości lub w części z NFZ.

Spór istniejący pomiędzy stronami dotyczył w zasadzie jedynie oceny charakteru zdarzenia wywołującego szkodę, a w szczególności kwalifikacji zachorowania powoda w kontekście ogólnych warunków umowy ubezpieczenia, a dokładniej ustalenia czy zachorowanie to nosiło cechy choroby przewlekłej lub też czy do jego powstania doszło na skutek niezastosowania się do zaleceń lekarza, po wykonaniu u powoda w dniu 25 lipca 2014 roku barażu laserowym.

Okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia Sąd ustalił w oparciu o dowody z dokumentów przedstawionych przez strony sporu. Dokonując oceny zgromadzonego materiału dowodowego w postaci dowodów z dokumentów Sąd uznał je za w pełni wiarygodne i mogące stanowić podstawę wyrokowania. Żadna ze stron nie zakwestionowała ich prawdziwości a i sąd nie dopatrzył się żadnych okoliczności podważających walor dowodowy przedłożonych dokumentów. Z uwagi na charakter sprawy koniecznym było również przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego, przy czym dokładna analiza tegoż dowodu zostanie przeprowadzona w dalszej części rozważań.

Przechodząc do merytorycznej oceny zasadności powództwa wskazać należy, iż zgodnie z treścią przepisu 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku.

Przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (art. 805 § 2 pkt 2 k.c.). W ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków powstanie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego uzależnione jest od doznania przez osobę ubezpieczoną nieszczęśliwego wypadku powodującego skutki określone w warunkach ubezpieczenia.

Oznacza to, iż dla przyjęcia odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela oraz zasądzenia należnego odszkodowania koniecznym jest wskazanie, iż w okresie objętym umową ubezpieczenia doszło do zdarzenia skutkującego powstaniem szkody rozumianej jako uszczerbek majątkowy i jednocześnie nie istnieją żadne okoliczności ekskulpacyjne.

W tym miejscu wskazać należy, iż zgodnie z obowiązującą w polskim prawie cywilnym zasadą pełnego odszkodowania, którą wyraża przepis art. 361 § 2 k.c., naprawienie szkody ma zapewnić całkowitą kompensatę doznanego przez poszkodowanego uszczerbku. Z tego względu naprawienie szkody obejmuje - w granicach wyznaczonych przez związek przyczynowy – straty, jakie poszkodowany poniósł [tj. *damnum emergens*], oraz korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby szkody mu nie wyrządzono [tj. *lucrum cessans*]. Podkreślenia wymaga również fakt, iż ciężar dowodu powstania szkody i jej wysokości spoczywa – zgodnie z dyspozycją przepisu art. 6 k.c. – na poszkodowanym. Istnienie zaś przesłanek wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela winien wykazać ten ostatni.

Rolą sądu w tym postępowaniu było więc jedynie ustalenie czy zachorowanie stwierdzone u G. B. w trakcie jego pobytu w Chorwacji stanowi w istocie zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową wynikającą z zawartej w dacie 1 sierpnia 2014 roku umowy ubezpieczenia czy też jest wynikiem choroby przewlekłej lub niezastosowania się pozwanego do zaleceń lekarskich.

Zgodnie z uregulowaniem zawartym w treści przepisu art. 278 § 1 Kodeksu postępowania cywilnego (dalej k.p.c.) w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych sąd, po wysłuchaniu wniosków stron, co do liczby biegłych

i ich wyboru może wezwać jednego lub kilku biegłych w celu zasięgnięcia ich opinii. W tym miejscu podkreślić należy, iż dla uznania waloru dowodowego sporządzonej opinii koniecznym jest jej sporządzenie na zlecenie sądu, w trybie opisanym w przywołanym przepisie. Kwestii o charakterze specjalnym nie może natomiast rozstrzygnąć opinia prywatna (prywatne orzeczenie) sporządzona na zlecenie strony poza postępowaniem sądowym. Pogląd taki wyrażony wielokrotnie w orzecznictwie Sądu Najwyższego znalazł swój wyraz między innymi w uzasadnieniu wyroku z dnia 12 kwietnia 2002 r. (w sprawie I CKN 92/00, opubl. LEX nr 53932).

Mając na uwadze zakres sporu pomiędzy stronami oraz wskazane powyżej uregulowania sąd dopuścił dowód z opinii biegłych z zakresu medycyny o specjalności okulistyka., albowiem zarzuty formułowane przez pozwaną a dotyczące okoliczności wyłączających jej odpowiedzialność wymagały oceny również specjalistycznej.

W pierwszym rzędzie wskazać należy, iż opinie zostały sporządzone przez osoby dysponujące odpowiednią wiedzą specjalistyczną i doświadczeniem zawodowym. Po drugie, biegli sporządzając opinię oparli się na całokształcie zebranego w sprawie materiału dowodowego oraz badaniu G. B.. Wreszcie zaś opinie biegłych były sformułowane w sposób precyzyjny, a konkluzje w nich zawarte zostały logicznie uzasadnione i powiązane z przedstawionym w opinii procesem rozumowania, a także wynikające z przedstawionego w sprawie materiału dowodowego, którego moc dowodowa nie została podważona w toku postępowania przez jego uczestników. .

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, sąd uznał opinie biegłych za w pełni przekonujące i mogąca stanowić podstawę ustalenia stanu faktycznego, a w szczególności przyczyn powstałej szkody oraz jej zakresu. Oceny tej nie zmieniając również podnoszone przez pozwanego zarzuty do tych opinii, albowiem zostały one w pełni wyjaśnione w opiniach uzupełniających, zaś zastrzeżenia ubezpieczyciela co do wniosków biegłych nie opierają się na wiedzy merytorycznej, a jedynie na polemice z dokonywanymi ustaleniami.

W tym miejscu podkreślić należy, iż obaj biegli sądowi – działając niezależnie – doszli do wniosków, iż odklejenie siatkówki, które wystąpił u powoda nie stanowi wyniku żadnej choroby przewlekłej i nie powstało na skutek niezastosowania się do uprzednich zaleceń lekarskich. Opiniujący dokładnie wyjaśnili na czym polegał mechanizm powstawania odłączenia ciała szklistego – w przypadku pierwszego z epizodów chorobowych powoda a na czym mechanizm odwarstwienia siatkówki. Biegli sądowi jednoznacznie wykluczyli istnienie jakiegokolwiek związku przyczynowego pomiędzy tymi zdarzeniami.

Biegła D. P. dokładnie wyjaśniła (w trzech swoich opiniach), iż pierwotnie z nieznanych przyczyn doszło do powoda do odłączenia tylnego ciała szklistego z jednoczesnym wyrwaniem otworu w siatkówce bez cech jej odklejania. Biegła wskazała, iż tego typu zdarzenie miało u powoda przebieg nagły niezwiązany z żadnym schorzeniem somatycznym i to zarówno w obrębie narządu wzroku jak też i całego organizmu. Dalej biegła wskazała, iż otwór powstał na godzinie 11:30 i został należyście zabezpieczony poprzez wykonanie zabiegu laserowego, przy czym podkreśliła, iż wykonane po zabiegu badanie usg potwierdziło, iż siatkówka nie odklejała się. Biegła wskazała również, iż do odspojenia siatkówki w sierpniu 2014 roku doszło w innym miejscu (pomiędzy godziną 13 a 12) zaś jego przyczyną było również odłączenie tylnego ciała szklistego, przy czym te dwa zdarzenia są od siebie niezależne i związane są z wiekiem powoda, który w tym przypadku stanowi czynnik ryzyka. Dodatkowo biegła podkreśliła, iż epizody przetarcia i odwarstwienia siatkówki u powoda nie były związane z żadną chorobą w tym w szczególności przewlekłą. D. P. wskazała również, iż po pierwszym z wykonanych zabiegów nie było żadnych przeciwwskazań do podjęcia przez powoda decyzji o wyjeździe urlopowym.

Opinia ta została w całości potwierdzona opinią drugiego biegłego – A. N., który w wykonanej przez siebie opinii wskazał, iż w całej rozciągłości podtrzymuje opinię D. P..

Dodatkowo wskazać należy, iż konkluzje biegłych sądowych znalazły również pełne odzwierciedlenie w materiale dowodowym a w szczególności dowodach z dokumentów medycznych, które poddane analizie sądu jednoznacznie potwierdzają zasadność wniosków biegłych. Brak jest bowiem w niniejszej sprawie jakichkolwiek dowodów potwierdzających zasadność stanowiska ubezpieczyciela powołującego się a istnienie choroby przewlekłej lub niezastosowanie się do zaleceń lekarskich.

W tym miejscu podkreślić należy, iż w toku postępowania strona pozwana podnosiła szereg zarzutów do przeprowadzonych opinii, z tym że zarzuty te w zasadzie stanowiły jedynie polemikę ze stanowiskiem biegłych sądowych i nie zostały poparte żadnymi dowodowymi, jak chociażby prywatna ekspertyza. Co ciekawe pozwany powoływał się na konsultacje z lekarzami okulistami jednakże nie wnioskował o przeprowadzenie żadnego postępowania dowodowego w tym zakresie, nie wnosił o przesłuchanie tych lekarzy czy też nie przedstawił wystawionych przez nich opinii. Dodatkowo powołując się na wsparcie fachowe pozwany nie wskazał żadnych okoliczności, które miały by wskazywać na istnienie u powoda choroby przewlekłej, co więcej nawet tej choroby nie nazwał.

Wskazane powyżej okoliczności skutkowały oddaleniem wniosku dowodowego o przeprowadzenie dowodu z opinii kolejnego biegłego tej samej specjalności.

W ocenie sądu przeprowadzone dotychczas postępowanie dowodowe w pełni potwierdza stanowisko powoda jakoby zdarzenie które stało się jego udziałem podczas pobytu wakacyjnego w Chorwacji było objęte ochroną ubezpieczeniową wynikającą z polisy z dnia 1 sierpnia 2014 roku, tym samym uznać należy, iż powództwo będące przedmiotem oceny w tym postępowaniu jawi się jako w pełni zasadne.

W odniesieniu do wysokości żądanego odszkodowania wskazać należy, iż w całości zostało ono wykazane przedłożonymi dokumentami księgowymi, a nadto nie było objęte sporem prowadzonym przez strony. Wprawdzie pozwany w odpowiedzi na pozew wskazał, iż kwota ta jest za wysoka, przy czym zarzuty w tym zakresie dotyczyły nieuzyskania przez powoda świadczenia zdrowotnego w ramach ubezpieczenia społecznego oraz wybrania szpitala w Niemczech.

Jak wynika z akt sprawy powód rzeczywiście uzyskał częściowe pokrycie kosztów przez NFZ i w tym zakresie powództwo zostało przezeń cofnięte zaś postępowanie w tym zakresie umorzone.

W odniesieniu do drugiej kwestii związanej z wyborem placówek medycznych to wskazać należy, iż zgodnie z zapisem § 4 owu ubezpieczenie wykupione przez powoda obejmowało swym zakresem również organizowanie leczenia oraz pomoc assistance. W tym zakresie zaś pozwany nie wykonał ciężących na nim obowiązków umownych. Z akt sprawy wynika, iż przedstawiciel ubezpieczyciela pozostawił tracącego wzrok powoda w Chorwacji bez żadnej pomocy i bez podjęcia żadnych czynności zmierzających do chociażby pokierowania powodem celu placówki medycznej mogącej udzielić mu pomocy. Już sama ta okoliczność wskazuje tę część stanowiska pozwanego jako absolutnie niezasadną i zdumiewającą. Otóż jego uwzględnienie wymagałoby przejścia przez powoda – tracącego wzrok w szybkim tempie – wykonywania obowiązków ubezpieczyciela polegających na wyszukiwaniu najlepszej i najtańszej placówki. W ocenie sądu fakt znalezienia przez powoda przy pomocy znajomych placówki, która w szybkim tempie i w sposób prawidłowy wykonała niezbędny zabieg przyczynił się do zminimalizowania szkody, a nadto stanowił de facto wykonanie obowiązków spoczywających na ubezpieczycielu.

Mając na uwadze powyższe rozważania Sąd orzekł jak w punkcie I wyroku.

O odsetkach orzeczono na podstawie art. 481 § 1 k.c., stosownie do którego 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.

Orzekając w powyższym zakresie sąd miał na względzie, że – zgodnie z obowiązującymi przepisami - zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie.

Mając na uwadze datę zgłoszenia szkody w niniejszej sprawie za zasadne uznał żądanie przez powoda odsetek od dnia 27 września 2014 roku

Orzekając w przedmiocie odsetek sąd miał zarazem na względzie, iż zgodnie z aktualnym brzmieniem art. 481 § 2 k.c., jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie – w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych. Wzmiankowany przepis został znowelizowany ustawą 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 2015 r. poz. 1830), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku (art. 57 ustawy). Dlatego też w zakresie odsetek sprzed daty 1 stycznia 2016 roku należało zasądzić odsetki ustawowe, zgodnie z poprzednim brzmieniem art. 481 § 2 k.c., wedle którego, jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona należą się odsetki ustawowe.

Rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów postępowania znajdowało podstawę w treści art. 98 §1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. Mając na uwadze, iż na skutek zarzutu pozwanego ubezpieczyciela powód częściowo cofnął pozew, zaś w pozostałym zakresie wygrał sprawę sąd uznał, iż wygrał on w 64%, zaś pozwany wygrał w 36% przy czym szczegółowe ustalenie kosztów sąd pozostawił referendarzowi sądowemu.

Mając na uwadze poczynione rozważania orzeczono jak w sentencji wyroku

SSR Anna Dulaska

## ZARZĄDZENIE

1. Odnotować
2. Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi pozwanego
3. Akta z pismem biegłego przedłożyć referendarzowi sądowemu celem rozpoznania wniosku o przyznanie wynagrodzenia

SSR Anna Dulaska