

Sygn. akt III C 336/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 kwietnia 2017 roku

Sąd Rejonowy Szczecin-Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie III Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Irma Lorenc
Protokolant:	aplikant aplikacji sędziowskiej Przemysław Kowalski

po rozpoznaniu w dniu 12 kwietnia 2017 roku w Szczecinie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. P.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda M. P. kwotę 2.080 zł (dwóch tysięcy osiemdziesięciu złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od kwot:

- 2.000 zł (dwóch tysięcy złotych) od dnia 9 kwietnia 2015 roku,

- 80 zł (osiemdziesięciu złotych) od dnia 6 sierpnia 2015 roku;

II. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

III. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 362,46 zł (trzysta sześćdziesiąt dwa złote czterdzieści sześć groszy) tytułem kosztów postępowania;

IV. nakazuje pobrać od powoda na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego Szczecin-Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie kwotę 648,20 zł (sześćset czterdzieści osiem złotych dwadzieścia groszy) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych;

V. nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego Szczecin-Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie kwotę 239,74 zł (dwieście trzydzieści dziewięć złotych siedemdziesiąt cztery grosze) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sygn. akt III C 336/16

UZASADNIENIE

w postępowaniu zwykłym

W dniu 30 października 2015 r. powód M. P. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 7.699,57 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 8 kwietnia 2015 r. oraz kosztami postępowania.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w dniu 22 grudnia 2014 r. uczestniczył w wypadku drogowym, którego sprawca związany był z pozwanym umową ubezpieczenia OC. W wyniku tego wypadku powód doznał obrażeń ciała. Pozwem domagał się kwoty 7.000 zł zadośćuczynienia za krzywdę jakiej doznał w wyniku wypadku, ponad uprzednio wypłaconą mu z tego tytułu przez pozwanego należność w kwocie 1.000 zł oraz kwoty 699,57 zł poniesionych kosztów leczenia.

Pozwany w sprzeciwie od wydanego w niniejszej sprawie nakazu zapłaty wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na swą rzecz kosztów postępowania. Pozwany wywodził, że w toku postępowania likwidacyjnego wypłacił stosunkowo wysokie zadośćuczynienie, jak i pokrył zasadne koszty badania MRI kręgosłupa i dojazdów.

W toku postępowania strony podtrzymywały swe stanowiska co do zasady.

W piśmie procesowym z dnia 21 marca 2017 r. powód wyjaśnił sposób wyliczenia kwoty 699,57 zł.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 22 grudnia 2014 r. powód M. P., kierujący pojazdem C., uczestniczył w wypadku drogowym, którego sprawcą była kierująca samochodem R. (...) A. O.. Sprawcy wypadku związana był wówczas z pozwanym (...) Spółką Akcyjną w W. umową obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody związane z ruchem tych pojazdów.

W wyniku zdarzenia powód doznał skręcenia odcinka szyjnego kręgosłupa oraz urazu klatki piersiowej, w związku z czym został przewieziony do SPSK (...), gdzie przeprowadzono badanie RTG klatki piersiowej oraz poddano powoda konsultacjom lekarskim, które pozwoliły na zdiagnozowanie urazu klatki piersiowej. Tego samego dnia powoda wypisano do domu, zalecając kontrolę w POZ za 7 dni i oszczędzający tryb życia.

W następnych dniach po wypadku pojawiły się u powoda bóle kręgosłupa szyjnego, będące następstwem jego skręcenia. Dolegliwości bólowe klatki piersiowej i kręgosłupa szyjnego związane z wypadkiem trwały u powoda przez trzy tygodnie i powodowały konieczność zażywania środków przeciwbólowych. Powód nie wymagał wówczas i nie wymaga obecnie pomocy osób trzecich.

Po trzech tygodniach od wypadku powód powrócił do pracy za granicą.

Przebyty wypadek nie spowodował trwałych ani długotrwałych następstw dla zdrowia powoda, w tym upośledzenia funkcji kręgosłupa szyjnego.

Po powrocie do pracy powód leczył się z uwagi na bóle kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, przy czym były one spowodowane samoistnymi zmianami zwyrodnieniowo – dyskopatycznymi. Z powodu występowania i pogłębiania się tych zmian powód będzie wymagał okresowego leczenia.

W związku z wypadkiem powód poniósł wydatek w kwocie 80 zł na poradę neurologiczną w dniu 10 kwietnia 2015 r.

Wydatki powoda za usługi fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne poniesione w dniu 13 kwietnia 2015 r. w kwocie 520 zł, (...) kręgosłupa w dniu 23 maja 2015 r. w kwocie 340 zł, zakup leków w dniu 15 czerwca 2015 r. w kwocie 99,57 zł nie były związane z wypadkiem.

Dowody:

- karta informacyjna k. 43

- wynik badania RTG k. 24, 37
- zaświadczenie lekarskie k. 24
- historia choroby k. 25-26, 31, 32,34-36, 38
- skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne k. 29
- zaświadczenie lekarskie z dnia 6.06.2015 r. k. 33
- zaświadczenie z dnia 11.06.2015 r. k. 30
- skierowanie k. 39, 41
- zaświadczenie k. 42
- wynik badania (...) k. 40
- faktura nr (...) k. 19, 21
- faktura nr (...) k. 20
- faktura nr (...) k. 22
- faktura nr (...) k. 23
- pismo KP w M. z dnia 23.01.2015 r. w aktach szkody bez numeracji
- postanowienie z dnia 24.02.2015 r. o umorzeniu dochodzenia k. 53-55
- pokrycie polisy w aktach szkody bez numeracji
- opinia biegłych sądowych k. 155-162
- zeznania świadka I. P. k. 126
- zeznania powoda k. 126-127

Powód zgłosił pozwanemu szkodę na osobie w związku z wypadkiem w dniu 21 lutego 2015 r.

W piśmie z dnia 25 lutego 2015 r. pozwany zwrócił się do powoda o złożenie m.in. dokumentacji medycznej z procesu leczenia, rachunków i dowodów wpłaty za poniesione koszty leczenia, w terminie 7 dni.

Pozwany w piśmie z dnia 16 marca 2015 r. wskazał powodowi, że nie uzyskał dokumentacji niezbędnej do ustalenia jego odpowiedzialności, w związku z czym na tym etapie postępowania nie jest możliwa wypłata odszkodowania. Pozwany określił powodowi termin 7 dni na uzupełnienie dokumentacji, informując, że nie później niż w terminie 14 dni od jej uzyskania podejmie decyzję.

W piśmie z dnia 23 marca 2015 r. powód wniósł o przyznanie kwoty 9.000 zł zadośćuczynienia i 70 zł kosztów badania okulistycznego. Do pisma dołączono wypełniony druk zgłoszenia szkody na osobie, kopię dokumentacji medycznej i rachunek za badanie okulistyczne. Pismo dotarło do pozwanego 25 maja 2015 r.

W e-mailach z dnia 4 maja 2015 r. powód zażądał od pozwanego kwoty 175,52 zł kosztów dojazdów i 605 zł kosztów leczenia.

W dniu 5 maja 2015 r. powód został poddany na zlecenie pozwanego badaniu lekarskiemu, w toku którego stwierdzono, że leczenie powoda po wypadku zostało zakończone, powód nie wymaga opieki i zwolnienia lekarskiego, jak również, że wypadek nie wywołał u powoda trwałych następstw.

Decyzją z dnia 5 maja 2015 r. pozwany przyznał powodowi kwotę 1.000 zł zadośćuczynienia, a decyzją z dnia 8 maja 2015 r. 100 zł tytułem kosztów przejazdów.

W e-mailu z dnia 8 maja 2015 r. powód przesłał pozwanemu kolejne dokumenty dotyczące jego leczenia.

W e-mailu z dnia 6 lipca 2015 r. powód wniósł o refundację kosztów leczenia w kwocie 519,57 zł, załączając faktury nr (...).

Pismem z dnia 7 lipca 2015 r. powód wniósł o refundację kosztów rehabilitacji w kwocie 520 zł, wnosząc odwołanie od decyzji z dnia 5 maja 2015 r.

Pozwany decyzją z dnia 8 lipca 2015 r., po konsultacji z lekarzem, przyznał powodowi kwotę 340 zł tytułem refundacji wydatku poniesionego na badanie (...) kręgosłupa.

Pismem z dnia 5 listopada 2015 r. powód wniósł o przyznanie kwoty 224 zł tytułem zwrotu wydatków za dojazdy.

dowody:

- zgłoszenie szkody z dnia 21.02.2015 r. k. 71-72
- pismo pozwanego z dnia 25.02.2015 r. w aktach szkody bez numeracji
- wykaz z kontaktów z pozwanym w aktach szkody bez numeracji
- pismo pozwanego z dnia 16.03.2015 r. w aktach szkody bez numeracji
- pismo powoda z dnia 23.03.2015 r. k. 47- 48 wraz z drukiem zgłoszenia szkody i załącznikami w aktach szkody bez numeracji
- koperta z datownikiem 25.03.2015 r. w aktach szkody bez numeracji
- e-maile z dnia 4.05.2015 r. w aktach szkody bez numeracji
- ocena lekarska z dnia 5.05.2015 r. k. 49-51
- e-mail z dnia 8.05.2015 r. w aktach szkody bez numeracji
- decyzja z dnia 5.05.2015 r. k. 52
- decyzja z dnia 8.05.2015 r. w aktach szkody bez numeracji
- e-mail z dnia 6.07.2015 r. w aktach szkody bez numeracji
- opinia lekarska z dnia 7.07.2015 r. k. 79
- pismo powoda z dnia 7.07.2015 r. k. 45-46
- decyzja z dnia 8.07.2015 r. k. 44, 80
- pismo z dnia 5.11.2015 r. wraz z oświadczeniem w aktach szkody bez numeracji

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo okazało się częściowo uzasadnione.

Podstawę prawną odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego stanowiły przepisy art. 445 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. w zw. z art. 436 § 1 k.c., art. 822 k.c. i art. 34 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003r. Nr 124, poz. 1152 ze zm.).

Zgodnie z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Zgodnie natomiast art. 445 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Stosownie do art. 822 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na której rzecz została zawarta umowa ubezpieczenia, przy czym zgodnie z § 2 tego artykułu, uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń. Natomiast w myśl art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną w związku z ruchem tego pojazdu szkodę, której następstwem jest śmierć, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź też utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia.

Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną ruchem samochodu (tzw. mechanicznego środka komunikacji) wynika z art. 436 § 1 k.c., który stanowi, że obowiązek naprawienia szkody obciąża na zasadzie ryzyka posiadacza pojazdu. Natomiast w przypadku kolizji pojazdów mechanicznych odpowiedzialność ustala się na zasadzie winy – w myśl bowiem art. 436 § 2 k.c., w razie zderzenia się mechanicznych środków komunikacji poruszanych za pomocą sił przyrody wymienione osoby mogą wzajemnie żądać naprawienia poniesionych szkód tylko na zasadach ogólnych. Niewątpliwie roszczenia dochodzone w tym postępowaniu dotyczyły skutków wywołanych zderzeniem dwóch pojazdów, przy czym fakt zawinionego naruszenia zasad bezpieczeństwa w ruchu drogowym przez kierującą pojazdem marki R. (...) A. O. oraz związku przyczynowego pomiędzy jej działaniem a z zaistnieniem kolizji pozostawały bezsporne. Odpowiedzialność pozwanego związana z zawarciem umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ze sprawcą wypadku nie rodziła sporu, ponadto w aktach szkody znajdowało się pokrycie polisy, które potwierdzało ten fakt. Pomiędzy stronami sporny pozostawał natomiast rozmiar krzywdy, doznanej przez powoda wskutek zdarzenia z dnia 22 grudnia 2014 r., a co za tym idzie wysokość należnego mu z tego tytułu zadośćuczynienia, jak również zaistnienie i rozmiar szkody majątkowej związanej z kosztami prywatnych wizyt lekarskich, usług rehabilitacyjnych i zakupu leków.

Zgodnie z przywołanymi przepisami zasadność roszczeń powoda warunkowało powstanie rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała oraz związek przyczynowy między doznaną z tego tytułu krzywdą, a zdarzeniem, za które odpowiedzialność przypisać można stronie pozwanej. Podstawą zasądzenia świadczenia są zaś cierpienia fizyczne i psychiczne związane ze stanem zdrowia, określane mianem krzywdy, a także koszty związane z leczeniem tych dolegliwości. Nadto pokrzywdzony może domagać się zwrotu kosztów leczenia, o ile powstały one w związku przyczynowym z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia.

Dla oceny doznanych przez powoda cierpień kluczowe było określenie następstw dla zdrowia powoda wywołanych wypadkiem i ich wpływu na jego codzienne funkcjonowanie. W tym zakresie Sąd oparł się o dokumentację medyczną znajdującą się w aktach sprawy, zeznania świadka I. P. (2) oraz powoda, a także opinię biegłych sądowych H. M. i B. M.. Wnioski i ustalenia biegłych Sąd uznał za spójne, logiczne, poparte ich specjalistyczną wiedzą i doświadczeniem

zawodowym. Biegli formułując swe wywody oparli się nie tylko o materiał dowodowy znajdujący się w aktach sprawy, ale i wyniki badania powoda, przy czym ich opinii żadna ze stron nie kwestionowała, a i Sąd nie znalazł podstaw, by opinię podważać, co czyniło ją materiałem miarodajnym dla czynienia ustaleń faktycznych w sprawie.

Jak wynika z dokumentacji medycznej oraz opinii biegłych sądowych w wyniku wypadku

powód doznał skręcenia odcinka szyjnego kręgosłupa oraz urazu klatki piersiowej. Z karty informacyjnej leczenia w (...) nr (...) w S. nie wynika, by w związku ze zdarzeniem powód doznał również urazu palca stopy – dolegliwości z tym związanych wówczas nie zgłaszał, dlatego też nie sposób przyjąć, iż taki skutek wypadku również wystąpił. Powoda nie zatrzymano w szpitalu, lecz po przeprowadzeniu badań i konsultacji wypisano do domu, zalecając kontrolę w POZ za 7 dni i oszczędzający tryb życia. W istocie, wskazywane przez powoda i świadka dolegliwości bólowe kręgosłupa szyjnego i klatki piersiowej związane z wypadkiem trwały u powoda – jak podnieśli biegli - przez trzy tygodnie i powodowały konieczność zażywania środków przeciwbólowych, po tym czasie powód powrócił do pracy za granicą. W świetle opinii biegłych zarówno po wypadku, jak i obecnie powód nie wymagał opieki innych osób, co pośrednio znajduje odzwierciedlenie w zeznaniach świadka i powoda. Biegli wskazali również, że przebyty wypadek nie spowodował trwałych ani długotrwałych następstw dla zdrowia powoda, w tym upośledzenia funkcji kręgosłupa szyjnego. Wprawdzie, jak wynika z zeznań świadka i powoda po powrocie do pracy i do tej pory powód odczuwa dolegliwości bólowe, ma problemy ze snem, chodzeniem, dłuższą jazdą samochodem, jak również, że po wypadku zaszła konieczność zmiany stanowiska pracy powoda, jednak brak jest podstaw do tego, by wiązać to z wypadkiem z dnia 22 grudnia 2014 r. W świetle dokumentacji medycznej przedłożonej przez powoda, na co zwrócili uwagę biegli sądowi, bóle kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, które ujawniły się u powoda po tym zdarzeniu, a które wpływały na jego funkcjonowanie po upływie trzech tygodni od kolizji są spowodowane samoistnymi zmianami zwyrodnieniowo – dyskopatycznymi. Z powodu występowania i pogłębiania się tych zmian powód – jak wskazali biegli- będzie wymagał okresowego leczenia. W oparciu o opinię biegłych uznać należało, że to te zmiany spowodowały konieczność poddania się przez powoda zabiegom rehabilitacyjnym i fizjoterapeutycznym. Zważywszy, że powód nie wniósł o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego psychiatry, nie sposób przyjąć, by wypadek w sposób istotny wpłynął na zdrowie psychiczne powoda, choć w świetle zasad doświadczenia życiowego uznać należy, iż sam udział w tego rodzaju zdarzeniu, a także związane z nim dolegliwości bólowe, powodują ujemne doznania psychiczne. Zwrócić należy przy tym uwagę na to, iż również lekarz, który badał powoda w trakcie postępowania likwidacyjnego na zlecenie pozwanego na temat skutków wypadku dla zdrowia powoda w swych opiniach z dnia 5 maja 2015 r. i 7 lipca 2015 r. wypowiadał się w sposób zbliżony do biegłych sądowych.

Z powyższego wynika, iż powód w okresie trzech tygodni od zdarzenia doznawał cierpień przede wszystkim o charakterze fizycznym, ale i psychicznym, jednak nie wywołało ono trwałego uszczerbku na jego zdrowiu. W znacznej części dokumentacja medyczna przedłożona przez powoda, jak i zeznania świadka i powoda związana jest z samoistnymi zmianami chorobowymi, które zaszły u powoda, a nie wypadkiem, w którym uczestniczył.

Przepisy kodeksu cywilnego nie zawierają żadnych kryteriów, jakie należy uwzględniać przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego, zostały one wypracowane w orzecznictwie, zwłaszcza Sądu Najwyższego, w którym wielokrotnie wskazywano, że przy określaniu wysokości zadośćuczynienia należy mieć na uwadze, że jego celem jest wyłącznie złagodzenie doznanej przez poszkodowanego krzywdy, a także uwzględniać wszystkie okoliczności oraz skutki doznanego kalectwa. Zadośćuczynienie z art. 445 k.c. ma przede wszystkim charakter kompensacyjny i tym samym jego wysokość musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Wysokość ta nie może być jednak nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa, a więc powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, przy czym uwzględnianie stopy życiowej społeczeństwa przy określaniu wysokości zadośćuczynienia nie może podważać jego kompensacyjnej funkcji. Zasadniczą przesłanką przy określaniu jego wysokości jest stopień natężenia krzywdy, rodzaj, charakter, długotrwałość i intensywność cierpień fizycznych i psychicznych, stopień i trwałość kalectwa. Ocena kryteriów decydujących o wysokości zadośćuczynienia musi odnosić się do okoliczności konkretnej sprawy. Porównywanie wysokości zasądzonego w różnych sprawach zadośćuczynienia, nie może prowadzić do prawidłowego rozstrzygnięcia. Zawsze bowiem można wskazać przykład sprawy, w której zasądzono tytułem zadośćuczynienia kwotę wyższą lub niższą. Nie da się przy tym w sposób wymierny

ocenić, czy doznana przez poszkodowanego krzywda jest większa czy mniejsza niż krzywda doznana przez innego poszkodowanego, na rzecz którego w innej sprawie zasądzono inną kwotę.

Uwzględniając powyższe poglądy doktryny i orzecznictwa w zakresie kryteriów jakie decydują w konkretnej sprawie o przyjęciu określonej kwoty jako adekwatnej i odpowiedniej tytułem zadośćuczynienia w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. Sąd nie podzielił argumentów strony pozwanej, mających przemawiać za oddaleniem powództwa w zakresie żądanego zadośćuczynienia.

Przy określeniu rozmiaru krzywdy powoda – cierpienia fizycznego i psychicznego, będącego następstwem wypadku, Sąd uwzględnił rodzaj obrażeń ciała u powoda, wywołujących przez trzy tygodnie dolegliwości bólowe, wymagające stosowania leków przeciwbólowych, jak również ujemne doznania psychiczne związane z samym udziałem w wypadku. Sąd zważył przy tym, że leczenie powoda zostało zakończone i brak jest podstaw do uznania, że w przyszłości będzie on odczuwał negatywne skutki tego zdarzenia dla swego zdrowia, czy codziennego funkcjonowania.

Celem zadośćuczynienia jest przede wszystkim złagodzenie doznanych i odczuwanych cierpień, winno ono mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne związane z danym zdarzeniem. Jednocześnie z uwagi na to, że zadośćuczynienie za krzywdę musi wyrażać się w odczuwalnej ekonomicznie wartości, choć utrzymanej w rozsądnych granicach wyznaczonych przez aktualne warunki i przeciętną stopę życiową społeczeństwa, Sąd uznał, że powodowi należy przyznać dodatkowo kwotę 2.000 zł tytułem zadośćuczynienia, jako dopłatę do już wypłaconego przez pozwanego zadośćuczynienia w kwocie 1.000 zł. Zdaniem Sądu w realiach niniejszej sprawy ustalenie wysokości zadośćuczynienia za krzywdę doznaną przez powoda łącznie na kwotę 3.000 zł uwzględnia przywoływane wyżej kryteria.

O odsetkach za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia Sąd orzekł 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. Powód zawiadomił pozwanego o szkodzie 21 lutego 2015 r., co wynika ze zgłoszenia dołączonego przez pozwanego do sprzeciwu od nakazu zapłaty, jednakże po tym zgłoszeniu, pozwany nie był w stanie właściwie oszacować skutków zdarzenia przy określeniu wysokości zadośćuczynienia, albowiem powód nie przedłożył pozwanemu żadnej dokumentacji związanych z doznanymi obrażeniami i przebiegiem leczenia. Pozwany dwukrotnie – w pismach z dnia 25 lutego 2015 r. i 16 marca 2015 r. zwracał się do powoda o złożenie dokumentacji medycznej z procesu leczenia, jak również rachunków i dowodów wpłaty za poniesione koszty leczenia, zaś powód uczynił to dopiero w dniu 25 marca 2015 r. W tej dacie wpłynęło do pozwanego (co wynika z datownika odcisniętego na kopercie, w której pismo to złożono, znajdującej się w aktach szkody) pismo powoda z dnia 23 maja 2015 r., w imieniu którego działało (...) sp. z o.o. sp. k. w L., do którego taką dokumentację dołączono.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. W świetle zaś ust. 2 tego artykułu, w przypadku gdyby wyjaśnienie w terminie, o którym mowa w ust. 1, okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie, chyba że ustalenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego. W terminie, o którym mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń zawiadamia na piśmie uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczeń w całości lub w części, jak również o przypuszczalnym terminie zajęcia ostatecznego stanowiska względem roszczeń uprawnionego, a także wypłaca bezsporną część odszkodowania. Uwzględniając zatem powyższe okoliczności przyjąć należało, że pozwany winien wypłacić powodowi zadośćuczynienie w terminie 14 dni licząc od otrzymania dokumentacji lekarskiej, a zatem od dnia 25 marca 2015 r. Termin ten przypadał zatem na dzień 8 kwietnia 2015 r., co za tym idzie w opóźnienie

w zapłacie kwoty 2.000 zł pozwany popadł 9 kwietnia 2015 r., co uzasadniało zasądzenie obok tej kwoty odsetek ustawowych od tego dnia.

Przedmiot sporu stanowiła także wysokość szkody majątkowej będącej następstwem zdarzenia. Zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Z kolei art. 363 § 1 k.c. stanowi, że naprawienie szkody powinno nastąpić, według wyboru poszkodowanego, bądź przez przywrócenie stanu poprzedniego, bądź przez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej. Jednakże, gdyby przywrócenie stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu.

Powód, co uściślił w piśmie procesowym z dnia 21 marca 2017 r. domagał się zasądzenia kosztów leczenia wynikających z faktury nr (...) z dnia 13 kwietnia 2015 r. na kwotę 520 zł za usługi rehabilitacyjne i fizjoterapeutyczne, faktury nr (...) z dnia 10 kwietnia 2015 r. na kwotę 80 zł za poradę neurologiczną, faktury nr (...) z dnia 23 maja 2015 r. na kwotę 340 zł za badanie (...) kręgosłupa i nr (...) z dnia 15 czerwca 2015 r. na kwotę 99,57 zł za leki, pomniejszonych o przyznaną przez pozwanego kwotę 340 zł. Zważywszy, że pozwany przyznał powodowi 340 zł za badanie (...) rozstrzygnąć należało, czy w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem pozostawały pozostałe wydatki ujęte w piśmie z dnia 21 marca 2017 r. W ocenie Sądu, popartej opinią biegłych sądowych, jedynie roszczenie powoda o zapłatę kwoty 80 zł wskazanej w fakturze nr (...) z dnia 10 kwietnia 2015 r. za poradę neurologiczną było uzasadnione i znajdowało podstawę w art. 444 § 1 k.c. Zważyć należy, iż w świetle opinii biegłych w związku z wypadkiem powód nie wymagał rehabilitacji i leczenia, zaś po trzech tygodniach od zdarzenia dolegliwości bólowe z tym związane ustały.

O odsetkach za szkodę związaną z kosztami leczenia w kwocie 80 zł Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c., uwzględniając okoliczność, iż żądanie zwrotu należności objętej fakturą VAT nr (...) zostało zgłoszone w e-mailu z dnia 6 lipca 2015 r., którego kopia znajduje się w aktach szkody. Roszczenie powoda w tym zakresie winno być zaspokojone zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, a zatem do 5 sierpnia 2015 r., co uzasadniało zasądzenie odsetek ustawowych za opóźnienie w zapłacie tej kwoty od dnia następnego. Na marginesie wskazać należy, iż powód domagał się zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie w zapłacie tej należności od dnia 8 kwietnia 2015 r., podczas gdy wydatek ten poniósł dopiero 10 kwietnia 2015 r.

Z tych przyczyn orzeczono jak w pkt I i II wyroku.

Uwzględniając zasadę wyrażoną w art. 100 k.p.c., Sąd rozstrzygnął jak w punkcie III wyroku. Powód wygrał proces w 27%, a pozwany w 73 %. Na koszty postępowania poniesione przez powoda złożyła się opłata od pozwu – 385 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa procesowego – 17 zł, wynagrodzenie pełnomocnika powoda – 1.200 zł i zaliczka na poczet wynagrodzenia biegłych sądowych – 300 zł, łącznie 1.902 zł. Z kolei pozwany poniósł jedynie wydatek związany z wynagrodzeniem swego pełnomocnika procesowego – 1.200 zł. Po rozdzieleniu tych kosztów (1.200 zł x 73% - 1.902 zł x 27%) - należało zasądzić od powoda na rzecz pozwanego kwotę 362,46 zł.

Rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów sądowych zawarte w punkcie IV i V wyroku znalazło podstawę w art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Zważywszy, że wpłacona przez powoda zaliczka nie pokryła w całości kosztów opinii biegłego sądowego, z tego tytułu ze środków budżetowych wydatkowano kwotę 780,96 zł. Ponadto wydatkowano z tych środków 106,98 zł tytułem kosztów dojazdu na rozprawę świadka. Należności te nakazano pobrać od każdej ze stron, adekwatnie do zakresu, w jakim przegrała proces (73% od powoda, 23 % od pozwanego).