

Sygnatura akt II C 368/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

S., dnia 24 maja 2019 r.

Sąd Rejonowy Szczecin-Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie II Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSR Agnieszka Matusiak

Protokolant: Joanna Prybacka

po rozpoznaniu w dniu 10 maja 2019 r. w Szczecinie

na rozprawie sprawy z powództwa R. L.

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

o zapłatę

I. oddała powództwo,

II. zasądza od powódki R. L. na rzecz pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 2067 zł (dwa tysiące sześćdziesiąt siedem złotych) tytułem kosztów procesu,

III. nakazuje pobrać od powódki R. L. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego Szczecin-Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie kwotę 260,08 zł (dwieście sześćdziesiąt złotych osiem groszy) tytułem kosztów sądowych.

Sygn. Akt II C 368/18

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 27 listopada 2017r. R. L. wniosła o zasądzenie od (...) S.A. W W. kwoty 6.094 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 4.000 zł od dnia 22 września 2017r. oraz od kwoty 2.094 zł od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, a także o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych i 17 zł tytułem zwrotu opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu pozwu powódka podała, iż jest uczestnikiem grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem u strony pozwanej. Zgodnie z ogólnymi warunkami dodatkowego grupowego ubezpieczenia przedmiot ubezpieczenia stanowi zdrowie ubezpieczonego, zaś zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności strony pozwanej, zaś przez trwały uszczerbek na zdrowiu określono trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzenie jego funkcji. W dniu 20 maja 2017r. w następstwie zmiany pozycji ciała, tzw. ukucnięcia doszło u powódki do urazu lewego ścięgna A.. Bezpośrednio po zdarzeniu powódka była w 109 Szpitalu (...) z Przychodnią (...) w S., gdzie rozpoznano u niej naderwanie ścięgna A., bolesność uciskową, zaczerwienie i niewielki obrzęk okolicy ścięgna i zalecono zimne okłady, odciążanie chorej kończyny oraz chodzenie przy pomocy kul łokciowych, przyjmowanie leków przeciwbólowych. Badanie USG wykazało, że doszło do uszkodzenia 2/3 ścięgna po stronie brzuszno-bocznej na całej długości. Powódka zgłosiła szkodę w pozwanym zakładzie ubezpieczeń przedkładając swoją dokumentację medyczną. Decyzją z dnia 24 sierpnia 2017r. pozwana odmówiła wypłaty świadczenia wskazując, iż dołączone dokumenty nie potwierdzają, iż nastąpił nieszczęśliwy wypadek. W dniu 19

września 2017r. powódka wniosła odwołanie od decyzji ubezpieczyciela domagając się przeprowadzenia gruntownej analizy jej stanu zdrowia. Poddała się także badaniu diagnostycznemu, w następstwie którego wydano zaświadczenie o braku związku pomiędzy urazem doznany w dniu 20 maja 2017r. w wcześniejszych dysfunkcjami narządu ruchu. Powódka podała także, iż na dochodzoną przez nią kwotę składa się kwota 4.000 zł tytułem zadośćuczynienia za ból i cierpienie doznane w związku z przedmiotowym zdarzeniem oraz kwota 2.094 zł tytułem odszkodowania. Powódka podała, iż przyznane zadośćuczynienie powinno być przybliżonym ekwiwalentem doznanych cierpień i powinna być odczuwalna, gdyż doznany przez nią uraz psychiczny nie tylko wiązał się z długotrwałym cierpieniem, ale także obliłował do dalszej diagnostyki i uciążliwej terapii. Ponadto do dziś powódka odczuwa ból nogi i została pozbawiona możliwości korzystania z aktywności fizycznej w postaci długich spacerów i ćwiczeń na siłowni. Powódka doznała również utrudnień w pracy zawodowej jako dyżurny ruchu kolei. Co do odszkodowania powódka podała, iż powinno ono obejmować wszystkie wydatki pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. W wyniku wypadku powódka poniosła zaś koszty zakupu ortezy w kwocie 94 zł oraz koszty 5 wizyt u specjalisty traumatologa. Odnośnie odsetek powódka podała, iż odsetek od zadośćuczynienia i odszkodowania domaga się od daty wezwania dłużnika do zapłaty zgodnie z art. 455 k.c. i art. 481 § 1 k.c.

W odpowiedzi na pozew z dnia 29 marca 2018r. pozwana (...) na (...) S.A. w W. wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na rzecz pozwanej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwana podała, iż powódka w zgłoszeniu roszczenia podała al, iż urazu ścięgna doznała na skutek przykucnięcia, natomiast zgodnie z Ogólnymi warunkami Ubezpieczenia obowiązującymi powódkę i stanowiącymi integralną część polisy ubezpieczenia łączącej strony prawo do świadczenia przysługuje, jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, zaś zwykłe kucnięcie nie przekracza fizjologii ruchu u osoby ze zdrowym ścięgnem. Nadto w myśl § 2 ust. 1 pkt 5 przedmiotowych OWU nieszczęśliwy wypadek to niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenia wywołane przyczyną zewnętrzną będącą wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) na życie S.A. (...) ukucnięcia nie wypełnia znamion nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu OWU, pozwana przedstawiła dokumentację medyczną powódki lekarzowi orzecznikowi celem jej analizy, ten zaś stwierdził, iż uszkodzenia ścięgna u powódki wynikają z patologii. Skoro zaś uszczerbek zgłoszony przez powódkę jest następstwem zmian chorobowych, brak jest podstaw do ustalenia odpowiedzialności pozwanej za przedmiotowe zdarzenie i wypłaty powódce jakiegokolwiek kwoty.

W piśmie z dnia 10 kwietnia 2019r. Powódka podniosła, iż przytoczona przez pozwanego definicja nieszczęśliwego wypadku została „wykreowana na potrzeby toczącego się postępowania”, definicja ta nie ma żadnych podstaw w obowiązujących przepisach prawa, zaś zgodnie z dyspozycją art. 15 ust. 3 i 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy powinny być formułowane w jednoznaczny i zrozumiały sposób, zaś w przypadku naruszenia tej zasady interpretacji powinno dokonywać się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Ujemne skutki wadliwie opracowanych ogólnych warunków ubezpieczenia, polegające na możliwości ich dowolnej interpretacji, powinny obciążać ubezpieczyciela jako profesjonalistę i autora tych warunków.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

R. L. jako pracownik (...) S.A. Zakładu (...) w S. od 1 stycznia 2017r. do 30 listopada 2018r. była uczestnikiem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem w (...) S.A. W W..

Bezsporne

Zgodnie z Ogólnymi Warunkami dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem ubezpieczenie to stanowi ubezpieczenie dodatkowe do

umów grupowego ubezpieczenia na życie w (...) S.A. stanowiącego ubezpieczenie podstawowe (§ 1). Zgodnie z § 2 OWU trwały uszczerbek na zdrowiu oznacza trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzenie jego funkcji, inne zaś określenia zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego używane są w takim samym znaczeniu. Po myśli § 3 OWU przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, natomiast zgodnie z § 4 zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniały w okresie odpowiedzialności strony pozwanej, Stosownie do § 5 OWU (...) S.A. Wyplaca świadczenie w przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy o potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Ponadto w § 11 OWU określono, iż wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzona polisa i jest ona niezmienna przez cały okres trwania umowy. W § 13 postanowiono, iż odpowiedzialność (...) S.A. W stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w ubezpieczeniu podstawowym, a kończy wraz zakończeniem odpowiedzialności w ubezpieczeniu podstawowym. Po myśli § 15 OWU prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przysługuje ubezpieczonemu, zaś zgodnie z § 16 wnioskujący o wykonanie zobowiązania z umowy składa do (...) S.A. zgłoszenie roszczenia, dokumentację medyczną potwierdzającą trwały uszczerbek na zdrowiu oraz inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, zaś (...) decyduje o przyznaniu roszczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz jego stopniu na podstawie dokumentacji, opinii lub orzeczenia wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Przy czym w § 17 zastrzeżono, iż prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego. Świadczenie to zgodnie z OWU wypłacane jest w formie jednorazowej w pełnej należnej kwocie (§ 19). Dodatkowo w § 29 OWU wskazano, iż w sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia podstawowego, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne stosowne przepisy prawa. Do OWU załączono informację, z której wynika, że przesłanki wypłaty świadczenia określone są także w ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego w §§ 2, 4, 5, 11, 15, 16-19, 20. w myśl § 2 ust. 1 pkt 5 przedmiotowych OWU nieszczęśliwy wypadek to niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenia wywołane przyczyną zewnętrzną będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) na życie S.A.

Dowód:

- OWU dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem w (...) S.A.- k. 10-13.

W dniu 5 maja 2004r. R. L. doznała skręcenia stawu skokowo-goleniowego z uszkodzeniem więzadeł strzałkowo-skokowych z ograniczeniem supinacji lewej stopy, następnie zaś 8 kwietnia 2010r. doznała skręcenia stawu skokowego lewego z obrzękiem okolic kostki bocznej. Począwszy od lipca 2014r. R. L. odbywała wizyty specjalisty ortopedy traumatologa S. Z. w związku z bólami układu kostno-stawowego.

Dowód:

- kopia dokumentacji lekarskiej- k. 20-23,
- zeznanie świadka S. Z.- k. 93-95,
- historia uszczerbków- k. 54-55.

W dniu 20 maja 2017r. w następstwie zmiany pozycji ciała doszło u R. L. do urazu lewego ścięgna A.. R. L. miała zamiar wsiąść do samochodu, upuściła jednak kluczyki i gwałtownie ukucnęła aby je podnieść, wówczas usłyszała trzaśnięcie i poczuła bardzo silny ból w lewej nodze. Ponieważ nie była w stanie sama prowadzić samochodu z powodu nasilającego się bólu wezwała taksówkę i udała się do 109 Szpitala (...) z Przychodnią (...) w S., gdzie

rozpoznano u niej naderwanie ścięgna A. lewego, bolesność uciskową, zaczerwienie i niewielki obrzęk okolicy ścięgna i zalecono zimne okłady, odciążanie chorej kończyny oraz chodzenie przy pomocy kul łokciowych, przyjmowanie leków przeciwbólowych oraz przeprowadzenie badania USG. W dniu 25 maja (...). R. L. poddała się badaniu USG, które wykazało, że doszło u niej do uszkodzenia 2/3 ścięgna po stronie brzuszno-bocznej na całej długości, w badaniu stwierdzono nieprawidłową obrzękniętą strukturę przy zachowanej ciągłości ścięgna z wytworzeniem krwiaka 18 mm ok. 17 mm nad entezą piętową. W związku z urazem R. L. przez miesiąc wymagała pomocy przy robieniu zakupów, transporcie na rehabilitację, gdyż poruszała się o kulach. Przez półtora miesiąca przebywała na zwolnieniu lekarskim, wykorzystwała również urlop wypoczynkowy by ukończyć rehabilitację. Leki przeciwbólowe przyjmowała przez około 3 tygodnie po zdarzeniu.

Dowód:

- zeznania R. L.- k. 76-77,
- zeznanie świadka S. Z.- k. 93-95,
- zeznania świadka P. K. (1)- k. 75-76
- karta informacyjna Izby Przyjęć- k. 18,
- wynik badania USG- k. 19,
- dokumentacja lekarska- k. 65-67.

R. L. zgłosiła roszczenie w (...) Na (...) w dniu 21 sierpnia 2017r. Przedłożyła również swoją dokumentację medyczną. Decyzją z dnia 24 sierpnia 2017r. (...) S.A. odmówiła wypłaty świadczenia wskazując, iż zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 5 ogólnych warunków ubezpieczenia (...) S.A. nieszczęśliwy wypadek to niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną będące wyłączną lub bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) S.A., zaś dołączone przez R. L. dokumenty medyczne nie potwierdzają, iż nastąpił nieszczęśliwy wypadek, gdyż uszkodzenie ścięgna A. ma podłoże chorobowe. W dniu 19 września 2017r. R. L. wniosła odwołanie od decyzji ubezpieczyciela domagając się przeprowadzenia gruntownej analizy jej stanu zdrowia. Odpowiadając na odwołanie R. L. w piśmie z dnia 17 października 2017r. (...) S.A. Podtrzymała swoje stanowisko i podała, że stwierdzone u ubezpieczonej uszkodzenia są nieadekwatne do mechanizmu zdarzenia w przypadku zdrowego ścięgna

A., a zgłoszony uszczerbek nie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, lecz zmian chorobowych.

Dowód:

- zgłoszenie roszczenia – k.51-52, 55v-56,
- pismo pozwanego z 24.08.2017r.- k. 14-15,
- odwołanie z 19.09.2017r. - k. 16,
- pismo pozwanego z 17.10.2017r.- k. 17

Po doznanym w dniu 20 maja 2017r. urazie ścięgna A. L. nadal leczyła się u specjalisty ortopedy-traumatologa S. Z., który w dniu 27 października 2017r. wystawił zaświadczenie, iż pacjentka doznała częściowego uszkodzenia lewego ścięgna piętowego podczas kucnięcia, była leczona zachowawczo kinezyterapią i iniekcjami kolagenowymi, uzyskano już prawidłową funkcję kończyny, w obrazie USG widoczne są zmiany pourazowe, zaś uraz ten nie wiąże się z wcześniejszymi dysfunkcjami narządu ruchu. Dodatkowo w dniu 1 grudnia 2017r. lekarz ten wystawił zaświadczenie, iż pacjentka po przebytych urazach ścięgna odbyła u niego pięć wizyt w celu przeprowadzenia kinezyterapii i podawania

iniekcji kolagenowych. Koszt tych wizyt zamknął się kwotą 1.000 zł. Ponadto R. L. zakupiła ortezę na ścięgno A. poleconą jej przez lekarza za kwotę 94 zł.

Dowód:

- kopia zaświadczenia- k. 24, 27,
- zeznanie świadka S. Z.- k.93-95,
- kopia obrazu usg- k. 25-26,
- kopia paragonu- k. 28,
- kopia faktury- k. 29.

W następstwie zdarzenia z dnia 20 maja 2017r. R. L. doznała pęknięcia 2/3 szerokości ścięgna piętowego lewego. Pęknięcie ścięgna spowodowało wystąpienie o bólu o znacznym nasileniu oraz bolesność ścięgna podczas chodzenia mimo noszenia stabilizatora. Występujące dolegliwości bólowe i ograniczona możliwość chodzenia spowodowały konieczność pomocy osób trzecich przy takich czynnościach , jak sprzątanie , zakupy przez okres miesiąca. Obecnie utrzymuje się u R. L. bolesność uciskowa ścięgna piętowego , występowanie bólu podczas stawania na palcach oraz bolesność poniżej kostki bocznej podczas chodzenia. Dolegliwości te zgodnie z tabelą norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązującej w (...) S.A. (punkt 161) stanowią uszczerbek wynoszący 4%. W badaniu USG przeprowadzonym przez R. L. w dniu 25 maja 2017r. widoczne były zmiany zwyrodnieniowe na wysokości guza piętowego świadczące o tym, że ścięgno to w dniu urazu nie cechowało się pełną wytrzymałością, przy prawidłowym stanie ścięgna nie powinno wystąpić jego uszkodzenie podczas czynności kucania, nawet jeśli kucnięcie byłoby gwałtowne. Do uszkodzenia ścięgna piętowego dochodzi w następstwie silnego skurczu mięśnia trójgłowego łydki przeciwko oporowi ciała. Uszkodzenia powstałe w następstwie zeskoku, skoku uznawane są za nieszczęśliwe wypadku, a taki sam mechanizm występuje podczas kucania,

Dowód:

- opinia biegłego specjalisty chirurgii urazowo-ortopedycznej- k. 104-107, 131, 143, 165-166
- tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu- k. 112-121,

Sąd zważył, co następuje:

Roszczenie powódki okazało się nieuzasadnione.

Podstawę żądania stanowił art. 805 § 1 i 2 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę, przy czym świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu osobowym umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej oraz art. 829 § 1 i 2 k.c., zgodnie z którym ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu na życie śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku, zaś przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Stan faktyczny w niniejszej sprawie został ustalony na podstawie dokumentów przedłożonych przez obie strony postępowania, których autentyczności i mocy dowodowej żadna z nich nie zakwestionowała. Sąd poczynił w sprawie istotne ustalenia także w oparciu o sporządzoną opinię biegłego lekarza o specjalności chirurgii urazowo-ortopedycznej, której w ostatecznym kształcie żadna ze stron postępowania nie kwestionowała, a którą Sąd uznał za wyczerpującą uargumentowaną i całkowicie przekonującą. Podstawą swych ustaleń Sąd uczynił także zeznania

świadka S. Z. i P. K. (2), a także powódki, jako że były logiczne i spójne oraz znajdowały potwierdzenie w pozostałych dowodach.

W niniejszej sprawie bezspornym było, iż powódka R. L. w okresie od 1 stycznia 2017r. do 30 listopada 2018r. była uczestnikiem dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem w (...) S.A. w W.. Nie było również sporu co do tego, że w dniu 20 maja 2017r. powódka doznała urazu lewego ścięgna A., który to uraz został zgłoszony u pozwanego jako następstwo nieszczęśliwego wypadku, zaś pozwany odmówił jej wypłaty świadczenia twierdząc, że uraz nastąpił w trakcie zwykłej czynności fizjologicznej, jaką jest ukucnięcie, zaś pojawił się na skutek istniejących wcześniej zmian zwyrodnieniowych w obrębie tego ścięgna piętowego. Co do zasady nie było również sporu w zakresie treści umowy ubezpieczenia wiążącej strony, należy jednak podkreślić, iż powódka przedłożyła jedynie częściowo dokumenty pozwalające na rekonstrukcję treści tej umowy, w szczególności w zakresie przesłanek wypłaty świadczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku. Do akt sprawy nie złożono bowiem wniosku o zawarcie umowy, ani też polisy potwierdzającej zawarcie i warunki umowy, w szczególności w zakresie obowiązującej sumy ubezpieczenia, nie dołączono również ogólnych warunków ubezpieczenia na życie, które zgodnie z przedłożonymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego stanowiły część umowy ubezpieczenia dodatkowego. Pozwana natomiast powołała się na treść ogólnych warunków ubezpieczenia na życie w zakresie definicji nieszczęśliwego wypadku i podała obowiązujące jej zdaniem między stronami brzmienie tej definicji. Powódka zarzuciła, iż definicja ta jest wykreowana na potrzeby niniejszego postępowania, nie przedstawiła jednak treści ogólnych warunków ubezpieczenia na życie, w których to warunkach znajdowała się wzmiankowana definicja, co uniemożliwiło sądowi zweryfikowanie zarzutu strony pozwanej. Biorąc pod uwagę, iż to strona powodowa jako dochodząca roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia powinna przedstawić dowody umożliwiające zbadanie zasadności żądania, czyli potwierdzające fakty prawotwórcze, Sąd przyjął, iż stanowisko strony pozwanej w zakresie wiążącego strony określenia nieszczęśliwego wypadku odpowiada treści umowy.

Na wstępie rozważań podkreślić należy, iż zgodnie z art. 805 § 2 pkt 2 k.c. przy ubezpieczeniu osobowym ubezpieczyciel jest zobowiązany do zapłaty umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Świadczenie pieniężne ubezpieczyciela w ubezpieczeniach osobowych nie jest więc określonym odszkodowaniem za szkodę, lecz świadczeniem, którego wysokość jest niezależna od powstania i wysokości jakiegokolwiek szkody. Ponieważ katalog wypadków ubezpieczeniowych typowych dla ubezpieczeń osobowych nie jest zamknięty, a wyliczenie zawarte w kodeksie cywilnym ma charakter przykładowy, jedynym miarodajnym kryterium wyróżnienia ubezpieczeń osobowych jest nieodszkodowawczy charakter świadczenia pieniężnego spełnianego przez ubezpieczyciela w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

Pogląd taki znajduje potwierdzenie w orzecznictwie SN. W wyroku z 20.6.2013 r. (IV CSK 699/12, L.) SN stwierdził, że "w ubezpieczeniu osobowym ochrona nie polega na zapłacie odszkodowania za doznaną szkodę, ale na wypłacie określonej sumy pieniężnej w razie zajścia w życiu osoby ubezpieczonej przewidzianego w umowie wypadku; wysokość tej sumy wyznacza treść umowy". Powyższy pogląd potwierdzono także w najnowszym orzecznictwie Sądu Najwyższego. I tak w wyroku z dnia 31 stycznia 2019r., sygn. akt V CSK 623/17, Sąd Najwyższy przyjął, iż przy wykładni postanowień ogólnych warunków umowy ubezpieczenia należy uwzględniać cel i istotę tej umowy, a także jej rodzaj, gdyż w ubezpieczeniu osobowym (art. 829 KC) ochrona nie polega na zapłacie odszkodowania za doznaną szkodę, ale na wypłacie określonej sumy pieniężnej w razie zajścia w życiu osoby ubezpieczonej przewidzianego w umowie wypadku.

W piśmiennictwie i orzecznictwie podkreśla się przy tym, że przy ubezpieczeniu następstw NW wypadkiem ubezpieczeniowym jest nieszczęśliwy wypadek, powodujący skutki określone w warunkach ubezpieczenia. Takim skutkiem może być śmierć albo uszkodzenie ciała albo rozstrój zdrowia (inwalidztwo częściowe lub całkowite). Pojęcie "nieszczęśliwego wypadku" nie zostało zdefiniowane w ustawie. Konieczne jest więc szczegółowe określenie w treści umowy ubezpieczenia, jakiego rodzaju zdarzenia będą uznawane za nieszczęśliwy wypadek. Najczęściej przyjmuje się, że wypadkiem ubezpieczeniowym w ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków jest śmierć, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem definiowanym jako zdarzenie nagłe i zarazem

wywołane przez działanie czynników zewnętrznych w stosunku do osoby, która poniosła śmierć, której ciało zostało uszkodzone lub też której zdrowie uległo rozstrojowi (szczegółowo na ten temat zob. M. Więcko-Tułowicka, Definicja nieszczęśliwego wypadku, s. 68–82). W piśmiennictwie za nieszczęśliwy wypadek uważa się także "każde działające z zewnątrz w sposób nagły na ciało ubezpieczonego zdarzenie, w którego bezpośrednim następstwie ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała lub zmarł" (W. Warkało, w: System, t. III, cz. 2, s. 944). W piśmiennictwie powszechnie przyjmuje się, że nie są następstwami nieszczęśliwego wypadku skutki chorób, na które cierpiał ubezpieczający lub ubezpieczony. Podkreśla się jednak, że jeżeli choroba ubezpieczającego lub ubezpieczonego przyczyniła się co prawda do powstania uszkodzenia jego ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci, lecz dominującym lub bezpośrednim czynnikiem sprawczym był czynnik zewnętrzny, wówczas – w braku odmiennych postanowień umownych – należy uznać odpowiedzialność ubezpieczyciela. I tak w okresie, gdy ogóle warunki ubezpieczenia miały jeszcze charakter normatywny Sąd Najwyższy stwierdził między innymi interpretując pojęcie "następstw nieszczęśliwego wypadku", że "Wypadnięcie jądra galaretowatego jako bezpośrednie następstwo wysiłku fizycznego stanowi nieszczęśliwy wypadek" (wyr. SN z 27.9.1971 r., III CRN 332/71, OSNCP 1972, Nr 4, poz. 73); "Jeżeli osoba ubezpieczona doznała wylewu krwi do mózgu wskutek nadmiernego wysiłku fizycznego przy wykonywaniu pracy, zdarzenie to jest nieszczęśliwym wypadkiem" (wyr. SN z 26.3.1976 r., III CRN 460/74, OSNCP 1976, Nr 5, poz. 111); "Zawał serca jako bezpośrednie następstwo wysiłku fizycznego ubezpieczonego, stanowi nieszczęśliwy wypadek" (wyr. SN z 13.9.1977 r., III CRN 191/77, L.); "Zawał serca spowodowany nadmiernym wysiłkiem fizycznym, stanowi nieszczęśliwy wypadek (...), chociażby ubezpieczony cierpiał już uprzednio na chorobę serca" (wyr. SN z 29.3.1979 r., III CRN 48/79, L.); "Nieszczęśliwym wypadkiem (...) jest zawał serca wywołany zarówno wysiłkiem fizycznym, jak i stresami psychicznymi, będącym wynikiem silnych bodźców zewnętrznych działających nagle na organizm, chociażby ubezpieczony już uprzednio cierpiał na chorobę serca" (uchw. SN z 19.7.1979 r., III CZP 40/79, L.).

W najnowszym orzecznictwie sądów powszechnych przyjmuje się, że w obecnym stanie prawnym zdefiniowanie pojęcia nieszczęśliwego wypadku pozostawione zostało umowie, co w praktyce oznacza, że decyduje o tym swobodnie ubezpieczyciel, w gestii którego znajduje się redakcja postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia. Praktyka ubezpieczeniowa uszczuplająca udzielaną ochronę ubezpieczeniową winna być jednak wdrażana ostrożnie; definicje wypadku winny się jawić jako staranne, klarowne i łatwe do odczytania przez kontrahenta. Postanowienia niejednoznaczne czy niezrozumiałe lub zawile redakcyjnie winny być interpretowane na korzyść ubezpieczonego (osoby uprawnionej). (tak wyrok SA w Katowicach z 24.11.2016r. , sygn. Akt I Aca 446/16).

W okolicznościach niniejszej sprawy w ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie stanowiących integralną część ubezpieczenia dodatkowego dotyczącego trwałego uszczerbku na zdrowiu wywołanego nieszczęśliwym wypadkiem zdefiniowano nieszczęśliwy wypadek jako niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną będącą wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością (...) na życie S.A. W świetle opinii biegłego lekarza sporządzającego opinię w niniejszej sprawie doznany przez powódkę R. L. uraz nie nastąpiłby, gdyby nie istniejący wcześniej i stwierdzony przez biegłego w obrazie badania USG wykonanego przez powódkę po zdarzeniu w dniu 25 maja 2017r. stan chorobowy. Otóż biegły wyraźnie stwierdził, iż w badaniu USG przeprowadzonym przez R. L. widoczne byłyby zmiany zwyrodnieniowe na wysokości guza piętowego świadczące o tym, że ścięgno to w dniu urazu nie cechowało się pełną wytrzymałością, dodatkowo biegły stwierdził, że przy prawidłowym stanie ścięgna nie powinno wystąpić jego uszkodzenie podczas czynności kucania, nawet jeśli kucnięcie to byłoby gwałtowne. Biegły wyjaśnił przy tym, iż do uszkodzenia ścięgna piętowego dochodzi w następstwie silnego skurczu mięśnia trójgłowego łydki przeciwko oporowi ciała, a uszkodzenia powstałe w następstwie zeskoku, skoku uznawane są za nieszczęśliwe wypadki, przy czym taki sam mechanizm występuje podczas kucania. Kilkakrotnie jednak biegły odpowiadając na zarzuty strony pozwanej dotyczące przyczyn pęknięcia ścięgna u powódki podawał, iż kucnięcie było warunkiem koniecznym tego urazu, gdyż gdyby powódka nie kucnęła, ścięgno nie pękłoby, jednocześnie jednak stanowczo twierdził, że to istniejące zmiany zwyrodnieniowe osłabiające ścięgno spowodowały, iż na skutek skurczu pękło ono. Nie sposób więc przyjąć, że kucnięcie stanowiące co do zasady przyczynę zewnętrzną było jednocześnie przyczyną wyłączną i bezpośrednią doznanego przez powódkę uszczerbku. Mimo więc, iż z opinii biegłego wynika, że uszczerbek na zdrowiu powódki wynosi 4% i ma charakter trwałego, gdyż nadal występują u niej bóle okolic ścięgna, brak jest

normatywnych podstaw do zasądzenia na rzecz powódki świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia łączącej ją z pozwaną. Powódka podniosła co prawda, iż definicja ta nie ma żadnych podstaw w obowiązujących przepisach prawa, a zgodnie z dyspozycją art. 15 ust. 3 i 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy powinny być formułowane w jednoznaczny i zrozumiały sposób, zaś w przypadku naruszenia tej zasady interpretacji powinno dokonywać się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, należy jednak zauważyć, iż nie uregulowano ustawowo definicji nieszczęśliwego wypadku, a ustawodawca kwestię tę pozostawił ubezpieczycielom, którzy definiują to pojęcie w ogólnych warunkach ubezpieczenia. W okolicznościach niniejszej sprawy brak podstaw do przyjęcia, że definicja ta z jakichkolwiek względów jest niejednoznaczna bądź niezrozumiała, czy też pozostawiająca nadmierne pole dla niekorzystnej, jednostronnej interpretacji. Definicja ta jest co prawda kilkuczłonowa, a więc złożona, jednak każda jej część precyzyjnie w znaczeniu językowym określa wymagane przesłanki.

Należy stwierdzić, że mimo braku legalnej definicji nieszczęśliwego wypadku i różnic w definiowaniu tego pojęcia przez ubezpieczycieli w piśmiennictwie zgodnie przyjmuje się, że podstawowe cechy nieszczęśliwego wypadku to nagłość zdarzenia, zewnętrzne pochodzenie zdarzenia oraz niezależność od woli ubezpieczonego. Pierwszą z cech, jaką jest nagłość zdarzenia, należy przede wszystkim interpretować literalnie – zdarzenia nagłe to takie, których ubezpieczony się nie spodziewał i które były dla ubezpieczonego zaskakujące albo niezwykle. Kolejnym elementem definicji nieszczęśliwego wypadku jest zewnętrzność przyczyny zdarzenia powodującego szkodę na osobie. Przyczyna zewnętrzna to zasadniczo każda przyczyna, której źródłem nie jest organizm ubezpieczonego, ale w szczególności choroba, nawet jeżeli spełnia kryteria nagłości. Jeżeli sformułowana przez ubezpieczyciela definicja nie zakłada, że zdarzenie powinno być spowodowane wyłącznie przyczyną lub przyczynami zewnętrznymi, to możliwe jest indywidualne ocenianie, która z przyczyn była wiodąca i czy pomimo wystąpienia także przyczyn wewnętrznych, możemy nadal mówić o nieszczęśliwym wypadku. Ostatnim powszechnym elementem definicji nieszczęśliwego wypadku jest niezależność od woli poszkodowanego. Pojęcie niezależności od woli poszkodowanego jest bezpośrednio połączone z pojęciem winy, które to pojęcie występuje w polskim prawie cywilnym. Pomimo iż kodeks cywilny nie definiuje, czym jest wina, pojęcie to jest często interpretowane zarówno przez doktrynę jak i przez orzecznictwo. Współcześnie spojrzenie doktryny, wskazuje że przy ocenie winy w ujęciu cywilnym należy odwoływać się do opisu tego pojęcia w prawie karnym. Biorąc powyższe pod uwagę, możemy wyróżnić dwa rodzaje winy: winę umyślną i winę nieumyślną. W pierwszym przypadku sprawca albo chce dokonać określonego czynu, albo godzi się na fakt, że jego zachowanie może spowodować to, co ustawa określa jako czyn niedozwolony. Oznacza to, że wina umyślna zawsze odnosi się do kwestii psychiki sprawcy, który podejmując działanie albo celowo stara się popełnić czyn zabroniony, albo przynajmniej godzi się na ewentualność, iż czyn taki popełni. Natomiast o winie nieumyślnej mówimy wtedy, gdy nie występuje zamiar popełnienia czynu zabronionego. Przejawami winy nieumyślnej może być lekkomyślność lub niedbalstwo. Mając powyższe na względzie, należy stwierdzić, że wola poszkodowanego występuje tylko wtedy, gdy dopuszcza się on winy umyślnej za spowodowanie wypadku ubezpieczeniowego. Oznacza to, że w wypadku gdy nie możemy przypisać ubezpieczonemu winy umyślnej, powinniśmy dane zdarzenie zakwalifikować jako niezależne od jego woli.

Definicja zawarta w OWU ubezpieczenia na życie i stanowiąca część zawartej umowy ubezpieczenia w niniejszej sprawie zawiera wszystkie powyższe elementy, a nadto precyzuje, że nagłe zdarzenie niezależne od woli poszkodowanego musi być wyłączną i bezpośrednią przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, wprowadza więc dodatkowo element ograniczający odpowiedzialność ubezpieczyciela i uniemożliwiający indywidualną ocenę, czy współlistniejące przyczyny wewnętrzne były wiodące, czy też przyczyną wiodącą zdarzenia były występujące także przyczyny zewnętrzne. Definicja ta jest więc precyzyjna i jasna. Trudno racjonalnie uznać aby tak sformułowana definicja była niezrozumiała dla przeciętnego kontrahenta władającego językiem polskim. Należy podkreślić, iż jedynym normatywnym ograniczeniem w zakresie definiowania pojęcia nieszczęśliwego wypadku w umowach grupowego ubezpieczenia (...) jest obecnie art. 15 ust. 3 i 5 ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej ustanawiający zasadę, w myśl której ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a postanowienia sformułowane nieprecyzyjnie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z

umowy ubezpieczenia. O doniosłości znaczenia powyższej zasady (która była wpisana również w poprzednio obowiązującej ustawie o działalności ubezpieczeniowej z 2003r.) świadczy orzecznictwo Sądu Najwyższego, który to wielokrotnie podkreślał, że ubezpieczyciel jako autor ogólnych warunków ubezpieczenia, a przy tym profesjonalista, ma obowiązek sformułować je precyzyjnie, zaś w razie jakichkolwiek niejasności czy wątpliwości co do wykładni poszczególnych ich postanowień należy je interpretować na korzyść ubezpieczającego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 września 2008 r., sygn. akt I CSK 64/2008 publ. LexPolonica nr 2027995, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2005 r., sygn. akt II CSK 96/2005, publ. LexPolonica nr 2120031, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 lutego 2004 r., sygn. akt IV CK 69/2003, publ. LexPolonica nr 1630268). Jak już wyżej wskazano w okolicznościach niniejszej sprawy ogólne warunki ubezpieczenia w zakresie przesłanej wypłaty roszczenia sformułowane były jednoznacznie.

Brak również podstaw do przyjęcia aby wzmiankowana definicja stanowiła umowne postanowienie niedozwolone w rozumieniu art. 385 (1) k.c. Konsument jako słabszy uczestnik rynku jest z założenia chroniony przez ustawodawcę w sporze z przedsiębiorcą. Jednym z przepisów będących wyrazem tej zasady jest art. 3851 § 1 k.c. Przepis ten stanowi, że postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Dotyczy on tzw. niedozwolonych postanowień umownych, przy czym nie dotyczy postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Jako postanowienia niezgodnione indywidualnie rozumie się te zapisy umowne, na których treść konsument nie miał wpływu, np. postanowienia regulaminu lub wzorca umownego przedstawionego konsumentowi. Przepis ten jest skuteczną bronią w walce z przedsiębiorcami, w tym także z zakładami ubezpieczeń, pozwala bowiem uniknąć negatywnych konsekwencji pomimo zawarcia niekorzystnej umowy. Jeżeli bowiem przedsiębiorca wykonując umowę powołuje się na zapisy np. OWU dotyczące wyłączenia swojej odpowiedzialności i odmawia wypłaty odszkodowania, konsument powołując się na art. 3851 k.c. może uchylić się od skutków niekorzystnego dla niego postanowienia, a umowa obowiązuje w pozostałym zakresie. Dla zastosowania art. 3851 k.c. konieczne jest spełnienie przesłanek określonych w tym przepisie, tj. m.in. rażące naruszenie interesów konsumenta na skutek postanowień umownych sprzecznych z dobrymi obyczajami, a kwestionowane postanowienie nie może jednocześnie dotyczyć świadczenia głównego. W okolicznościach niniejszej sprawy świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu doznanego wskutek nieszczęśliwego wypadku niewątpliwie ma charakter świadczenia głównego ubezpieczyciela wynikającego z umowy po myśli art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, i z tych względów nie ma podstaw do dalszego rozważania tej kwestii.

W dalszym toku rozważań należy zwrócić uwagę, iż powódka utożsamia umowną odpowiedzialność pozwanego na podstawie umowy ubezpieczenia z tytułu uszczerbku spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem z odpowiedzialnością sprawcy szkody. Powódka zakreśliła podstawę faktyczną swojego żądania wyraźnie wskazując, iż roszczenia swoje wywodzi z umowy ubezpieczenia, jednocześnie jednak zażądała od pozwanej zadośćuczynienia za ból i cierpienie doznane na skutek zdarzenia z dnia 20 maja 2017r. oraz odszkodowania za leczenie i rehabilitację po tym zdarzeniu, podczas gdy odpowiedzialność pozwanej nie ma nic wspólnego z zakresem doznanej szkody i krzywdy, a limitowana jest treścią umowy ubezpieczenia i konkretyzuje się w razie nastąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, za które ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność. Również wysokość świadczenia należnego ubezpieczonemu z umowy ubezpieczenia jest w żaden sposób powiązana z wysokością doznanej szkody, a wynika jedynie z postanowień umownych. Z ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem w (...) S.A. w W. (§ 5 OWU) (...) S.A. wypłaca 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. Ponadto w § 11 OWU określono, iż wysokość sumy ubezpieczenia określona jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonej polisą i jest ona niezmienna przez cały okres trwania umowy. Powódka w uzasadnieniu pozwu wskazała, jak wyliczyła swoje roszczenie podając, że 4.000 zł to kwota zadośćuczynienia za jej krzywdy stanowiąca realną i odczuwalną rekompensatę za tę krzywdę biorąc pod uwagę długotrwałość skutków urazu, zaś kwota 1.094 zł stanowi odszkodowanie za koszty leczenia i rehabilitacji, na które składa się koszt wizyt i zabiegów u ortopedy-traumatologa oraz koszt zakupu ortezy. Powódka w żaden sposób

nie odniosła się więc do treści umowy ubezpieczenia wiążącej wysokość wypłacanego świadczenia wprost z sumą ubezpieczenia określoną we wniosku o zawarcie umowy i polisie, dokumenty te również nie zostały dołączone do akt, mimo że strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości kwestionując zarówno jego zasadę, jak i wysokość kwoty dochodzonej przez powódkę. Powódka nie wносиła przy tym także o przeprowadzenie dowodu z jej przesłuchania na okoliczności związane z wysokością sumy ubezpieczenia, a przesłuchanie to miało dotyczyć jedynie przebiegu zdarzenia z dnia 20 maja 2017r., przebytego później leczenia i rehabilitacji, utrudnień w funkcjonowaniu powódki, doznanej przez nią krzywdy i poniesionych kosztów leczenia. W takiej sytuacji nawet, gdyby przyjąć, że powódce na podstawie umowy wiążącej ją z pozwaną należy się świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, to i tak powódka w żaden sposób nie wykazała wysokości należnego jej z tego tytułu świadczenia, które pozostaje niezależne od poniesionej szkody i doznanej krzywdy. Zastosowanie znalazł więc przepis art. 6 k.c., który stanowi, że ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. W przypadku kwestionowania przez stronę przeciwną twierdzeń (zwłaszcza niepopartych dowodami), to na drugiej stronie ciąży obowiązek podjęcia inicjatywy dowodowej i wykazania, że twierdzenia te są uzasadnione. W tej sytuacji w świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego należało stwierdzić, że powódka uczyniła zadość ciężącemu na niej obowiązkowi dowodzenia zasadności wywiedzionego żądania. Wskazać również należy, iż Sąd orzekający w przedmiotowej sprawie w pełni podziela stanowisko Sądu Najwyższego, wyrażone w wyroku z dnia 17 grudnia 1996 roku (I CKU 45/96, OSNC 1997/6-7/76), że rzeczą sądu nie jest zarządzenie dochodzeń w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie ani też sąd nie jest zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 232 k.p.c.). Obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach (art. 3 k.p.c.), a ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie (art. 227 k.p.c.) spoczywa na stronie, która z faktów tych wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c.).

Tak argumentując Sąd oddalił powództwo w całości.

O kosztach postępowania orzeczono w oparciu o przepisy art. 98 § 1 i 2 k.p.c., przy uwzględnieniu wyniku procesu. Sąd przyjął, że pozwana wygrała sprawę w całości, co uzasadniało zasądzenie na jej rzecz wszystkich zasadnie poniesionych w celu ochrony praw kosztów, na które składa się kwota 250 zł wniesiona tytułem zaliczki na biegłego, kwota 1.800 zł tytułem wynagrodzenia pełnomocnika w osobie radcy prawnego ustalona na podstawie § 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz kwota 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Dodatkowo uiszczona przez strony zaliczka na poczet kosztów opinii biegłego w wysokości 500 zł okazała się niewystarczająca, albowiem koszt opinii wyniósł 760,08 zł. W konsekwencji Sąd w punkcie III wyroku, działając na podstawie art. 83 ust. 2 ustawy z dnia 28 lipca 2002 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1025 ze zm.), przy uwzględnieniu wyniku procesu, nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego Szczecin – Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie od powódki kwotę 260,08 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.