

Sygn. akt: I C 303/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 lipca 2017 r.

Sąd Rejonowy w Lidzbarku Warmińskim I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Magdalena Maszlanka
Protokolant:	pracownik sądowy Katarzyna Rogucka

po rozpoznaniu w dniu 18 lipca 2017 r. w Lidzbarku Warmińskim na rozprawie

sprawy z powództwa L. D.

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

o nakazanie zachowania się

1. oddała powództwo;
2. zasądza od powódki L. D. na rzecz pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 900 złotych (dziewięćset złotych 00/100) tytułem zwrotu kosztów postępowania.

SSR Magdalena Maszlanka

Sygn. akt I C 303/17

UZASADNIENIE

Powódka L. D. wniosła o nakazanie pozwanemu (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. skierowania jej na komisję lekarską, celem rzetelnego dokonania oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu. Lekarz orzecznik pozwanego zaocznie ustalił, że powódka doznała 5 % trwałego uszczerbku na zdrowiu. Jest to ocena niesprawiedliwa, nieobiektywne, zaniżona. Pozwany, mimo że powódka kilkakrotnie zwracała się do niego o skierowanie na komisję lekarską, odmawiał.

Pozwany (...) Zakład (...) na (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie. Przyznał, że powódka objęta była umową indywidualnego kontynuowanego grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P. Powódka dokonała zgłoszenia zdarzenia w postaci nieszczęśliwego wypadku. Pozwany nie kwestionował przebiegu zdarzenia, przyjął odpowiedzialność co do zasady i wypłacił powódce świadczenie w wysokości 1000 zł za stwierdzony u niej pięcioprocentowy trwały uszczerbek na zdrowiu. Zakwestionował, aby powódka doznała uszczerbku na zdrowiu w wysokości wyższej niż ustalona w postępowaniu likwidacyjnym. Zdaniem pozwanego zgromadzona dokumentacja okazała się wystarczająca dla prawidłowej oceny następstw wypadku. Pozwany podkreślił też, że ubezpieczenie nie obejmuje świadczenia za doznany ból i cierpienie.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny

Powódka L. D. była objęta umową indywidualnego kontynuowanego grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P. Suma ubezpieczenia wynosiła 5000 zł, a kwota świadczenia za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu – 4% sumy ubezpieczenia. Przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonych i współubezpieczonych, następstwa nieszczęśliwych wypadków, powodujące trwałe uszczerbki na zdrowiu. W razie nieszczęśliwego wypadku ubezpieczający, ubezpieczony i uprawniony zobowiązani byli do poddania się na żądanie pozwanego obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez pozwanego. Świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku mogło być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich. Stopień trwałego uszczerbku miał być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, a w razie dłuższego leczenia najpóźniej w ciągu 24 miesięcy od dnia wypadku.

W dniu 6 lutego 2015 r. powódka doznała złamania nasady bliższej kości ramiennej lewej. W dniu 9 lutego 2015 r. wykonano u niej zabieg operacyjny – repozycję i stabilizację złamania drutami K. W dniu 19 marca 2015 r. zespolenie zostało usunięte z kości ramiennej lewej.

Pozwany przyjął, że powódka doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5 % i przyznał jej świadczenie w wysokości 1000 zł. Stopień uszczerbku na zdrowiu został ustalony wyłącznie na podstawie dokumentacji lekarskiej przedłożonej przez powódkę i przy uwzględnieniu tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Powódka nie odebrała świadczenia.

Pismem z dnia 4 maja 2016 r. powódka wezwała pozwanego do skierowania jej na komisję lekarską oraz ustalenia prawidłowego trwałego uszczerbku na zdrowiu.

W odpowiedzi, w piśmie z dnia 23 czerwca 2016 r., pozwany wskazał, że zapis ogólnych nie obliguje go do przeprowadzenia badania lekarskiego, a świadczenie może zostać ustalone na podstawie dostarczonych dowodów i wyników badań.

Powódka ponowiła pisemnie żądanie skierowania na komisję lekarską w dniach 9 listopada 2016 r. i z dnia 2 grudnia 2016 r.

(okoliczności niesporne)

Sąd zważył, co następuje:

Przed przystąpieniem do wyjaśnienia podstawy faktycznej i prawnej zapadłego rozstrzygnięcia rozważyć należy, czy powódka może dochodzić roszczenia opisanego w pozwie w postępowaniu cywilnym.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego ugruntowany został jednolity pogląd, według którego droga sądowa, stosownie do art. 2 § 1 i 3 k.p.c., jest dopuszczalna zawsze wtedy, gdy powód opiera swoje roszczenie procesowe na zdarzeniach prawnych, które mogą stanowić źródło stosunków cywilnoprawnych. Ocena charakteru sprawy, jako cywilnej na tle art. 1 k.p.c., podlegającej rozpoznaniu przez sąd powszechny, dotyczy przedmiotu procesu, rozumianego, jako twierdzenie powoda o istnieniu prawa podmiotowego, obejmującego żądanie oraz okoliczności faktyczne powołane, jako jego podstawa. Nie jest natomiast objęte badaniem obiektywne istnienie tego roszczenia albo stosunku prawnego pomiędzy stronami (por. uchwałę składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2006 r., III CZP 121/05, OSNC 2006, Nr 11, poz. 178; wyrok z dnia 10 marca 2004 r., IV CK 113/03, niepubl.; postanowienia: z dnia 22 kwietnia 1998 r., I CKN 1000/97, OSNC 1999, Nr 1, poz. 6; z dnia 10 marca 1999 r., II CKN 340/98, OSNC 1999, Nr 9, poz. 161; z dnia 22 sierpnia 2000 r., IV CKN 1188/00, OSNC 2001, Nr 1, poz. 20; z dnia 22 sierpnia 2007 r., III CZP 76/07, niepubl. oraz wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 lipca 2000 r., SK 12/99, OTK 2000, Nr 5, poz. 143). Analiza sprawy cywilnej powinna uwzględniać obecny porządek konstytucyjny, w szczególności art. 45 ust. 1, art. 77 ust. 2 Konstytucji, które gwarantują każdemu prawo do sądu, mające autonomiczny charakter oraz art. 177 Konstytucji, przewidujący domniemanie kompetencji sądu powszechnego we wszystkich sprawach, z wyjątkiem spraw

zastrzeżonych do właściwości innych sądów (por. uchwałę składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2003 r., III CZP 85/02, OSNC 2003, Nr 10, poz. 129). Szerokie rozumienie sprawy cywilnej i dopuszczalności drogi sądowej prowadzi do konstatacji, że w zasadzie każde roszczenie procesowe, sformułowane jako żądanie zasądzenia, ustalenia lub ukształtowania stosunku prawnego, niezależnie od merytorycznej zasadności, może być objęte drogą sądową.

Powyższe rozważania nie prowadzą jednak do wniosku, że powództwo- w formie przedstawionej przez powódkę – zasługiwało na uwzględnienie.

Stan faktyczny – w zakresie istotnym dla rozstrzygnięcia - nie był sporny. Pozwany przyznał, że powódka objęta była umową indywidualnego kontynuowanego grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu P oraz że dokonała zgłoszenia zdarzenia w postaci nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczyciel nie kwestionował przebiegu zdarzenia, przyjął odpowiedzialność co do zasady i wypłacił powódce świadczenie w wysokości 1000 zł. Rozstrzygnięcia wymagało natomiast zagadnienie, czy powódka, a jeżeli tak, to na jakiej podstawie, mogła domagać się od pozwanego, aby skierował ją na dodatkowe badania lekarskie.

Zobowiązanie przeciwnika procesowego do zachowania wskazanego w pozwie musi mieć swoje źródło w ustawie, decyzji administracyjnej, umowie, czynnie niedozwolonym.

W rozpoznawanej sprawie nie ulegało wątpliwości, że przepisy rangi ustawowej nie nakładają na pozwanego powinności podjęcia czynności określonej w pozwie. Obowiązek taki nie został też stwierdzony ostateczną decyzją administracyjną. Niesporne było również, że źródłem zobowiązania ubezpieczyciela nie mógł być czyn niedozwolony, gdyż powódka roszczenie wiązała z doznanym przez siebie nieszczęśliwym wypadkiem.

Do rozważenia pozostaje zatem, czy obowiązek zachowania określony w pozwie wynikał z łączącej strony umowy.

Stosownie do art. 805 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Jak stanowi § 2 przytoczonego przepisu, świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie: przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku; przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Głównym świadczeniem, do spełnienia którego zobowiązany jest zakład ubezpieczeń jest zapłata odszkodowania, a zatem jego świadczenie ma charakter pieniężny.

Z kolei z ogólnych warunków ubezpieczenia, których treści powódka nie kwestionowała, wynikało, że w razie nieszczęśliwego wypadku ubezpieczający, ubezpieczony i uprawniony zobowiązani są do poddania się na żądanie pozwanego obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez pozwanego. Zapis ten nakładał na powódkę obowiązek poddania się badaniu, ale tylko wtedy, gdy zażąda tego ubezpieczyciel. Decyzja pozwanego dotycząca tej materii miała charakter uznaniowy, a zatem zakład ubezpieczeń mógł przyjąć, że dla ustalenia rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania wystarczy dokumentacja medyczna przedłożona przez ubezpieczoną. W konsekwencji powódka nie może skutecznie domagać się przymuszenia pozwanego do działania, które w świetle umowy jest jego uprawnieniem, a nie obowiązkiem, a jej powództwo należało oddalić.

Nie oznacza to jednak, że powódka została pozbawiona możliwości weryfikacji prawidłowości postępowania ubezpieczyciela i ustalonego przez niego stopnia trwałego uszczerbku. Tego rodzaju zarzuty powódka winna podnieść w postępowaniu o zapłatę odszkodowania, jeżeli uważa wypłaconą sumę jest zbyt niską. Przy badaniu tak sformułowanego żądania powołany na wniosek strony biegły będzie uprawniony do wypowiedzenia się na temat doznanego przez nią uszczerbku nie tylko na podstawie dokumentacji lekarskiej, ale też po przeprowadzeniu badania. Niemniej jednak powódka musi złożyć wyraźne żądanie w tej materii, a orzekanie przez Sąd o żądaniu odmiennym

niż sformułowane w piśmie wszczynającym postępowanie oznaczałoby niedopuszczalne wyjście poza granice żądania (art. 321 § 1).

Wskazać też należy, że zmiana pozwu nie może nastąpić na etapie postępowania odwoławczego (art. 383 k.p.c.), a zatem jeżeli powódka chce, by zbadano kwestię wysokości odszkodowania, to musi złożyć kolejny pozew.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. Zasadą jest, że strona przegrywająca ma obowiązek zwrócić przeciwnikowi poniesione przez niego uzasadnione koszty procesu. W rozpoznawanej sprawie składa się na nie wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego w wysokości 900 zł.

W ocenie Sądu nie ma podstaw, by odstąpić od ogólnej reguły sformułowanej w przytoczonym wyżej przepisie i zastosować art. 102 k.p.c., który upoważnia Sąd do podjęcia decyzji o nieobciążeniu strony przegrywającej kosztami procesu, o ile jest to uzasadnione wyjątkowymi okolicznościami. Zdaniem Sądu tego rodzaju okoliczności nie wystąpiły w niniejszej sprawie. Na etapie likwidacji szkody pozwany nie tylko pouczał powódkę o możliwości dochodzenia roszczeń przed Sądem, ale też wyraźnie zaznaczył, że zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia nie nakładają na niego obowiązku kierowania ubezpieczonego na badania lekarskie. Powódka, występując z takim żądaniem, musiała się liczyć z ewentualnością przegranej. Skorzystania z regulacji przewidzianej w art. 102 k.p.c. nie uzasadnia też sytuacja materialna powódki.