

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 lipca 2019 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, I Wydział Cywilny, w składzie:

Przewodniczący: S.S.R. Bartosz Kasielski

Protokolant: stażysta Monika Wójcik - Dziębor

po rozpoznaniu w dniu 25 czerwca 2019 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa R. B.

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

o zapłatę

1. zasądza od (...) Towarzystwa Ubezpieczeń (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz R. B. kwotę 7.950 zł (siedem tysięcy dziewięćset pięćdziesiąt złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 25 listopada 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo w pozostałej części;
3. nie obciąża R. B. obowiązkiem zwrotu kosztów procesu;
4. nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi na rzecz r. pr. D. D. kwotę 4.428 zł (cztery tysiące czterysta dwadzieścia osiem złotych) tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu na rzecz R. B.;
5. nakazuje pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi od (...) Towarzystwa Ubezpieczeń (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 501,84 zł (pięćset jeden złotych 84/100) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych;
6. nie obciąża R. B. obowiązkiem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sygn. akt I C 64/18

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 25 stycznia 2018 roku R. B. wystąpił przeciwko (...) Towarzystwu Ubezpieczeń (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. o zapłatę kwoty 55.650 złotych wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 25 listopada 2015 roku do dnia zapłaty tytułem odszkodowania w związku z następstwami nieszczęśliwego wypadku z dnia 17 września 2015 roku w ramach posiadanego ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków.

(pozew k.3 – 5)

Postanowieniem z dnia 14 marca 2018 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi zwolnił R. B. od kosztów sądowych w całości.

(postanowienie z dnia 14 marca 2018 roku k.23)

W odpowiedzi na pozew z dnia 18 kwietnia 2018 roku (...) Towarzystwo Ubezpieczeń (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. wniosła o oddalenie powództwa oraz przyznanie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Nie kwestionując zasady swojej odpowiedzialności wynikającej z łączącej strony umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków pozwana zaznaczyła, że wypłacona w toku postępowania likwidacyjnego na rzecz powoda kwota odpowiadająca 1 % trwałego i częściowego inwalidztwa w zupełności odpowiada realiom zaistniałego przypadku, który z uwagi na zakres stwierdzonych obrażeń (blizna około 5 cm) ma charakter graniczny z punktu widzenia odpowiedzialności umownej ubezpieczyciela.

(odpowieź na pozew k.26 – 29)

W toku rozprawy z dnia 25 czerwca 2019 roku R. B. podtrzymał zgłoszone żądania, zaś jego pełnomocnik wniósł o przyznanie kosztów udzielonej pomocy prawnej, które nie zostały pokryte ani w całości, ani w części.

(protokół rozprawy z dnia 25 czerwca 2019 roku k.158)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny :

W dniu 17 września 2015 roku R. B. wychodząc spod prysznic poślizgnął się w wyniku czego upadł uderzając głową o kant płytek podłogowych.

Mężczyzna udał się na izbę przyjęć Wojewódzkiego (...) w Ł., gdzie po wykonanym badaniu TK głowy nie stwierdzono uchwytnych zmian patologicznych mózgowia, cech krwawienia wewnątrzczaszkowego czy zmian pourazowych kości pokrywającej czaszkę.

Z uwagi na rozległą ranę płatową w okolicach wierzchołkowo – ciemieniowej o długości około 5 centymetrów dokonano jej zrewidowania, oczyszczenia i założenia 7 szwów wraz z jałowym opatrunkiem, po czym mężczyzna został zwolniony do domu z zaleceniami codziennej zmiany opatrunków, doraźnego stosowania leków przeciwbólowych oraz kontroli w poradni chirurgicznej.

W dniu 23 września 2015 roku R. B. zgłosił się do poradni chirurgicznej, gdzie dokonano zdjęcia szwów z uwagi na zagojenie rany przez rychłozrost.

(dowód z przesłuchania R. B. k.158, karta informacyjna k.9, konsultacja chirurgiczna k.10)

W dniu 18 maja 2015 roku R. B. zawarł z (...) Towarzystwem Ubezpieczeń (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w W. umowę ubezpieczenia, w tym dodatkową umowę A. (...) (...) m.in. na wypadek trwałego inwalidztwa ubezpieczonego (NW) z sumą ubezpieczenia w wysokości 795.000 złotych na okres 20 lat tj. do 2035 roku.

Integralną część umowy ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa NW (A. (...) (...)) stanowiły ogólne warunki ubezpieczenia (dalej : OWU).

W rozumieniu art. 2 ust. 1 OWU nieszczęśliwy wypadek (NW) oznacza niezależne od woli ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym.

Stosownie zaś do art. 2 ust. 4 a i b OWU trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku obejmuje : całkowite i trwałe inwalidztwo tj. określone w Tabeli świadczeń 100 % inwalidztwo ubezpieczonego spowodowane fizycznymi obrażeniami jego ciała powstałymi w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, które uniemożliwia ubezpieczonemu podejmowanie jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywanie jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, gdzie obrażenia muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną

całkowitego i trwałego inwalidztwa ubezpieczonego oraz być stwierdzone w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i trwać przez 12 kolejnych miesięcy bez rokowania w świetle aktualnej wiedzy medycznej dalszą poprawą po zakończeniu okresu leczenia i rehabilitacji, a także częściowe i trwałe inwalidztwo tj. określone w Tabeli świadczeń uszkodzenie ciała ubezpieczonego powstałe w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny, zgodnie z warunkami umowy dodatkowej, gdzie obrażenia muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną częściowego i trwałego inwalidztwa oraz być stwierdzone w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku bez rokowania w świetle aktualnej wiedzy medycznej dalszą poprawą po zakończeniu okresu leczenia i rehabilitacji.

Wypłata świadczenia miała zostać dokonana osobiście uprawnionej pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek nastąpił w czasie obowiązywania umowy, przed rocznicą umowy następującą bezpośrednio po 65 urodzinach ubezpieczonego, a wszystkie składki należne z tytułu umowy zostały w całości opłacone. Wysokość świadczenia jest obliczana w oparciu o sumę ubezpieczenia obowiązującą w dniu nieszczęśliwego wypadku (art. 8 ust. 8 i 9 OWU).

Zgodnie z punktem 1a tabeli norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku uszkodzenia powłok czaski (bez uszkodzeń kostnych) jako : uszkodzenia powłok czaski – znaczne – powyżej 5 cm długości, uszkodzenia powłok czaski rozległe, ściągające, szpecące blizny – w zależności od rozmiaru, tkliwości blizny itp. powodują od 1 do 5 % inwalidztwa.

(wniosek o zawarcie umowy ubezpieczeniowej k.61 – 64, wniosek o zmianę warunków umowy k.65, szczegółowa umowa ubezpieczenia k.66, ogólne warunki ubezpieczenia k.102 – 104, Tabela norm oceny procentowej k.105 – 110)

W dniu 24 września 2015 roku R. B. zgłosił ubezpieczycielowi fakt wystąpienia wypadku z dnia 17 września 2015 roku wnosząc o wypłatę świadczenia w ramach zawartej umowy A. (...) (...).

(zgłoszenie k.73)

Decyzją z dnia 15 października 2015 roku (...) Towarzystwo Ubezpieczeń (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. odmówiła wypłaty jakiegokolwiek świadczenia uznając, że na skutek zdarzenia nie doszło do trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w świetle postanowień zawartej umowy.

(decyzja k.70v)

W dniu 30 października 2015 roku R. B. wniósł o ponowne rozpoznanie sprawy i wypłatę świadczenia z tytułu ubezpieczenia.

(ponowne wezwanie k.83)

Decyzją z dnia 24 listopada 2015 roku ubezpieczyciel przyznał na rzecz R. B. kwotę 7.950 złotych tytułem świadczenia wynikającego z umowy A. (...) (...) z uwagi na stwierdzony 1 % trwałego inwalidztwa na podstawie punktu 1A Tabeli norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku.

W ramach opinii orzeczniczej z dnia 23 listopada 2015 roku zleconej przez zakład ubezpieczeń specjalista z zakresu chirurgii urazowo ortopedycznej stwierdził na podstawie przeprowadzonego badania oraz dokumentacji medycznej, że zdarzenie z dnia 17 września 2015 roku pozostawiło u ubezpieczonego następstwa w postaci trwałego inwalidztwa zgodnie z przyjętą przez ubezpieczyciela definicją w postaci przebiegającej w linii łamanej trwałej, pogrubiałej, bolesnej uciskowo blizny o wymiarach 1 x 2 x 4 cm w okolicy skroniowej prawej. Według orzecznika stwierdzone upośledzenie prowadziło do uszczerbku na zdrowiu w wysokości 3 %, bez możliwości wyleczenia lub poprawy obecnego stanu zdrowia.

(decyzja k.81, konsultacja medyczna k.81v, opinia orzecznika k.86 – 87)

Z punktu widzenia chirurgii plastycznej u R. B. stwierdza się pourazową bliznę w skórze owłosionej głowy w okolicy ciemieniowej po stronie prawej o kształcie litery (...) i długości ramion 2 i 4 cm o szerokości 2 – 3 mm stanowiącą następstwo zdarzenia z dnia 17 września 2015 roku.

Blizna powstała w następstwie uszkodzenia powłok czaski jest szpecąca. Nie jest ona rozległa i ściągająca. Nie ma możliwości całkowitego usunięcia blizny, a zabiegi korekcyjne nie przyniosą żadnej poprawy jej wyglądu, ponieważ jest ona linijna (wąska).

Trwale inwalidztwo związane z istniejącymi zniekształceniami bliznowatymi skóry wynosi 2 % według punktu 1a tabeli norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa.

(opinia biegłego z zakresu chirurgii plastycznej k.118 – 119)

Z ortopedycznego punktu widzenia na skutek zdarzenia z dnia 17 września 2015 roku R. B. doznał stanu po urazie głowy z raną tłuczoną okolicy ciemieniowej, która nie skutkowała trwałym inwalidztwem w rozumieniu tabeli norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa.

(opinia biegłego z zakresu ortopedii k.132 – 134)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie całokształtu zebranego materiału dowodowego, w szczególności depozycji powoda, przedłożonej dokumentacji, w tym dotyczącej treści łączącej strony umowy ubezpieczenia, procesu leczenia oraz likwidacji szkody, jak również opinii biegłych z zakresu chirurgii plastycznej oraz ortopedii.

Złożone ekspertyzy były spójne, logiczne i wyczerpująco odpowiadały na zakreśloną tezę dowodową. Uwzględniając ich treść, doświadczenie zawodowe biegłych i wiedzę z zakresu medycyny, a także wieloletnie przygotowywanie ekspertyz na potrzeby postępowań sądowych o zbliżonej tematyce, nie ujawniły się żadne okoliczności, które deprecjonowałyby ich wartość dowodową.

Sąd nie widział przy tym potrzeby uzupełnienia którejkolwiek ze złożonych opinii. Co prawda stron pozwana kwestionowała treść ekspertyzy z zakresu chirurgii plastycznej (k.127), niemniej jednak nie wносиła o jej pisemne lub ustne doprecyzowanie, a jej uwagi sprowadzały się w głównej mierze do interpretacji postanowień umownych warunkujących możliwość przyznania na rzecz powoda jakiegokolwiek świadczenia. O ile zatem ubezpieczyciel miał prawo nie zgodzić się z konkluzjami biegłego, o tyle wobec treści przedłożonego opracowania nie ujawniła się potrzeba kontynuowania postępowania dowodowego w tym zakresie, tym bardziej, że rolą eksperta jest jedynie dostarczenie faktów istotnych z punktu widzenia rozstrzygnięcia, a nie dokonywanie wykładni norm prawnych, co pozostaje wyłączną kompetencją Sądu.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje.

Powództwo podlegało uwzględnieniu jedynie w części.

Podstawą materialno – prawną zgłoszonego roszczenia pozostawał art. 805 § 1 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt 2 k.c., a także postanowienia samej umowy ubezpieczenia łączącej strony z dnia 18 maja 2015 roku, w tym umowy dodatkowej w postaci ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa NW – A. (...) (...) wraz z ogólnymi warunkami umowy.

Analiza zgromadzonego materiału dowodowego, w szczególności zapisów umowy łączącej strony skutkowałą uznaniem zasady odpowiedzialności pozwanego zakładu ubezpieczeń. Przede wszystkim bezspornym pozostawał fakt udzielania ochrony ubezpieczeniowej powodowi w dacie wystąpienia zdarzenia z jego udziałem (umowa z dnia 18 maja 2015 roku, a wypadek z dnia 17 września 2015 roku). Okoliczności samego zdarzenia przemawiały również za przyjęciem, że stanowiło ono nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu art. 2 ust. 1 OWU (poślizgnięcie po wyjściu spod pryszniczaka zakończone urazem głowy). Wypadek miał przy tym miejsce przed ukończeniem przez R. B. 65 roku życia, a nie zostało wykazane w żadnej mierze, aby powód zalegał z uiszczeniem na rzecz ubezpieczyciela jakiegokolwiek

składki (art. 8 ust. 8 i 9 OWU). Uwzględniając również fakt, że między stronami bezsporna pozostawała suma ubezpieczenia wynikająca z umowy (795.000 złotych) oraz mechanizm określenia wysokości świadczenia polegający na pomnożeniu kwoty 7.950 złotych (795.000 złotych / 100) przez każdy stwierdzony procent trwałego inwalidztwa, ós sporu sprowadzała się tylko i wyłącznie do kwestii rozstrzygnięcia, czy następstwa nieszczęśliwego wypadku z udziałem R. B. skutkowały po jego stronie trwałym inwalidztwem w rozumieniu art. 2 ust. 4 OWU, a jeśli tak to jaki pozostawał procentowy wymiar tego inwalidztwa w świetle tabeli norm oceny procentowej.

Uwzględniając załączoną do akt sprawy dokumentacją medyczną, jak również konkluzje sformułowane przez biegłego z zakresu chirurgii plastycznej Sąd uznał, że następstwa zdarzenia z dnia 17 września 2015 roku prowadziły do trwałego inwalidztwa R. B. w rozumieniu art. 2 ust. 4 pkt b OWU.

Zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia nie pozostawiają wątpliwości, że definicja trwałego inwalidztwa odnosi się do dwóch przypadków, a mianowicie całkowitego tj. wyłączającego prowadzenie jakiejkolwiek działalności przynoszącej dochód oraz częściowego tj. prowadzącego do nieodwracalnej utraty funkcji narządu lub kończyny, przy czym w obu wariantach chodzi o następstwa, które w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie rokują dalszej poprawy po zakończeniu okresu leczenia i rehabilitacji. Odnosząc te regulacje do realiów konkretnego stanu faktycznego należało stwierdzić, że powód doznał obrażeń mieszczących się w zakresie pojęcia częściowego i trwałego inwalidztwa. Bezspornym pozostaje bowiem okoliczność, że stwierdzone urazy nie wyłączały i nie wyłączają możliwości do wykonywania działalności przynoszącej dochód. Z drugiej jednak strony pozostałe pourazowe blizny nie są możliwe do usunięcia, a zabiegi korekcyjne nie przyniosą żadnej poprawy ich wyglądu z uwagi na ich linijność. Oznacza to, że według dostępnej wiedzy medycznej (opinia eksperta z chirurgii plastycznej) stan ten jest nieodwracalny bez perspektywy na poprawę mimo dostępnych metod leczenia (zabiegi korekcyjne). Co więcej, na skutek zdarzenia z dnia 17 września 2015 roku doszło do uszkodzenia mechanicznego powłok głowy R. B. powodującego fizyczną oraz nieodwracalną utratę funkcji narządu (zgodnie z treścią art. 4 ust. 6 i 7 OWU). Tak bowiem należy postrzegać utratę funkcji estetycznej związanej z widoczną do chwili obecnej blizną w wyeksponowanej części głowy (okolice ciemieniowe po stronie prawej, zobrazowane na dokumentacji zdjęciowej k.11 i 71, ale również dostrzegalne w toku rozprawy poprzedzającej wydanie merytorycznego rozstrzygnięcia). W świetle zgromadzonego materiału dowodowego, w tym opinii z zakresu chirurgii plastycznej, należało również stwierdzić, że doznane obrażenia wyczerpują dyspozycję punktu 1a tabeli norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku. Pourazowa blizna ma bowiem kształt litery (...) o ramionach długości 2 i 4 cm, a więc łącznie 6 cm. Okoliczność ta wynika nie tylko z badania przedmiotowego przeprowadzonego przez biegłego sądowego, ale również tożsamej czynności zrealizowanej na zlecenie ubezpieczyciela przez jego orzecznika (k.86 – 87). Wbrew zatem stanowisku pozwanego przypadek ten nie jest ani wątpliwy, ani graniczny, o czym można byłoby mówić co najwyżej w sytuacji, gdyby łączna długość blizny oscylowała wokół 5 cm (np. 4,9 cm lub 5,1 cm), a próba odwoływania się do zapisów karty informacyjnej z przeprowadzonej hospitalizacji (k.9), gdzie użyto zwrotu „rozległa rana płatowa długości około 5 cm” nie znajduje większego uzasadnienia. Kwestia ta nie miała bowiem większego znaczenia z punktu widzenia lekarza udzielającego powodowi pierwszej pomocy, a wnioski biegłego sądowego i lekarza orzecznika ubezpieczyciela co do długości blizny były tożsame. Marginalnie godzi się zauważyć, że zwiększenie długości blizny pourazowej o 1 cm (ponad umowne 5 cm) mogłoby nie być znaczące w przypadku zlokalizowania jej w miejscu mało eksponowanym na co dzień (np. podudzie, czy okolice barku), czego z pewnością nie można powiedzieć o okolicy ciemieniowej głowy. Jednocześnie zapis punktu 1a tabeli norm oceny procentowej nie może być odczytywany w ten tylko sposób, że pojęcie trwałego inwalidztwa dotyczy wyłącznie skutku w postaci blizn o charakterze rozległym, ściągającym i szpecącym, skoro we wcześniejszej części tej regulacji mowa jest o znacznych (tj. powyżej 5 cm) uszkodzeniach powłok czaszki. Przyjmując za zasadne argumenty strony pozwanej, w każdym przypadku, w którym znaczne uszkodzenia powłok czaszki (a więc powyżej 5 cm) nie prowadziłyby do powstania rozległych i ściągających blizn (np. blizna o długości 10 cm) nie dochodziłoby do trwałego inwalidztwa w rozumieniu zapisów tabeli, a tym samym odmowy wypłaty świadczenia z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Taka wykładnia spornego postanowienia nie zasługuje jednak na aprobatę, gdyż pozostaje w sprzeczności z samą jego treścią. Obowiązujące brzmienie punktu 1a nakazuje przyjęcie, że z trwałym inwalidztwem mamy do czynienia zarówno w sytuacji znacznego uszkodzenia powłok czaszki tj. powyżej 5 cm, jak również uszkodzenia powłok czaszki skutkującego

rozległymi, ściągającymi i szpecącymi bliznami i to bez względu na ich rozmiar, co potwierdza dalsza część tj. zwrot „w zależności od rozmiaru, tkliwości blizn itp.”. Ewentualne wątpliwości w redakcji tego postanowienia nie mogą działać na niekorzyść ubezpieczonego. Pozwana zaś jako profesjonalny podmiot udzielający ubezpieczenia na skalę masową winna zadbać o takie sformułowanie zapisu, który nie budziłby jakichkolwiek kontrowersji na etapie jego stosowania. Nie jest przy tym rolą Sądu, aby wyręczać w tym zakresie ubezpieczyciela, jednakże użycie w tabeli norm oceny procentowej np. zwrotu „uszkodzenie powłok czaszki – znaczne tj. powodujące rozległe, ściągające i szpecące blizny o długości powyżej 5 cm” pozostawałoby bardziej adekwatne do przyjętego stanowiska procesowego niż faktycznie obowiązujący zapis.

Uwzględniając treść powyższych rozważań Sąd przyjął, że w następstwie nieszczęśliwego wypadku z dnia 17 września 2015 roku doszło do częściowego i trwałego inwalidztwa R. B. w rozumieniu art. 2 ust. 4 pkt b OWU w zw. z punktem 1a tabeli norm oceny procentowej w wymiarze 2 %, a więc wartości przyjętej przez biegłego z zakresu chirurgii plastycznej. W tym zakresie należało mieć na względzie, że przedmiotowy zapis tabeli (punkt 1a) przewiduje rozpiętość między 1 a 5 procent, co oznacza, że ekspert ocenił zakres trwałego inwalidztwa w dolnej jego granicy. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, że ostateczny rozmiar trwałego inwalidztwa został oceniony niżej niż przez lekarza orzecznika towarzystwa ubezpieczeń w toku prowadzonego postępowania likwidacyjnego. Specjalista powołany przez pozwaną nie powziął bowiem jakichkolwiek wątpliwości, co do uznania obrażeń R. B. za wyczerpujące definicję trwałego inwalidztwa, a przy tym ocenił je na 3 % (k.86 – 87). Okoliczność ta wzmacnia jedynie obiektywny wymiar ekspertyzy złożonej przez biegłego sądowego z zakresu chirurgii plastycznej, która stanowiła podstawę ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie.

Ustalenie dwuprocentowego trwałego inwalidztwa prowadzi do wniosku, że wymiar świadczenia należnego R. B. w ramach posiadanego ubezpieczenia dodatkowego A. (...) 2000+ obejmuje kwotę 15.900 złotych (795.000 złotych / 100 = 7.950 złotych, 7.950 złotych x 2 = 15.900 złotych). Pomniejszając ustaloną wartość o wypłaconą w toku postępowania likwidacyjnego kwotę 7.950 złotych na rzecz powoda należało zasądzić kwotę 7.950 złotych (15.900 złotych – 7.950 złotych). W pozostałym zakresie powództwo podlegało oddaleniu jako niezasadne.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 817 § 1 k.c. w zw. z art. 6 ust. 6 OWU, zgodnie z którego treścią towarzystwo zobowiązuje się spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Skoro wniosek o wypłatę świadczenia wpłynął do pozwanej w dniu 24 września 2015 roku (k.73) to przewidziany termin upływał w dniu 24 października 2015 roku, a z dniem następnym to jest od dnia 25 października 2015 roku ubezpieczyciel pozostawał w opóźnieniu z realizacją świadczenia. Mając jednak na względzie treść żądania pozwu oraz ustawowy zakaz orzekania ponad żądanie (art. 321 § 1 k.p.c.) należności uboczne przyznane zostały od dnia 25 listopada 2015 roku.

Wysokość odsetek została określona na podstawie art. 481 § 2 k.c. z uwzględnieniem zmiany treści przepisu, jaka nastąpiła z dniem 1 stycznia 2016 roku w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 9 października 2015 roku o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2015, poz. 1830). Tym samym w okresie do dnia 31 grudnia 2015 roku przyznano odsetki w wysokości odsetek ustawowych, zaś w okresie od dnia 1 stycznia 2016 roku w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. odstępując od obciążenia nimi powoda. Mając na względzie fakt, że R. B. wygrał proces jedynie w 14 % (7.950 złotych / 55.650 złotych), winien on przy uwzględnieniu zasady stosunkowego ponoszenia kosztów procesu (art. 100 zd. 1 in fine k.p.c.), zwrócić na rzecz strony pozwanej kwotę 2.606,62 złotych, a więc około $\frac{1}{3}$ ostatecznie przyznanego świadczenia. Nie można jednak stracić z pola widzenia sytuacji materialnej powoda (k.6 – 8 akt sprawy I Co 233/17, subiektywnego przekonania o racji swych żądań (w szczególności wysokości), jak również kompensacyjnego charakteru przyznaných świadczeń. Biorąc nadto pod uwagę status materialny strony pozwanej (jeden z największych ubezpieczycieli działających na terenie kraju) Sąd uznał, że obciążenie R. B. obowiązkiem zwrotu kosztów procesu pozostawałoby w realiach niniejszej sprawy sprzeczne z poczuciem sprawiedliwości.

Powód był reprezentowany w toku niniejszego procesu przez pełnomocnika z urzędu, którego koszty nie zostały pokryte przez nią ani w całości, ani w części. Działając w oparciu o treść § 4 ust. 1 i 3 w zw. z § 8 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz.U. 2016, poz. 1715 z późn. zm.) Sąd przyznał na rzecz radcy prawnego D. D. kwotę 4.428 złotych (3.600 złotych + VAT) tytułem wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną z urzędu na rzecz powoda.

W toku postępowania wygenerowane zostały również koszty sądowe, które tymczasowo poniósł Skarb Państwa w łącznej wysokości 3.584,57 złotych, w tym 2.783 złotych tytułem opłaty od pozwu, od której powód został zwolniony oraz 801,57 złotych tytułem wynagrodzenia biegłych (k.122 i 140). Uwzględniając treść art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych oraz zasadę ponoszenia kosztów procesu w niniejszej sprawie Sąd nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od pozwanej kwotę 501,84 złotych (3.584,57 złotych x 0,14). Jednocześnie Sąd nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych (art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 102 k.p.c.).