

Sygn. akt: I C 483/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 czerwca 2021 r.

Sąd Rejonowy w Krośnie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Krzysztof Kukła
Protokolant:	starszy sekretarz sądowy Agnieszka Woźniak

po rozpoznaniu w dniu 18 czerwca 2021 r. w Krośnie

na rozprawie

sprawy z powództwa P. N.

przeciwko (...) S.A w W.

o zapłatę kwoty 15.435 zł

I. zasądza od pozwanego (...) S.A w W. na rzecz powoda P. N. kwotę 7225 zł (siedem tysięcy dwieście dwadzieścia pięć złotych) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie płatnymi:

a) od kwoty 7000 zł (siedem tysięcy złotych) od dnia 12 grudnia 2017 do dnia zapłaty,

b) od kwoty 225 zł (dwieście dwadzieścia pięć złotych) od dnia 19 kwietnia 2018 do dnia zapłaty;

II. w pozostałym zakresie powództwo oddala;

III. zasądza od pozwanego (...) S.A w W. na rzecz powoda P. N. kwotę 1156,10 zł (jeden tysiąc sto pięćdziesiąt sześć złotych 10/100) tytułem zwrotu kosztów postępowania.

Sygn. akt I C 483/18

## UZASADNIENIE

**wyroku z dnia 18 czerwca 2021 r.**

Powód P. N. domagał się zasądzenia od strony pozwanej (...) SA z siedzibą w W. kwoty 10.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 12.12.2017 r. do dnia zapłaty, kwoty 5.435 zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 12.12.2017 r. do dnia zapłaty, na które składają się:

- kwota 475 zł tytułem kosztów dojazdów do placówek medycznych,

- kwota 960 zł tytułem uzasadnionych i niezbędnych kosztów opieki w wymiarze 4 godzin dziennie w okresie 19.05.2017 r. – 31.05.2017 r. (13 dni), a następnie przez okres od 01.06.2017 r. – 13.06.2017 r. (14 dni) w wymiarze 2 godzin dziennie, przyjmując średnią stawkę MOPS za godzinę opieki na poziomie 12 zł,

- kwota 4.000 zł tytułem utraconych przez powoda zarobków.

Powód wniósł także o zasądzenie od pozwanej na swoją rzecz kosztów procesu.

W uzasadnieniu podał, że w dniu 19 maja 2017 r. doszło do zdarzenia drogowego, w wyniku którego został poszkodowany, doznał obrażeń ciała w postaci skręcenia odcinka szyjnego kręgosłupa i odprostowania lordozy szyjnej. Po zaopatrzeniu na (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. poszkodowany kontynuował leczenie w poradni ortopedycznej, neurologicznej oraz poradni zdrowia psychicznego, przez kilka tygodni nosił kołnierz ortopedyczny, zażywał leki przeciwbólowe, przeszedł rehabilitację. Przez okres co najmniej 3 miesięcy od zdarzenia odczuwał bóle i zawroty głowy, bóle kręgosłupa i pleców. Dokuczliwy ból powodował u niego trudności z zasypianiem oraz zaburzenia snu. Do dziś powód odczuwa okresowy i powracający ból okolic szyi, który wzrasta każdorazowo podczas zmian pogody i spadku ciśnienia; przy dłuższej jeździe samochodem oraz podczas snu drętwieją mu ręce, co sprawia duży dyskomfort.

Dolegliwości, jakie posiadał powód wykluczały jego udział w wykonywaniu niektórych obowiązków domowych, a przez długi czas znacząco utrudniały codzienne funkcjonowanie. Powód korzystał z pomocy osób trzecich – głównie żony M. N. (1), która pomagała mu przy codziennych czynnościach, tj. przy gotowaniu, przy spożywaniu posiłków, poruszaniu się, czynnościach fizjologicznych, sprzątaniu zakupach. Powód poniósł także koszty leczenia, na które składają się ceny zakupu leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych oraz paliwa przeznaczonego na dojazdy do lekarzy i na rehabilitację. Powód szacuje koszt zakupu leków na kwotę 100 zł, koszt zakupu kołnierza na kwotę 25 zł oraz koszty związane z dojazdem do placówek medycznych w wysokości 350 zł. Ponieważ tego rodzaju koszty mogą nie dać się ściśle i precyzyjnie wyliczyć, zastosowanie w tym zakresie pomocniczo znajduje art. 322 kpc. Dodatkowo poszkodowany był zmuszony do rezygnacji z dodatkowej pracy zarobkowej i zaniechał podpisania gotowej już umowy zlecenia, co skutkowało utratą przez niego dochodu w wysokości 4.000 zł. Strona pozwana po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego odmówiła przyznania powodowi zgłoszonych roszczeń, co uzasadnia wniesienie pozwu w niniejszej sprawie (k. 2-7).

W odpowiedzi na pozew strona pozwana (...) SA z siedzibą w W. wniosła o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów postępowania (k. 15-17).

Strona pozwana nie kwestionując zaistnienia przesłanek odpowiedzialności ubezpieczonego zarzuciła, że konsekwentnie stoi na stanowisku, iż w wyniku zdarzenia z dnia 19.05.2017 r. powód nie doznał żadnego uszczerbku na zdrowiu. Był oczywiście uczestnikiem nieprzyjemnego zdarzenia, ale bez trwałych negatywnych skutków dla zdrowia. Zdarzenie to było prozaiczne, czego dowodem są zdjęcia samochodu powoda wykonane po wypadku. Wyraźnie widać na nich jak minimalny był zakres uszkodzeń w pojeździe powoda, który sprowadzał się wyłącznie do uszkodzeń przedniego zderzaka i reflektora. Ponadto pod wątpliwość należy podać twierdzenia powoda jakoby zapięte pasy bezpieczeństwa miały powodować gwałtowne szarpnięcie, w wyniku czego powód uderzył z dużą siłą o nagłówek.

Dodatkowo powód nie wykazał, że roszczenie w zakresie dochodzonych kosztów opieki jest zasadne, bowiem powód tej opieki nie potrzebował. Nie wykazał również, aby poniósł z tego tytułu jakieś koszty, a tylko koszty faktycznie poniesione z tego tytułu podlegają zwrotowi. Powód nie wskazał, jak wyliczył dochodzone koszty dojazdów do placówek medycznych. Również roszczenie w zakresie zwrotu kosztów leczenia jest bezzasadne. Powód nie wykazał, aby ich zakup był celowy; dodatkowo powód dochodzi kosztów prywatnego leczenia – mógł je odbyć w ramach publicznej służby zdrowia. Nie ma także żadnego dowodu (odnośnie żądania zwrotu utraconego dochodu), że powód w istocie był podpisał jakąkolwiek umowę. Niezależnie od tego pozwany zwrócił uwagę, że powód domaga się w tej mierze odszkodowania w kwocie równej wynagrodzeniu brutto, a nie jak powinien w kwocie netto, po odliczeniu kosztów i podatków.

Ostatecznie sprecyzowanym żądaniem pozwu P. N. domagał się zasądzenia od strony pozwanej (...) SA z siedzibą w W. kwoty 7.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie licznymi od dnia 12.12.2017 r. do dnia zapłaty, kwoty 1.435 zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie licznymi od dnia 12.12.2017 r. do dnia zapłaty, na które składają się koszty leczenia, dojazdów do placówek medycznych oraz kosztów opieki ze strony osób trzecich oraz wniósł o zasądzenie od pozwanej na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych (k. 147).

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

W dniu 19 maja 2017 r. w K. na skrzyżowaniu ul. (...) doszło do zdarzenia drogowego; jadący samochodem osobowym O. (...) K. P. nie zachowując należytej ostrożności w rejonie skrzyżowania wjechał na skrzyżowanie nie ustępując pierwszeństwa przejazdu jadącemu prawidłowo powodowi P. N., w następstwie czego doprowadził do zderzenia się obu pojazdów i powstania po stronie powoda obrażeń ciała. Na miejsce zdarzenia z uwagi na prośbę sprawcy nie była wzywana Policja, powód oraz sprawca kolizji spisali oświadczenie, w którym K. P. przyznał, iż to on był jej sprawcą. Po jakimś czasie powód uzyskał informacje od ubezpieczyciela, że K. P. w oświadczeniu dotyczącym okoliczności przedmiotowego zdarzenia wskazał, że P. N. miał przyczynić się do spowodowania przez niego kolizji, gdyż w jego ocenie jechał on ze zbyt dużą prędkością. Sprawę prowadziła K. w K., a następnie wniosek o ukaranie został skierowany do Sądu Rejonowego w Krośnie. K. P. wyrokiem z dnia 13 lipca 2017 r. sygn. akt II W 759/17 został uznany za winnego spowodowania wykroczenia z art. 86 § 1 kw. Sprawca zdarzenia był ubezpieczony od OC w pozwanym towarzystwie ubezpieczeń.

Po kolizji powód P. N. udał się do domu. Do wypadku doszło w piątek, przez weekend poszkodowany czuł się nie najlepiej, bolała go głowa, szyja oraz plecy; we wtorek po południu poszkodowany zaczął wymiotować, zatem w środę umówił się na wizytę do lekarza rodzinnego. Po badaniu lekarskim poszkodowany został skierowany na prześwietlenie oraz do lekarza neurologa i ortopedy. U poszkodowanego rozpoznano skręcenie szyjnego odcinka kręgosłupa. P. N. otrzymał zlecenie zakupu kołnierza ortopedycznego, zażywania leków przeciwbólowych oraz dalszej kontroli w poradniach specjalistycznych – w poradni neurologicznej powód leczyl się od 26.05.2017 r., w ortopedycznej od 1.06.2017 r. Badanie TK wykonane w dniu 08.06.2017 r. nie wykazało zmian pourazowych. Poszkodowany zażywał leki przeciwbólne dostępne bez recepty, przeciwzapalne oraz stosował maści przeciwbólne; kołnierz S. nosił przez okres około 1,5 miesiąca. W dniu 13.07.2017 r. lekarz ortopeda zalecił odstawić kołnierz i wydał skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne, które poszkodowany pobierał od 24.07.2017 r. do 04.08.2017 r. (zabiegi laserowe, magnetronic, ćwiczenia usprawniające odcinek szyjny kręgosłupa). Leczenie w poradni ortopedycznej zakończyło się w dniu 28.09.2017 r. Lekarz neurolog skierował poszkodowanego na badanie (...), które wykazało obecność zmian zwyrodnieniowych i brak zmian pourazowych. Zmiany zwyrodnieniowe nie miały związku z wypadkiem z dnia 19 maja 2017 r. Leczenie neurologiczne zakończyło się w dniu 15.03.2018 r.

Przez okres około 3 miesięcy po zdarzeniu powód odczuwał bóle i zawroty głowy, bóle kręgosłupa i pleców. Do dnia dzisiejszego P. N. odczuwa okresowy, powracający ból szyi, który pojawia się zwłaszcza przy zmianach pogody. Wówczas istnieje konieczność zażywania leków przeciwbólowych. Z powodu zaburzeń lękowych powód skorzystał czterokrotnie z pomocy psychologa. Poszkodowany odczuwał strach przed jazdą samochodem, zarówno jako kierowca oraz pasażer, obawiał się kolejnego wypadku.

Przed wypadkiem powód nie odczuwał żadnych dolegliwości, zwłaszcza ze strony kręgosłupa, nie przyjmował leków przeciwbólowych, nie leczyl się na choroby przewlekłe. W chwili wypadku P. N. miał 40 lat, pracował zawodowo, był aktywny – uprawiał sport, lubił chodzić na siłownię, w lecie jeździł na rowerze. Jego dodatkową pasją była praca w ogrodzie. Z powodu odczuwanych dolegliwości bólowych był zmuszony zaprzestać w/w aktywności. W czasie, gdy doszło do wypadku P. N. miał zaplanowany urlop, z którego musiał zrezygnować. Na zwolnieniu lekarskim przebywał około 2 tygodni. Po wypadku obowiązki powoda związane z koszeniem trawy czy podlewaniem roślin przez okres około 2 miesięcy przejęła jego żona M. N. (1) oraz szwagier P. K.. W pierwszych dwóch tygodniach po wypadku M. N. (1) pomagała mężowi w ubieraniu się – zwłaszcza przy zakładaniu marynarki.

Powód do placówek medycznych, gdzie był leczony i rehabilitowany był dowożony przez żonę oraz szwagra. Czasem P. N. jeździł również samodzielnie samochodem zastępczym (R. (...), spalanie 6/7 l na 100 km), potem jeździł swoim samochodem O. (...) (diesel, pojemność 1,9, podobne spalanie). Żona woziła poszkodowanego swoim samochodem O. (...), (benzyna, pojemność 1,6, spalanie 7-8 litrów). Do przychodni i szpitala w K. z miejsca zamieszkania powoda jest około 5-6 kilometrów. Poszkodowany nie płacił szwagrowi za podwożenie do przychodni i szpitala.

Biegły ortopeda wskazał, że istnieje ścisły związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy urazem a odczuwanymi przez powoda dolegliwościami. Przed urazem poszkodowany nie miał dolegliwości o takim charakterze i nie był leczony z powodu schorzeń kręgosłupa szyjnego, nie zażywał też leków. Zgłaszane przez powoda dolegliwości bólowe kręgosłupa szyjnego są w dużej mierze związane ze zmianami zwyrodnieniowymi i nie mają bezpośredniego związku z urazem. Przebyty uraz tylko niejako uaktywnił zmiany chorobowe w kręgosłupie, które występowały już przed urazem.

Niedogodności z życia codziennym po urazie polegały na odczuwanym dyskomforcie związanym z bólem kręgosłupa, który w stopniu znacznie większym mógł występować do około 3 – 4 tygodni od urazu. Ból stopniowo zmniejszał się i po tym okresie miał z pewnością mniejsze nasilenie. Leczenie powoda zostało zakończone ze stosunkowo dobrym efektem czynnościowym. Rokowania na przyszłość są dobre, wskazana jest jedynie okresowa rehabilitacja. Powód może wykonywać wszystkie czynności dnia codziennego oraz pracować zawodowo. Poszkodowany po przebytych urazach nie wymagał i nadal nie wymaga opieki osób trzecich. Po urazie był osobą w pełni samodzielną ruchowo, mógł samodzielnie zaspokajać swoje podstawowe potrzeby życiowe. Biegły stwierdził brak zaburzeń czynnościowych związanych z uszkodzeniem kręgosłupa w odcinku szyjnym, opisywanych w pkt 89 tabeli (uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym a) ograniczenie ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni), które mogłyby być zakwalifikowane jako długotrwały lub trwały uszczerbek na zdrowiu.

Biegła neurolog stwierdziła u powoda przewlekły pourazowy zespół bólowy kręgosłupa szyjnego – 94a – 5% (zakres skali 5-20%) na podstawie tabeli zawartej w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18.12.2002 r. Mimo istnienia zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa szyjnego powód przed wypadkiem nie wymagał leczenia z tego powodu, a po urazie leczenie było prowadzone przez okres prawie 10 miesięcy. Biegła również wskazała na związek przyczynowo skutkowy pomiędzy wypadkiem z dnia 19.05.2017 r. a urazami, które wystąpiły u powoda po przedmiotowym zdarzeniu.

Biegła psycholog wskazała, że wypadek był dla powoda doświadczeniem stresogennym. Odczuwane dolegliwości bólowe wyzwały niepokój o stan zdrowia fizycznego, obawiał się negatywnych zmian i utrudnień w fizycznym funkcjonowaniu. W jego konsekwencji u powoda nie wystąpiły jednak zaburzenia emocjonalne (depresyjne, lękowe), nie doświadczył znaczących wahań nastroju, które ograniczałyby lub zakłócały istotnie codzienne funkcjonowanie. Nie ujawniał także zaburzeń społecznych pod postacią wycofania czy unikania kontaktów z innymi ludźmi. Podjął kontakt z psychologiem, ale miał on charakter wyłącznie wsparcia sytuacyjnego, doraźnego, a nie planowej, opartej na kontakcie, długoterminowej psychoterapii. Analizując funkcjonowanie powoda, prowadzony przez niego styl życia biegła psycholog wskazała, że brak jest wskaźników świadczących o przeżytej traumie, obecności silnego stresu pourazowego, albowiem stany te istotnie zakłócają aktywność i sposób wypełniania życiowych zadań. U powoda takie zakłócenia w funkcjonowaniu nie wystąpiły. Aktualnie powód nie ujawnia symptomów zaburzeń emocjonalnych – funkcjonuje w sposób stabilny, prawidłowo wypełnia codzienne obowiązki. Nie ujawnia negatywnych w sferze psychicznej, społecznej i emocjonalnej następstw przedmiotowego zdarzenia.

W dniu 07.07.2017 r. A. G. właściciel(...) A. G. wystawił zaświadczenie o utraconym wynagrodzeniu pracownika z tytułu niezrealizowanej umowy zlecenia. Zaświadczył, że z powodów zdrowotnych i odniesionych obrażeń w wypadku samochodowym, który miał miejsce 19.05.2017 r. P. N. nie podpisał umowy zlecenia z jego firmą, w wyniku czego utracił wynagrodzenie w wysokości 4.000 zł brutto. Dwa razy do roku powód zawierał umowy zlecenie pozwalające mu zarobienie dodatkowych pieniędzy. W w/w firmie powód wcześniej nie pracował. Zlecenie nie zostało przez poszkodowanego przyjęte z powodu nagromadzenia się obowiązków w podstawowym miejscu pracy.

Szkoda została zgłoszona ubezpieczycielowi w dniu 02.11.2017 r., zarejestrowana pod numerem PL (...). Strona pozwana przeprowadziła postępowanie likwidacyjne uznając swoją odpowiedzialność co do zasady, natomiast decyzją z dnia 12.12.2017 r. powodowi odmówiono przyznania zgłoszonych przez niego roszczeń.

/ dowód: zeznań świadka M. N. (1) – k. 34/2-35, zeznania świadka P. K. – k. 34/2-35, akta szkodowe pozwanego nr PL (...) zawartych na płycie CD, zaświadczenie z 07.07.2017 r. o utraconym wynagrodzeniu, opinia biegłej psycholog M. N. (2) – k. 46-49, opinia biegłego ortopedy W. T. – k. 60-67, opinia biegłego neurologa H. S. – k. 110-111, 128, zeznania powoda P. N. – k. 36-38, oświadczenie sprawcy kolizji drogowej z 19.05.2017 r. – k. 41, wyrok nakazowy SR w Krośnie z dnia 13.07.2017 r. (sygn. akt II W 759/17, dokumentacja medyczna – k. 57/.

Dowody z dokumentów zawarte w aktach sprawy, w tym w aktach szkodowych, nie budzą wątpliwości Sądu co do ich wiarygodności i rzetelności. Nie były też kwestionowane przez strony.

Za wiarygodne Sąd uznał zeznania powoda P. N., świadka M. N. (1) oraz S. K., bowiem są logiczne, spójne i pokrywają się ze sobą oraz z dowodami z dokumentów.

Sąd dał wiarę sporządzonym w sprawie opiniom psychologa M. N. (2), neurologa H. S. oraz ortopedy W. T., gdyż są one kompetentne, jasne i rzetelne. Opinie zostały wydane przez właściwych specjalistów i odpowiadają na wszystkie postawione pytania, zawierają wyczerpującą argumentację wniosków wysnutych przez biegłych. Ostatecznie wnioski wypływające z obu opinii nie zostały zakwestionowane przez strony, żadna ze stron nie wnioskowała o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych.

#### **Sąd zważył, co następuje:**

W ostatecznie sprecyzowanym żądaniu pozwu powód P. N. wystąpił przeciwko stronie pozwanej – (...) S.A. z siedzibą w W. z pozwem o zapłatę zadośćuczynienia za krzywdę w wysokości 7.000 zł, odszkodowania w wysokości 1.435 zł, na które składają się koszty leczenia, dojazdów do placówek medycznych oraz kosztów opieki ze strony osób trzecich. W/w roszczenia mają związek z wypadkiem, do którego doszło w dniu 19 maja 2017 r.

Tytułem wstępu należy zaznaczyć, że materialnoprawna podstawa odpowiedzialności pozwanego towarzystwa ubezpieczeń wynika z art. 822 kc. oraz art. 9 i 19 ust.1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych (Dz. U. 2018 rok poz.473, 2448, 2019 rok. poz. 125 – tekst jednolity z późn. zm.). Zgodnie z ich treścią przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w czasie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia. Natomiast uprawniony do odszkodowania może dochodzić roszczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń.

Legitymacja bierna pozwanego w sprawie nie budzi wątpliwości, albowiem sprawca wypadku był ubezpieczony od następstw odpowiedzialności cywilnej u strony pozwanej. Powód zgłosił swoje roszczenia stronie pozwanej, która po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego, nie kwestionując swojej co do zasady swojej odpowiedzialności, odmówiła zapłaty dochodzonego zadośćuczynienia. W jej ocenie powód w wyniku przedmiotowego zdarzenia nie mógł doznać ani trwałego ani długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, a co za tym idzie nie wystąpiły u niego żadne obrażenia ciała, które pozwoliłyby na przyznanie mu dochodzonych obecnie roszczeń. Jednakże zarówno z opinii biegłego ortopedy, jak i z opinii biegłego neurologa bezsprzecznie wynika, że istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy urazem, który był następstwem zdarzenia z dnia 19.05.2017 r., a odczuwanymi przez powoda dolegliwościami.

W myśl przepisów kodeksu cywilnego zadośćuczynienie pieniężne sąd może przyznać poszkodowanemu, między innymi w razie doznania przez niego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (art. 445 §1 w zw. z art. 444 §1 kc.). Zadośćuczynienie obejmuje doznaną krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne i psychiczne, ma charakter całościowy i stanowi złagodzenie cierpienia powoda, będąc pieniężną rekompensatą za doznaną przez niego krzywdę, mając przy tym charakter jednorazowy. Co do wysokości zadośćuczynienia orzecznictwo Sądu Najwyższego w tym

przedmiocie jest bogate, a linię jego należy uznać za ugruntowaną. Jako wskaźniki jego wysokości przyjmuje się w doktrynie stopień cierpienia fizycznych, bolesność zabiegów, trwałość skutków czynu niedozwolonego, prognozy na przyszłość, wiek poszkodowanego, wreszcie utratę możliwości uprawiania sportów, wykonywania niektórych zawodów, doksztalcenia, chodzenia na wycieczki i korzystania z innych rozrywek kulturalnych.

Przyznanie zadośćuczynienia i jego wysokość należą do wyłącznego uznania sądu. Pojęcie „odpowiedniej” sumy użyte w art. 445 §1 k.c. w istocie ma charakter niedookreślony. Zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Jednocześnie wysokość ta nie może być nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy poszkodowanego – utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (tak: SN w wyroku z 26.02. (...). 4 CR 902/61 OSN (...) nr 5 poz.107; SN w wyroku z 24.06.1965 r., I PR 203/65, OSP i KA 1966 poz. 92; wyrok SN z 22.03.1978 r.; IV CR 79/78 – niepublikowane; wyrok SN z 22.04.1985 r., sygn. II CR 94/84 – niepublikowane; wyrok SN z 30.01.2004 r., I CK 131/03 – niepublikowane).

W rozpoznawanej sprawie, po analizie całokształtu materiału dowodowego Sąd uznał, że za doznaną przez powoda krzywdę, odpowiednią sumą zadośćuczynienia będzie kwota 7.000 zł, czyli cała kwota dochodzona pozwem. W ocenie Sądu suma ta jest adekwatna do globalnie doznanej przez poszkodowanego krzywdy, na którą składa się splot wielu różnych okoliczności. Zatem w pkt I wyroku Sąd zasądził na rzecz P. N. z tego tytułu kwotę 7.000 zł.

Powód ucierpiał w wyniku wypadku z dnia 19 maja 2017 r. i ta okoliczność w ocenie Sądu nie budzi żadnych wątpliwości. Z opinii biegłego neurologa i ortopedy wynika bezspornie, że P. N. doznał urazu kręgosłupa w części szyjnej, którego negatywne skutki odczuwa do dnia dzisiejszego. Łącznie u poszkodowanego biegły neurolog stwierdził 5 % - owo długotrwały uszczerbek na zdrowiu. Należy zaznaczyć, że określenie czy w wyniku urazu poszkodowany doznał uszczerbku na zdrowiu, czy ma on charakter trwały czy długotrwały, w sprawach dotyczących zadośćuczynienia ma charakter pomocniczy. Nie budzi żadnych wątpliwości okoliczność, że osobie poszkodowanej należy się zadośćuczynienie, gdy doznała cierpienia czy to o charakterze psychicznym czy fizycznym niezależnie od tego, czy taki uszczerbek w jej zdrowiu wystąpił. Nie mniej jednak Sąd uzyskuje po ustaleniu czy taki uszczerbek w zdrowiu poszkodowanego wystąpił pełniejszy obraz sytuacji zdrowotnej poszkodowanego, następstw zdarzenia ubezpieczeniowego, ich długotrwałości, a co za tym idzie rozmiaru doznanej krzywdy i fizycznej i psychicznej.

Należy więc stwierdzić, że u powoda wystąpiła krzywda związana z odczuwanymi, fizycznymi dolegliwościami oraz samopoczuciem psychicznym przy przyjęciu, że roszczenie zdefiniowane w art. 445 § 1 k.c. obejmuje wszelkiego rodzaju skutki negatywnych zmian, uważanych w potocznym znaczeniu za „krzywdę”, jakiej doświadczają osoby, u której delikt spowodował uszkodzenie ciała, czy to w postaci krzywdy odczuwanej na skutek utraty sprawności ciała, odczuwania fizycznego bólu i współistniejących stanów poczucia bezradności, uciążliwości wywołanej koniecznością poświęcania na czynności życiowe większej uwagi i wysiłku.

Po wypadku powód zmuszony był podjąć leczenie w poradni chirurgicznej, korzystał z pomocy lekarza neurologa, przez okres około 1,5 miesiąca nosił kołnier ortopedyczny, zażywał mocne leki przeciwbólowe, przeszedł rehabilitację, 4 – krotnie był na wizytach u psychologa. Do dnia dzisiejszego poszkodowany odczuwa okresowo negatywne skutki wypadku. Wypadek spowolnił w znaczny sposób aktywność życiową powoda, który w pełni nie mógł uczestniczyć w życiu rodzinnym, był zmuszony zrezygnować z uprawiania sportu czy z pracy w ogrodzie.

Następnie, zgodnie z treścią 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. Komentowany przepis określa zakres i sposób naprawienia szkody w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, pozostawiając bez zmian przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej. Obowiązek kompensaty kosztów obejmuje wszelkie koszty wywołane uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, a więc wszystkie niezbędne i celowe wydatki, bez względu na to, czy podjęte działania przyniosły poprawę zdrowia (por. wyrok SN z dnia 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, Mon. Praw. 2008, nr 3, s. 116). W

szczególności będą to koszty leczenia, a więc wydatki związane z postawieniem diagnozy, terapią i rehabilitacją poszkodowanego. Ich zakres nie może ograniczać się do wydatków kompensowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, lecz powinien obejmować koszty działań, podjętych z uzasadnionym – zważywszy na aktualny stan wiedzy medycznej – przekonaniem o spodziewanej poprawie stanu zdrowia poszkodowanego (por. wyrok SN z dnia 12 grudnia 2002 r., II CKN 1018/00, LEX nr 75352).

Powód w oparciu o powołany przepis wniósł o zasądzenie na jego rzecz odszkodowania za zwrot kosztów dojazdów do placówek medycznych – 350 zł, kosztów zakupu leków – 100 zł, kosztu sprawowania opieki przez osoby trzecie – 960 zł oraz kołnierza ortopedycznego – 25 zł (z dochodzenia zwrotu kosztów utraconego zarobku powód ostatecznie się wycofał). Nie budzi wątpliwości, że powód kołnierz ortopedyczny nosił oraz zażywał leki przeciwbólowe; noszenie kołnierza ortopedycznego przy rodzaju urazu, którego doznał powód jest zaleceniem typowym. Te okoliczności zostały także potwierdzone przez zeznania świadków M. N. (1) oraz P. K.. M. N. (1) wskazała, że powód w początkowym okresie zażywał po 2 – 3 tabletki dziennie, kupował również maść przeciwbólową za kwotę około 20 – 25 zł. Zatem mimo, iż powód nie przedstawił dowodu zakupu kołnierza oraz zakupu leków Sąd przyznał mu odszkodowanie w dochodzonej wysokości: 100 zł za zakupione lekarstwa i maści oraz 25 zł za kołnierz ortopedyczny.

Sąd w oparciu o przepis art. 322 kpc przyznał także powodowi kwotę 100 zł za poniesione koszty dojazdów do placówek medycznych. Przepis art. 322 kpc. stanowi, że jeżeli w sprawie m.in. o naprawienie szkody sąd uzna, że ściśle udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe, nader utrudnione lub oczywiście niecelowe, może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swojej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy. Nie budzi wątpliwości, że przejazdy takie były przez P. N. wykonywane – powód jeździł do lekarza rodzinnego, lekarza neurologa (4 dojazdy po 12 km), ortopedy (3 dojazdy po 12 km), psychologa (4 dojazdy po 12 km), na zabiegi rehabilitacyjne (10 dojazdów po 12 km), na zlecone badania (w dniu 08.06.2017 r. TK głowy – 12 km, 22.02.2018 r. MR kręgosłupa - 12 km, 25.05.2017 r. RTG kręgosłupa – 8 km). Zatem wyjazdów do lekarzy, placówek medycznych, rehabilitację było wykonanych kilkadziesiąt, po kilka – kilkanaście kilometrów każdy. Powód w celu dojazdów do placówek medycznych przejechał (w zakresie jakim udało się Sądowi ustalić) około 236 km. Również z uwagi na okoliczność, że powód korzystał z trzech różnych samochodów, o różnym spalaniu Sąd uznał, że w okolicznościach sprawy zasadnym będzie przyznanie mu w tym zakresie odszkodowania w oparciu o przepis art. 322 kpc. Kwota 100 zł wydaje się być kwotą odpowiednią, biorąc pod uwagę zeznania świadków i powoda dotyczące ilości wyjazdów i pokonanych kilometrów .

Powództwo odnośnie kosztów opieki, tj. kwoty 960 zł zostało w całości oddalone (pkt II wyroku). Z opinii biegłego ortopedy i opinii biegłej neurolog wynika, że powód takiej opieki nie wymagał, był po wypadku praktycznie w pełni samodzielny, mógł sobie radzić ze wszystkimi czynnościami dnia codziennego. Dyskomfort przy ich wykonywaniu mógł być jedynie powodowany przez doznawany ból, jednak nie uniemożliwiał on podejmowania w/w działań.

Łącznie zatem na rzecz powoda została zasądzona kwota 7.225 zł z odsetkami za opóźnienie płatnymi od kwoty 7.000 zł od dnia 12 grudnia 2017 r. do dnia zapłaty, od kwoty 225 zł od dnia 19.04.2018 r. do dnia zapłaty.

Powód domagał się zasądzenia odsetek od kwoty dochodzonego zadośćuczynienia oraz odszkodowania od dnia 12 grudnia 2017 r. Żądanie w zakresie zadośćuczynienia (kwoty 20.000 zł) zostało zarejestrowane przez ubezpieczyciela w jego systemie w dniu 06.11.2017 r.

Zgodnie z treścią art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. 2018 rok poz.473, 2448, 2019 rok. poz. 125 – tekst jednolity z późn. zm.) zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. W przypadku gdyby wyjaśnienie w tym terminie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14-u 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 (...) albo wysokości odszkodowania zależy od toczącego się postępowania karnego lub cywilnego (ust. 2 art. 14 ustawy).

Sąd zatem zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie od kwoty zadośćuczynienia zgodnie z żądaniem pozwu, tj. po upływie 30 dni od dnia zgłoszenia w tym zakresie szkody. Jak już wyżej wspomiano, żądanie przyznania zadośćuczynienia zostało zarejestrowane przez ubezpieczyciela w dniu 06.11.2017 r., licząc 30 dniowy termin powód mógł się domagać odsetek najwcześniej od dnia 07.12.2017 r. Zatem żądanie zasądzenia odsetek od dnia 12.12.2017 r. jest w pełni uzasadnione.

Natomiast odnośnie przyznanego przez Sąd odszkodowania, żądanie jego zapłaty zostało zgłoszone dopiero w pozwie, powód nie występował z takim roszczeniem w postępowaniu likwidacyjnym. Zatem nie było podstaw do zasądzenia odsetek od daty 12.12.2017 r. Odpis pozwu został doręczony stronie pozwanej w dniu 19.03.2018r., zatem odsetki zostały zasądzone po upływie 30 – dniowego terminu, zatem z dniem 19.04.2018 r. W pozostałym zakresie powództwo podlegało oddaleniu (pkt II wyroku).

Stanowisko Sądu potwierdzają wyroki Sądu Najwyższego - z dnia 18 lutego 2010 roku - II CSK 434/09 - Lex nr 602683 oraz z 16.12.2011 roku - V CSK 38/11 - Lex nr 1129170. Zgodnie z nimi w razie wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym odsetki należą się poszkodowanemu już od chwili zgłoszenia przez niego roszczenia o zapłatę odszkodowania. Zgodnie z art. 455 k.c., w tej chwili staje się wymagalny obowiązek sprawcy szkody do spełnienia świadczenia. Zarówno odszkodowanie jak i zadośćuczynienie stają się wymagalne po wezwaniu ubezpieczyciela przez poszkodowanego do spełnienia świadczenia odszkodowawczego i od tej chwili biegnie termin odsetek za opóźnienie (art. 481 § 1 k.c.).

O kosztach postępowania Sąd orzekł w myśl art. 100 kpc. Powód utrzymał się ze swoim żądaniem w 47%, pozwany zatem wygrał proces w 53%.

Kosztami poniesionymi przez powoda są opłata od pozwu w wysokości 772 zł, wynagrodzenie pełnomocnika wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa w wysokości 3.617 zł oraz pokryte koszty opinii biegłych w wysokości 2.130,36 zł, łącznie 6.519,36 zł. Koszty strony pozwanej to kwota 3.600 zł (koszty zastępstwa procesowego).

Powód powinien pokryć koszty w kwocie 3.064,10 zł (47% x 6.519,36 zł), pozwany w kwocie 1.908 zł. (53 % x 3.600 zł). Zatem powodowi od pozwanego należy się zwrot kosztów postępowania w wysokości 1.156,10 zł (3.064,10 zł – 1.908 zł).

Sędzia: