

Sygn. akt II Ca 524/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 listopada 2016 roku

Sąd Okręgowy w Szczecinie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Zbigniew Ciechanowicz (spr.)
Sędziowie:	SO Sławomir Krajewski SR del. Agnieszka Trytek - Błaszak
Protokolant:	sekr. sąd. Magdalena Gregorczyk

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 4 listopada 2016 roku w S.

sprawy z powództwa **M. Z.**

przeciwko (...) **Spółce Akcyjnej w W.**

o zapłatę

na skutek apelacji powoda od wyroku Sądu Rejonowego Szczecin - Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie z dnia 22 grudnia 2015 roku, sygn. akt III C 226/14

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi Rejonowemu Szczecin - Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania odwoławczego.**

SSO Sławomir Krajewski SSO Zbigniew Ciechanowicz SSR del. Agnieszka Trytek- Błaszak

### **Uzasadnienie wyroku z dnia 4 listopada 2016 r.:**

Wyrokiem z dnia 22 grudnia 2015 r. Sąd Rejonowy Szczecin - Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie po rozpoznaniu sprawy z powództwa M. Z. przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W. o zapłatę (sygn. akt III C 226/14):

I. powództwo oddalił;

II. nakazał pobrać od powoda na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego Szczecin i Zachód w S. kwotę 1079,63 zł;

III. zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 617 zł tytułem kosztów procesu.

**Sąd Rejonowy oparł powyższe rozstrzygnięcie na następującym stanie faktycznym i rozważaniach:**

W dniu 24 stycznia 2013 r. powód będąc zatrudniony w (...) SA podczas wykonywania obowiązków zawodowych w Elektrowni (...) polegających na naprawie rynny zsykowej uległ poparzeniu.

Powód w związku z wypadkiem został przyjęty do Kliniki (...) w S. w dniu 24 stycznia 2013 r., gdzie przebywał do dnia 28 stycznia 2013 r. Został wypisany do domu w stanie dobrym z rozpoznaniem oparzenia termicznego skóry przedramienia prawego i grzbietu ręki prawej II stopnia, punktowego oparzenia termicznego skóry szyi po prawej stronie i małżowiny usznej prawej.

Lekarz orzecznik ZUS w dniu 7 czerwca 2013 r. stwierdził, iż w związku z wypadkiem w dniu 24 stycznia 2013 r. powód doznał 8% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

Powód i pozwany zawarli umowa ubezpieczenia na życie nr (...).

Pozwany w związku z wypadkiem wypłacił powodowi w dniu 16 maja 2013r. kwotę 660 zł za leczenie szpitalne oraz kwotę 297 zł za świadczenia apteczne.

W dniu 17 maja 2013r. pozwany przyznał powodowi świadczenie w wysokości 1730,77 zł w związku z trwałym uszczerbkiem zgłoszonym przez powoda związanym ze zdarzeniem mającym miejsce w dniu 24 stycznia 2013r., które to świadczenie zostało wyliczone przy przyjęciu trwałego uszczerbku w wysokości 3,5% oraz kwocie 494,50 zł za każdy procent uszczerbku, wyliczonej jako 4,05% sumy ubezpieczenia stanowiącej 12 210 zł.

W dniu 30 sierpnia 2013 r. pozwany wypłacił powodowi kolejne 660 zł za leczenie szpitalne związane z wypadkiem przy pracy.

Zgodnie § 1 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenie trwały uszczerbek na zdrowiu oznacza trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu, układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Zgodnie zaś z §4 owu zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności (...) na (...) S.A., jak z kolei stanowił §5 owu pozwany był zobowiązany do wypłaty świadczenia w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości określonej we wniosku o zwarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Biegli G. W. (1) oraz M. P. z Katedry Medycyny Sądowej w swojej opinii z dnia 1 czerwca 2014r. stwierdzili, iż w wyniku wypadku zaistniałego w dniu 24 stycznia 2013 r. doszło u powoda do 8% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał powództwo za niezasadne w świetle przepisów art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. oraz art. 829 § 1 pkt 2 k.c.

Jak zaznaczył Sąd I instancji, do akt sprawy nie została złożona umowa ubezpieczenia na życie nr (...). Wprawdzie pozwany przyznał, iż zawarł z powodem taką umowę, jednakże przyznanie to stanowiło o braku sporu co do kwestii zawarcia umowy, natomiast nie mogło stanowić podstawy do poczynienia ustaleń odnośnie treści samej umowy. Celem ustalenia obowiązków pozwanego w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku należało odnieść się do postanowienia zawartego §5 OWU, zgodnie z którym pozwany był zobowiązany do wypłaty świadczenia w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości określonej we wniosku o zwarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Z pisma pozwanego z dnia 17 maja 2013 r. załączonego do pozwu, wynikało, iż kwota świadczenia w przypadku powoda za każdy % trwałego uszczerbku na zdrowiu wynosiła 494,50 zł. Pozwany kwestionując zasadność powództwa podnosił, iż załączone przez powoda orzeczenie lekarza orzecznika ZUS ustalające 8 % uszczerbek na zdrowiu spowodowany wypadkiem przy pracy dotyczy długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, a zatem uszczerbku, który nie był objęty ochroną ubezpieczeniową przez pozwanego.

Sąd zauważył, że działający na zlecenie sądu biegli G. W. (1) oraz M. P. w swojej opinii potwierdzili orzeczenie lekarza orzecznika ZUS i stwierdzili, iż w wyniku wypadku zaistniałego w dniu 24 stycznia 2013 r. doszło u powoda do 8 % długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, a opinia biegłych była sporządzona prawidłowo, zaś wnioski w niej zawarte nie były kwestionowane przez żadną ze stron.

Dokonując analizy określenia długotrwały uszczerbek zawartego w orzeczeniu lekarza orzecznika ZUS oraz biegłych sądowych Sąd I instancji odniósł się do ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, która w art. 11 ust. 1 stanowi, iż ubezpieczonemu, który wskutek wypadku przy pracy lub choroby zawodowej doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, przysługuje jednorazowe odszkodowanie, przy czym w ust. 2 przywołanego artykułu wskazano, że za stały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy, natomiast ustęp 3 zawiera definicję długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, za który uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie. Tak więc 8 % długotrwały uszczerbek na zdrowiu powoda przyjęty w orzeczeniu lekarza orzecznika ZUS, potwierdzony opinią biegłych sądowych oznaczał uszczerbek mogący ulec poprawie, natomiast jak wynikało z §1 OWU, określenie trwały uszczerbek na zdrowiu oznaczało trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu, układu. Z kolei zgodnie z § 5 OWU wypłata świadczenia przez pozwanego następowała w przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

W tej sytuacji Sąd I instancji uznał, iż brak było podstaw do uwzględniania żądań powoda, w związku z czym powództwo podlegało oddaleniu.

O nieuiszczonych kosztach sądowych orzeczono na podstawie art. 83 ust. 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. 2005 Nr 167 poz. 1398), zaś o kosztach procesu na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł powód zarzucając zaskarżonemu orzeczeniu naruszenie:

- a) art. 286 k.p.c. poprzez jego błędną wykładnię, polegającą na zaniechaniu zobowiązania biegłych do wydania opinii uzupełniającej w sytuacji, gdy istniała taka konieczność wobec niewyjaśnienia przez biegłych istoty sprawy i nieudzielenia odpowiedzi na zadane przez Sąd pytanie (odmienność tezy dowodowej w stosunku do wniosków opinii);
- b) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie przez Sąd w miejsce swobodnej oceny dowodów, dowolnej ich oceny, polegającej na oparciu rozstrzygnięcia o wadliwą opinię biegłych tj. niewskazującą ewentualnych różnic pomiędzy terminami „trwały” i „długotrwały” uszczerbek na zdrowiu, pomimo zakreślonej tezy dowodowej w tym zakresie, wskazującej na konieczność ustalenia trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz pomimo wskazania w uzasadnieniu wyroku, iż właśnie na tym Sąd oparł swoje rozstrzygnięcie;
- c) art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. poprzez poczynienie przez Sąd ustaleń w oderwaniu od treści złożonej opinii, w której nie stwierdzono, iż nie zachodzi trwały uszczerbek na zdrowiu (teza dowodowa dotycząca opinii) a jedynie, że zachodzi długotrwały uszczerbek na zdrowiu - stwierdzenie poza tezę do wodą.

Wskazując na powyższe zarzutu apelujący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku oraz orzeczenie zgodnie z żądaniem pozwu, nadto zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kosztów postępowania za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Jednocześnie wniósł o przeprowadzenie dowodu z opinii uzupełniającej biegłego z zakresu medycyny pracy.

W uzasadnieniu apelacji powód podniósł, że zarówno w pozwie, jak i w toku postępowania wniósł o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego, na okoliczność ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz skutków wypadku przy pracy jakiemu uległ. Sąd postanowieniem z dnia 29 lipca 2014 r. dopuścił przedmiotowy dowód, przyznając tym samym, iż do rozstrzygnięcia sprawy wymagane są wiadomości specjalne. Zgodnie z treścią opinii, biegły był prawidłowo zawiadomiony o treści tezy dowodowej, a zatem o okolicznościach, które stanowiły przedmiot jego

badania i których miały dotyczyć wnioski opinii. Zwrócił uwagę, że sporządzona przez biegłego opinia, być może na skutek omyłki pisarskiej lub przeoczenia przez biegłego zakresu tezy dowodowej, potwierdza jedynie wysokość długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, jakiemu uległ powód, co w ujęciu wartości procentowej jest dla powoda korzystne, ale nie stanowi odpowiedzi na określoną przez Sąd tezę dowodową, lecz powiela jedynie w pełnym zakresie stanowisko oraz uzasadnienie wyrażone przez lekarza - orzecznika ZUS. Skoro bowiem podstawą merytoryczną niniejszego sporu było i w dalszym ciągu jest ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda, to nie sposób uznać za należycie przeprowadzone postępowanie dowodowe w tym zakresie takie, które finalnie doprowadziło do wydania wyroku opartego na opinii biegłego, która nie odnosi się w swojej treści do istoty sprawy. Biegli zgodnie stwierdzili, że u powoda doszło do 8% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, całkowicie pomijając kwestię stopnia trwałego uszczerbku.

W tym miejscu apelujący zaznaczył, że nie można automatycznie uznać, że skoro biegli nie udzielili odpowiedzi na powyższe pytanie, to oznacza to, że owo milczenie należy traktować jako odpowiedź negatywną tzn. iż w stosunku do powoda nie można stwierdzić występowania trwałego uszczerbku na zdrowiu. Wszak sama pozwana co do 3,5% uznała roszczenie powoda za zasadne, wypłacając mu należne świadczenie. Na konieczność rozpatrywania obu terminów osobno wskazywał zresztą pozwany, a następnie Sąd, uznając argumentację pozwanej za zasadną. Zdaniem apelującego, skoro Sąd oparł swoje rozstrzygnięcie na opinii biegłego, która nie sprostowała w/w wymogowi, to wyrok Sądu był wynikiem dowolnej oceny dowodu, stojącej w sprzeczności z tezą dowodową, a więc naruszającej zasady logicznego rozumowania. Powód zaś uznał treść wniosków opinii za omyłkę pisarską, ewentualnie za zrównanie przez biegłych wyrażen „trwały” i „długotrwały”, uznając opinię za korzystną pod względem wartości ustalonego uszczerbku. Podkreślić przy tym należy, że w przepisach prawa mówi się o stałym i długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, a nie o trwałym, co oznacza, że nie można tych przepisów wprost zastosować do realiów niniejszej sprawy.

Mając na uwadze powyższe, zdaniem skarżącego, w tejże sprawie koniecznym było przeprowadzenie opinii uzupełniającej bądź wezwanie biegłych na rozprawę, celem umożliwienia zadania im pytań przez strony i wyjaśnienia rozbieżności zawartych we wnioskach opinii. Zgodnie z art. 286 k.p.c. sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dodatkowej opinii tych samych lub innych biegłych, gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas, gdy opinia złożona do sprawy zawiera istotne braki, sprzeczności, względnie nie wyjaśnia istotnych okoliczności. W ocenie apelującego opinia biegłych zawiera znaczące luki, które uniemożliwiają przyznanie tejże opinii jakiegokolwiek wartości dowodowej, gdyż nie odpowiada na pytanie postawione w tezie dowodowej, co przyznał Sąd w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia. Wniosek ten prowadzi do konieczności stwierdzenia, że pomimo uznania przez Sąd, że w przedmiotowej sprawie niezbędnym było zasięgnięcie wiadomości specjalnych, a co za tym idzie uznanie, iż Sąd nie jest w stanie samodzielnie rozpoznać żądania powoda, wydany wyrok został oparty o wadliwą opinię, która rzutuje na prawidłowość samego rozstrzygnięcia, a w przypadku gdyby okazało się, że w jej treści zachodziła omyłka pisarska - przed wydaniem orzeczenia powinna zostać sprostowana przez biegłych na żądanie Sądu.

### ***Sąd Okręgowy zważył, co następuje:***

Apelacja powoda okazała się w tym sensie uzasadniona, iż skutkowałą uchyleniem zaskarżonego wyroku i przekazaniem sprawy Sądowi Rejonowemu Szczecin – Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie do ponownego rozpoznania, a to z uwagi na nierozpoznanie przez ten Sąd istoty niniejszej sprawy.

W myśl art. 386 § 4 k.p.c. sąd drugiej instancji może uchylić zaskarżony wyrok i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania w razie nierozpoznania istoty sprawy przez sąd pierwszej instancji. W doktrynie i orzecznictwie jednolicie przyjmuje się, że pojęcie „istoty sprawy” w rozumieniu art. 386 § 4 k.p.c. to materialny aspekt sporu. (...) zaś, to rozważenie oraz ocena poddanych przez strony pod osąd żądań i twierdzeń, a w konsekwencji - załatwienie sprawy w sposób merytoryczny lub formalny, w zależności od okoliczności i procesowych uwarunkowań konkretnej sprawy. Rozpoznanie istoty sprawy oznacza zbadanie materialnej podstawy żądania pozwu oraz merytorycznych zarzutów strony przeciwnej. Do nierozpoznania istoty sprawy dochodzi zatem, gdy sąd rozstrzygnął nie o tym, co było przedmiotem sprawy, zaniechał w ogóle zbadania materialnej podstawy żądania, pominął całkowicie merytoryczne zarzuty zgłoszone przez stronę, rozstrzygnął o żądaniu powoda na innej podstawie faktycznej i prawnej niż zgłoszona w

pozowie, nie uwzględnił (nie rozważył) wszystkich zarzutów pozwanego dotyczących kwestii faktycznych, czy prawnych rzutujących na zasadność roszczenia będącego przedmiotem sprawy (por. postanowienie SN z dnia 26 listopada 2012 r., III SZ 3/12, Lex nr 1232797). Przy czym odpowiednie zastosowanie w postępowaniu nieprocesowym pojęcia nierozpoznania istoty sprawy musi odbywać się z uwzględnieniem specyfiki danej kategorii sprawy podlegającej rozpoznaniu w tym trybie postępowania (por. postanowienie SN z dnia 5 grudnia 2012 r., I CZ 168/12, OSNC 2013/5/68; z dnia 21 sierpnia 2013 r., II CZ 26/13 oraz z dnia 3 lutego 2014 r., V CZ 3/14).

W wyniku zaś analizy akt rozpoznawanej sprawy, w tym w kontekście treści uzasadnienia kwestionowanego orzeczenia i przeprowadzonego w toku tego postępowania dowodowego, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, iż rozpoznając przedmiotową sprawę Sąd Rejonowy zaniechał wnikięcia w jej istotę, doprowadzając do sytuacji o której mowa w art. 386 § 4 k.p.c.

Zważając na przedmiot tego postępowania i charakter roszczeń zgłoszonych przez stronę powodową zauważenia wymagało, iż strony łączyła umowa ubezpieczenia na życie nr (...), w tym umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. W oparciu o postanowienia tejże umowy ubezpieczenia powód dochodził w tym postępowania od pozwanego zapłaty określonych świadczeń pieniężnych w związku z doznanym w dniu 24 stycznia 2013 r. wypadkiem przy pracy, w wyniku którego doznał urazu w postaci termicznego oparzenia skóry przedramienia prawego i grzbietu prawej ręki II stopnia oraz punktowego oparzenia skóry szyi po stronie prawej i małżowiny usznej prawej. Znamionym jest, iż strona pozwana nie kwestionowała w toku tego postępowania, że w okresie objętym umową ubezpieczenia powód uległ wypadkowi przy pracy, w wyniku którego doznał opisanych wyżej obrażeń. Przyznała także, że powód zgłosił szkodę i w wyniku przeprowadzanego postępowania likwidacyjnego wypłacono mu z tytułu łączącej strony umowy ubezpieczenia następujące świadczenia: 297 zł jako świadczenie apteczne, 660 zł tytułem kosztów pobytu w szpitalu, kwotę 1.730,77 zł tytułem 3,5 % uszczerbku na zdrowiu i 660 zł tytułem leczenia szpitalnego.

Pomiędzy stronami pozostawało jednak sporne, czy dotychczas wypłacone świadczenia wyczerpywały w całości roszczenia przysługujące stronie powodowej na gruncie łączącej ją z pozwanym umowy ubezpieczenia, czy też nie. Powód stał bowiem na stanowisku, że doznał 8 %, trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie zaś jak ustalił to pozwany 3 %, w związku z czym wysokość należnego mu świadczenia z tego tytułu została zaniżona przez pozwanego i do dopłaty pozostała jeszcze kwota 1.569,23 zł. Nadto wskazał, że w związku z pobytem w szpitalu pozwany wypłacił mu świadczenie w kwocie 660 zł, podczas gdy zgodnie z treścią załącznika nr 1 do umowy ubezpieczenia kwota dzienna odszkodowania z tego tytułu wynosiła 198 zł, a powód przebywał w szpitalu 4 dni, co dawało łącznie kwotę 792 zł. W związku z tym domagał się dopłaty z tego tytułu kwoty 132 zł. Pozwany kwestionując zasadność żądania pozwu wskazywał jednak, iż dotychczas ustalone i wypłacone powodowi świadczenia w pełni wyczerpywały roszczenia przysługujące mu na kanwie łączącej strony umowy.

W świetle powyższego zauważyć należało, a co zdaje się całkowicie uszło uwadze Sądowi I instancji, iż ubezpieczyciel jest obowiązany do spełnienia określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia tylko w zakresie wynikającym z treści stosunku ubezpieczenia. W myśl bowiem 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. W świetle cytowanego przepisu, obowiązek ubezpieczyciela wypłaty świadczenia ograniczony jest treścią umowy ubezpieczenia, a ochroną gwarancyjną objęte są wyłącznie takie zdarzenia, które kwalifikują się do wypadków wskazanych w umowie ubezpieczenia lub innym dokumencie stanowiącym jej integralną część (np. w ogólnych warunkach umów czy regulaminie). Innymi słowy, ubezpieczyciel jest obowiązany do spełnienia określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia jedynie w razie zajścia zdarzenia przewidzianego umową, to jest w sytuacji wystąpienia tzw. wypadku ubezpieczeniowego (A. W., Z.K. N., Prawo ubezpieczeń gospodarczych, W.–P. 1980, s. 46) i w sposób wynikający z treści stosunku ubezpieczenia.

Zważając na powyższe Sąd Odwoławczy doszedł do przekonania, iż oceny zasadności żądania pozwu i ustalenia, czy w niniejszej sprawie zaistniał wypadek ubezpieczeniowy aktualizujący po stronie powoda powstanie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, należało dokonać przez pryzmat treści załączonego do

pozwu dokumentu zatytułowanego „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.” (k. 63-64; dalej: OWU).

Zgodnie z § 4 OWU, „Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie odpowiedzialności (...) SA.”. Przy tym stosownie do § 5 OWU, (...) SA 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”. Z jednoznacznego brzmienia powyższych zapisów OWU wynika, że obowiązek wypłaty przez pozwanego ubezpieczyciela określonego świadczenia na rzecz powoda na podstawie przedmiotowej umowy ubezpieczenia aktualizował się w momencie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego jakim było wystąpienie u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu. Niezwykle istotnym przy tym jest, że strony na kanwie łączącego ich stosunku ubezpieczeniowego zdefiniowały pojęcie „trwałego uszczerbku na zdrowiu” przyjmując, że pojęcie to oznacza trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji (§ 2 OWU). Z kolei odnośnie sposobu ustalania wysokości należnego ubezpieczonego świadczenia strony na gruncie § 18 ust. 5 OWU przyjęły, iż „Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia”.

W świetle powyższych zapisów umowy stwierdzić należało, że bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy i w konsekwencji ustalenia wysokości należnego stronie powodowej świadczenia był fakt ustalenia przez lekarza orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S., że powód na skutek wypadku przy pracy z dnia 24 stycznia 2013 r. doznał długotrwałego uszczerbku na zdrowiu na poziomie 8 % (vide orzeczenie z dnia 7 czerwca 2013 r. nr 07- (...); k. 37-38). Wszak katalog świadczeń jakich powód może domagać się od ZUS jest rodzajowo zupełnie odmiennym od tych, które przysługiwało mu od pozwanego z tytułu łączącej strony umowy ubezpieczenia. Nie można tracić z pola widzenia tego, że fakt wystąpienia długotrwałego uszczerbku na zdrowiu i jego stopień jest ustalany przez lekarzy orzeczników ZUS w oparciu o kryteria wyznaczone przepisami Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U. nr 234, poz. 1974 ze zm.). Tymczasem na gruncie łączącego strony stosunku zobowiązanego powód był uprawniony do domagania się zapłaty przez pozwanego świadczenia stanowiącego procent sumy ubezpieczenia za 1 % trwałego uszczerbku na zdrowiu, w wypadku doznania przez niego trwałego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu § 2 OWU, a nie długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu przepisów powszechnie obowiązujących. Jednocześnie stopień tego uszczerbku na zdrowiu, wpływający na wysokość należnego powodowi świadczenia, winien być zgodnie z wolą stron umowy ubezpieczenia wyrażoną w § 18 ust. 5 OWU ustalony w oparciu o zapisy Tabeli norm oceny procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie zaś w oparciu o kryteria wynikające ze w/w Rozporządzenia.

Wprawdzie sam pełnomocnik reprezentujący stronę powodową stosował w swych pismach procesowych zamiennie pojęcia „trwałego uszczerbku na zdrowiu” i „długotrwałego uszczerbku na zdrowiu”, co mogło być dezorientujące, to jednak okoliczność na nie powinna była przysłać Sądowi I instancji istoty niniejszego postępowania, a jego przedmiotem było ustalenie, czy dotychczas wypłacone przez pozwanego na rzecz powoda świadczenia w pełni wyczerpywały przysługujące mu roszczenia, zaś ocena ta winna być dokonana przez pryzmat treści łączącego strony stosunku zobowiązaniowego.

Mając na uwadze powyższe Sąd Odwoławczy stwierdził, iż uszło uwadze Sądowi Rejonowemu, że powód w tym postępowaniu z tytułu łączącego go z pozwanym stosunku ubezpieczeniowego zgłosił dwojakiego rodzaju żądania. Jedno dotyczyło odszkodowania za doznany przez powoda trwały uszczerbek na zdrowiu (1.569,23 zł), a drugie - z tytułu odszkodowania za pobyt powoda w szpitalu (132 zł). Tymczasem lektura uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia jednoznacznie dowodzi, że co do tego drugiego roszczenia – tj. odszkodowania za pobyt w szpitalu – Sąd I instancji w ogóle się nie odniósł, co utożsamiać należy z nierozpoznanie istoty sprawy w tym zakresie.

Z kolei co do żądania zapłaty odszkodowania za doznany przez stronę powodową trwały uszczerbek na zdrowiu zauważyć należało, iż ocena tego, czy w świetle treści łączącego strony stosunku zobowiązaniowego (w tym zwłaszcza treści zapisów OWU) prawidłowym było ustalenie przez pozwanego w toku postępowania likwidacyjnego trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda doznanego na skutek wypadku przy pracy mającego miejsce w dniu 24 stycznia 2013 r. na poziomie 3 %, wymagało niewątpliwie posiadania wiadomości specjalnych. W tej sytuacji, oraz mając na uwadze, że okoliczność ta była sporna a jednocześnie istotna dla rozstrzygnięcia sprawy (zgodnie z art. 227 k.p.c. przedmiotem dowodu są fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie), dla prawidłowej oceny zasadności zgłoszonego przez powoda żądania koniecznym było dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu medycyny. Ustawodawca na kanwie art. 278 § 1 k.p.c. przewidział bowiem, że w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych sąd po wysłuchaniu wniosków stron co do liczby biegłych i ich wyboru może wezwać jednego lub kilku biegłych w celu zasięgnięcia opinii.

Jak wskazuje lektura akt rozpatrywanej sprawy, Sąd I instancji zainicjował postępowanie dowodowe w niniejszej sprawie, albowiem w uwzględnieniu wniosku dowodowego strony powodowej, postanowieniem z dnia 29 lipca 2014 r. dopuścił w toku tego postępowania dowód z opinii biegłego G. W. (2) „na okoliczność ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda M. Z. oraz skutków wypadu przy pracy jakiemu uległ powód M. Z.” (k. 95). Następnie postanowieniem z dnia 12 stycznia 2015 r. zmienił to rozstrzygnięcie jedynie o tyle, że zlecił opracowanie opinii w niniejszej sprawie na okoliczności wskazane w pkt I postanowieni z dnia 29 lipca 2014 r. biegłemu sądowemu B. S. (k. 97). Finalnie postanowieniem z dnia 20 marca 2015 r. zmienił powyższe postanowienie o tyle, że zlecił opracowanie tej opinii Zakładowi Medycyny Sądowej (...) w S. (k. 109). Wprawdzie tak sformułowana treść postanowienia wskazuje, że prawidłowo Sąd I instancji określił biegłym tezę dowodową wskazując, że mają oni ustalić stopień „trwałego uszczerbku na zdrowiu”, jakiego doznał powód na skutek wypadku przy pracy. Jednakże całkowicie przy tym uszło uwadze Sądowi Rejonowemu, że materiał dowody jakim na tym etapie postępowania dysponował nie pozwalał na prawidłowe wykonanie przez biegłych sądowych zleconego im zadania. Wszak biegły sądowy winien był ustalić, jakie obrażenia powód M. Z. doznał w wyniku wypadku przy pracy, a następnie mając na uwadze ich charakter, dokonać ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda, przy czym ocena ta - zgodnie z § 18 ust. 5 OWU - winna być dokonana przez pryzmat zapisów Tabeli norm oceny procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiącego załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia.

Tymczasem przedmiotowy dokument nie został przez żadną ze stron załączony do akt sprawy na żadnym etapie niniejszego postępowania. Skoro pomimo braku tego dokumentu Sąd Rejonowy zdecydował się na przeprowadzenie postępowania dowodowego, w tym dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego, to winien był zapewnić biegłemu możliwość sporządzenia na potrzeby tego postępowania opinii sądowej przy posłużeniu się dokumentem adekwatnym do zamierzonego celu procesowego. Celem tym, było niewątpliwie ustalenie procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda w rozumieniu łączącej go z pozwanym umowy ubezpieczenia, a nie przez pryzmat przepisów powszechnie obowiązujących. W tej sytuacji, aby umożliwić prawidłowe wykonanie pracy przez biegłego, Sąd I instancji winien był zobowiązać stronę powodową (jako obciążoną powinnościami dowodzenia swoich twierdzeń opisanych pozwem) do przedłożenia owej tabeli stanowiącej załącznik do OWU, czego jednak nie uczynił. W związku z powyższym zaniechaniem Sądu Zakład Medycyny Sądowej PUM sporządził opinię całkowicie nieprzystającą do postawionej mu tezy dowodowej. Z treści tejże wynika bowiem w sposób jednoznaczny, że biegli nie dokonywali oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda w rozumieniu łączącej go z pozwanym umowy ubezpieczenia, lecz ocenili stan zdrowia powoda pod kątem stopnia długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu przepisów powszechnie obowiązujących, tj. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (vide wnioski zawarte w opinii; k. 120-121), co jak już wyżej wskazano, nie było ani przedmiotem tego postępowania ani tezy dowodowej postawionej biegłym.

Zważając na wszystko powyższe Sąd Odwoławczy doszedł do przekonania, że skoro Sąd I instancji rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie wydał opierając się na wnioskach zawartych w opinii sądowej nieadekwatnej do przedmiotu

rozpatrywanej przez niego sprawy, to w takiej sytuacji stwierdzić należało, iż także w tym zakresie Sąd meriti zaniechał rozpoznania istoty niniejszej sprawy, co z kolei skutkowało musiałoby uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazaniem sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania.

Już tylko marginalnie wypada w tym miejscu zauważyć, że zgodnie z art. 236 k.p.c., w postanowieniu o przeprowadzeniu dowodu sąd oznaczy fakty podlegające stwierdzeniu, środek dowodowy i - stosownie do okoliczności - sędziego lub sąd, który ma dowód przeprowadzić, a ponadto, jeżeli to jest możliwe, termin i miejsce przeprowadzenia dowodu. Wyznaczając sędziego, sąd może pozostawić mu oznaczenie terminu przeprowadzenia dowodu. W świetle jednoznacznego brzmienia cytowanego przepisu nie powinno budzić zastrzeżeń stwierdzenie, że niezależnie od rodzaju dowodu, każde postanowienie dowodowe musi zawierać dokładnie określoną tezę dowodową i niedopuszczalne jest postanowienie ogólnikowe, bez oznaczenia przez sąd faktów podlegających stwierdzeniu (por. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 1947 r., III C 760/47, LEX nr 160911). Tymczasem taki właśnie charakter ma postanowienie dowodowe wydane przez Sąd Rejonowy na rozprawie w dniu 9 grudnia 2015 r., gdzie jedynie ogólnikowo wskazał on, że dopuszcza dowody z dokumentów znajdujących na kartach 6-48, 63-64 akt sprawy (k. 158). Na podstawie tak enigmatycznego stwierdzenia nie sposób jednak ustalić, na jaką okoliczność dowody te zostały przez sąd dopuszczone. Nawet gdyby przyjąć, że Sąd Rejonowy dopuścił przedmiotowe dowody na okoliczność treści przedłożonych do akt sprawy dokumentów, to ich dopuszczenie uznać należy za niecelowe. Wszak przedmiotem dowodu winny być okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, ale wyłącznie takie, które były w sprawie sporne. Tymczasem wynikające z przedmiotowych dokumentów okoliczności, głównie dokumentacji medycznej powoda i protokołów ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku jakiemu uległ powód, były zasadniczo pomiędzy stronami niesporne w toku całego postępowania.

Zważając na wszystko powyższe, Sąd Okręgowy na podstawie art. 386 § 4 k.p.c. uchylił zaskarżone orzeczenie w całości i sprawę przekazał Sądowi Rejonowemu Szczecin – Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie do ponownego rozpoznania, jednocześnie na podstawie art. 108 § 2 k.p.c. pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach instancji odwoławczej.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Rejonowy winien przede wszystkim wezwać stronę powodową do przedłożenia opisanych wyżej załączników do OWU. Po uzyskaniu tychże dokumentów Sąd winien zlecić biegłemu sądowemu sporządzenie opinii na okoliczność ustalenia trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda doznanego w wyniku wypadku z dnia 24 stycznia 2013 r., przy czym ocena ta winna zostać dokonana przez pryzmat treści łączącej strony umowy ubezpieczenia. Innymi słowy, trwały uszczerbek na zdrowiu powoda doznany na skutek wypadku, wyznaczający zakres należnego mu świadczenia, winien zostać ustalony przez pryzmat definicji tego pojęcia przyjętej w § 2 OWU, a jego stopień stosownie do Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiącej załącznik do OWU. Dopiero dysponując takim materiałem dowodowym Sąd I instancji winien dokonać oceny, czy dotychczas wypłacone powodowi przez pozwanego ubezpieczyciela świadczenie – zarówno w zakresie odszkodowania za trwały uszczerbek na zdrowiu jak i za pobyt w szpitalu – zostało co do jego wysokości ustalone przez pozwanego zgodnie z treścią łączącej strony stosunku umownego i czy w związku z tym pozostaje jeszcze do dopłaty kwota żądana przez powoda.

SSO Sławomir Krajewski SSO Zbigniew Ciechanowicz SSR del. Agnieszka Trytek-Błaszak