

Sygn. akt I C 837/21

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 listopada 2021r.

Sąd Rejonowy w Kaliszu w I Wydziale Cywilnym, w składzie:

Przewodniczący: sędzia Michał Włodarek

Protokolant: st. sekr. sąd. Anna Dulas

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 19 listopada 2021r. w K.

sprawy z powództwa **M. M. (PESEL (...))**

przeciwko pozwanemu **(...) Zakładowi (...) na (...) S.A. z/s w W. (KRS (...))**

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z/s w W. na rzecz powoda M. M. kwotę 871,20zł (osiemset siedemdziesiąt jeden złotych 20/100) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 26 sierpnia 2020r. do dnia zapłaty,
2. umarza postępowanie w części co do kwoty 366,30zł (trzysta sześćdziesiąt sześć złotych 30/100),
3. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z/s w W. na rzecz powoda M. M. kwotę 187,49zł (sto osiemdziesiąt siedem złotych 49/100) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego wraz z odsetkami w wysokości w stosunku rocznym odsetek ustawowych za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego, za czas od dnia uprawomocnienia się orzeczenia do dnia zapłaty.

Sygn. akt I C 837/21

UZASADNIENIE

W dniu 7 lipca 2021r. powód M. M. skierował do tut. Sądu w stosunku do pozwanego (...) S.A. z/s w W. żądanie zasądzenia kwoty pieniężnej w wysokości 1.237,50zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 17 sierpnia 2021r. do dnia zapłaty oraz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód podniósł, iż strony łączyła umowa dobrowolnego ubezpieczenia grupowego na życie pracowników Grupy (...). Powód podał, że w związku z zapisami tego kontraktu był uprawniony do świadczenia m.in. z tytułu rekonwalescencji związanej z leczeniem poszpitalnym.

Powód wskazał, iż w okresie od dnia 23 do dnia 29 listopada 2019r. przebywał na leczeniu szpitalnym na Oddziale (...) w P., gdzie w dniu 25 listopada 2019r. wykonano u niego zabieg operacyjny endoprotezoplastyki stawu kolanowego prawego. Od dnia 29 listopada 2019r. do dnia 24 stycznia 2020r. powód kontynuował leczenie w domu, a od dnia 24 stycznia 2020r. do dnia 14 lutego 2020r. w (...) Centrum Medyczny Oddział (...).

Powód dokonał zgłoszenia u pozwanego zaistnienia szkody w celu przeprowadzenia postępowania szkodowego. W związku ze zgłoszeniem pozwany przeprowadził postępowanie likwidacyjne w ramach którego odmówił powodowi przyznania świadczenia ubezpieczeniowego, w szczególności wobec treści § 2 ust.1 pkt 5 i § 4 ust. 1 pkt 2 OWU.

W ocenie powoda przyjęte przez pozwanego stanowisko jest błędne i nie znajduje uzasadnienia w okolicznościach faktycznych przedmiotowej sprawy.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Zakład (...) na (...) S.A. z/s w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu tego kwalifikowanego pisma procesowego pozwany wskazał, że w toku postępowania likwidacyjnego ustalił rodzaj i charakter zgłoszonego przez powoda roszczenia oraz podstawę prawną swojej odpowiedzialności, stwierdzając ostatecznie, iż zdarzenie medyczne, którego refinansowania dochodzi powód nie podlega uwzględnieniu wobec negatywnych przesłanek odpowiedzialności pozwanego wynikających z OWU łączącego strony zobowiązania.

Na rozprawie w dniu 19 listopada 2021r. powód cofnął powództwo w części, tj. co do kwoty 871,20zł wraz ze zrzeczeniem się roszczenia w tym zakresie oraz sprecyzował termin, od którego domaga się zasądzenia roszczenia odsetkowego, tj. od dnia 26 sierpnia 2020r. oraz podtrzymał roszczenia pozwu w pozostałej części.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny.

Powoda M. M. i pozwanego (...) Zakład (...) na (...) S.A. z/s w W. łączyła umowa ubezpieczenia osobowego stanowiąca Dodatkowego Grupowe Ubezpieczenie na Wypadek (...) Szpitalnego (...) potwierdzona polisą nr (...).

Strony uzgodniły warunki kontraktu, ubezpieczony został zapoznany z ogólnymi warunkami ubezpieczenia stanowiącymi integralną część umowy.

Suma ubezpieczenia została ustalona w wartości 13.200,00zł, natomiast w przypadku rekonwalescencji wysokość należnego świadczenia za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim oznaczono jako 0,22% sumy ubezpieczenia, tj. 29,04zł dziennie (13.200,00zł – suma ubezpieczenia x 0,22%). Iloczyn tej kwoty przez maksymalny czas rekonwalescencji stanowiący 30 dni wynosi 871,20zł (29,04zł x 30 dni).

Stosownie do treści § 2 ust. 1 pkt 5 Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego (...) na Wypadek (...) Szpitalnego (...) rekonwalescencja to – trwający nieprzerwanie maksymalnie 30 dni – bezpośrednio po pobycie w szpitalu – pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne. Na podstawie § 4 ust. 1 pkt 2 w/w OWU zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń w okresie odpowiedzialności (...) SA – rekonwalescencję, o ile pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni, natomiast na podstawie § 5 ust. 1 w/w OWU (...) SA wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonej polisą jako procent sumy ubezpieczenia w okresie pierwszych 14 dni tego pobytu pod warunkiem, że ten pobyt jest pierwszym pobytem spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i rozpoczął się nie później niż 14 dni po dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.

(okoliczność bezsporna, OWU k. 19-21, dokumenty akt szkodowych – płyta Cd. k. 35, deklaracja k. 65-66)

W okresie od dnia 23 listopada 2019r. do dnia 29 listopada 2019r. powód M. M. przebywał na leczeniu w Oddziale (...) Zakładów Opieki Zdrowotnej w O., gdzie w dniu 25 listopada 2019r. wykonano u niego zabieg endoprotezoplastyki totalnej stawu kolanowego S. A..

Po opuszczeniu placówki medycznej powodowi zlecono m.in. skierowanie na Oddział Rehabilitacyjny.

W/w placówka wystawiła powodowi zaświadczenie lekarskie seria (...) z tytułu niezdolności do pracy od dnia 23 listopada 2019r. do dnia 23 lutego 2020r. w związku z pobytem w szpitalu od dnia 23 listopada 2019r. do dnia 29 listopada 2020r.

W okresie objętym terminem w/w poszpitalnego zwolnienia lekarskiego od dnia 24 stycznia 2020r. do dnia 14 lutego 2020r. powód kontynuował szpitalne leczenie pooperacyjne na Oddziale (...) Ogólnoustrojowej (...) Centrum Medycznego w P..

Po przebytej rehabilitacji powód pozostawał nadal na zwolnieniu lekarskim z tytułu niezdolności do pracy w okresach od dnia 24 lutego 2020r. do dnia 24 marca 2020r., od dnia 25 marca 2020r. do dnia 8 kwietnia 2020r., od dnia 9 kwietnia 2020r. do dnia 29 kwietnia 2020r. i od dnia 30 kwietnia 2020r. do dnia 23 maja 2020r. wystawianych przez lekarza ortopedę M. K..

(karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 8, 9, zaświadczenie (...) k. 10, 11, 12, 13, 14, dokumenty akt szkodowych – płyta Cd. k. 35, historia choroby k. 53-54, deklaracja k. 65-66)

Powód dokonał zgłoszenia u pozwanego (...) S.A. z/s w W. zaistnienia zdarzenia szkodowego w celu przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego w ramach odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela. Postępowanie szkodowe zostało zarejestrowane pod numerem (...).

W związku ze zgłoszeniem pozwany przeprowadził postępowanie szkodowe i decyzją z dnia 26 sierpnia 2020r. odmówił powodowi i wypłaty świadczenia pieniężnego wskazując, iż dostarczone przez niego zwolnienie lekarskie nie zostało wydane przez oddział szpitalny, w którym odbywała się rehabilitacja.

(decyzja k. 15, stanowisko (...) k. 16-17, OWU k. 19-21, zgłoszenie szkody k. 22-23, dokumenty akt szkodowych – płyta Cd. k. 35)

Za wiarygodne należało uznać zaliczone w poczet materiału dowodowego dokumenty zgromadzone w postępowaniu albowiem zostały one sporządzone przez uprawnione organy w ramach przysługujących im kompetencji, w sposób rzetelny i fachowy. Ich prawdziwość i autentyczność nie wzbudziła w ocenie Sądu wątpliwości.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje.

Powództwo okazało się zasadne w części, tj. co do kwoty 871,20zł wraz z należnościami odsetkowymi.

Na podstawie art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2020.895 – j.t. – ze zm.) zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym, natomiast w myśl art. 15 ust. 2 cyt. ustawy umowa ubezpieczenia ma charakter dobrowolny, z zastrzeżeniem przepisów ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Stosownie do treści art. 16 w/w ustawy ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności prawa i obowiązki każdej ze stron umowy ubezpieczenia oraz zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Na podstawie art. 805 § 1 kc 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, natomiast na podstawie art. 805 § 2 pkt 2 kc świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Na podstawie art. 829 § 1 pkt 2 kc ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków - uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

O zakresie odpowiedzialności ubezpieczyciela decyduje treść umowy ubezpieczenia, wykładana według zasady określonej w art. 15 ust. 1 w/w ustawy.

Elementami przedmiotowo istotnymi umowy ubezpieczenia jest z jednej strony zobowiązanie do spełnienia określonego świadczenia przez Ubezpieczyciela w razie zajścia określonego w umowie wypadku, z drugiej zaś strony zobowiązanie do zapłaty składki przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający w zamian za opłaconą składkę uzyskuje od

ubezpieczyciela ochronę przed wystąpieniem określonego wypadku, natomiast ubezpieczyciel spełnia świadczenie, w celu zwolnienia się z ciążącego na nim zobowiązania. Wypadek ubezpieczeniowy jest to zdarzenie, w razie zajścia którego ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone w umowie ubezpieczenia świadczenie.

Uwzględniając charakter umowy ubezpieczenia określony przez przepisy kodeksu cywilnego należy przyjąć, że ograniczają one istotnie możliwość przypisania ubezpieczającemu takiego nienależytego wykonania umowy, które prowadzi do zwolnienia z odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Przewidują bowiem co do zasady obowiązek wypłaty odszkodowania w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia. Podstawowym obowiązkiem ubezpieczającego jest zaś uiszczenie odpowiednio skalkulowanej przez zakład ubezpieczeń składki, która uwzględnia poziom jego ryzyka – por. wyrok SN z dnia 11 grudnia 2007r. w sprawie o sygn. akt II CSK 375/07, opubl. LEX nr 492168, wyrok SN z dnia 17 czerwca 1983r. w sprawie o sygn. akt I CR 189/83, opubl. OSNC 1984/4/45, wyrok SN z dnia 26 maja 2000r. w sprawie o sygn. akt I CKN 744/98, opubl. LEX nr 50833.

O powstaniu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń nie decyduje wyłącznie powstanie po stronie ubezpieczającego cywilnoprawnego obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej osobie trzeciej, lecz wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego. Wypadek ubezpieczeniowy jest natomiast zdarzeniem, które strony umowy ubezpieczenia określiły jako przyczynę uzasadniającą odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. Swoboda kształtowania stosunku umownego umożliwia ułożenie go w taki sposób, że ochroną ubezpieczeniową będzie objęta tylko odpowiedzialność cywilna ubezpieczającego powstała przy zachowaniu określonych wymagań dodatkowych. Z uwagi na cel umowy ubezpieczenia, jakim jest zapewnienie ubezpieczającemu rzeczywistej ochrony, konieczne jest, aby umowa lub stanowiące jej część ogólne warunki ubezpieczenia precyzowały, w sposób nie budzący wątpliwości już w chwili zawarcia umowy, jakie zdarzenia są, a jakie już nie są objęte odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń. – por. wyrok SN z dnia 22 maja 2009r. w sprawie o sygn. akt III CSK 300/08, opubl. LEX nr 584752.

Szkoda musi pozostawać w normalnym związku przyczynowym z wypadkiem w rozumieniu art. 361 § 1 kc – por. wyrok s.apel. w Lublinie z dnia 20 maja 2015r. w sprawie o sygn. akt I ACa 968/14, opubl. LEX nr 1770850, wyrok s.apel. w Białymstoku z dnia 8 kwietnia 2015r. w sprawie o sygn. akt I ACa 959/14, opubl. LEX nr 1667508, wyrok s.apel. w Warszawie z dnia 4 listopada 2014r. w sprawie o sygn. akt VI ACa 68/14, opubl. LEX nr 1624064, wyrok s.apel. w Łodzi z dnia 28 października 2014r. w sprawie o sygn. akt I ACa 824/14, opubl. LEX nr 1554766, wyrok s.apel. w Lublinie z dnia 13 lutego 2014r. w sprawie o sygn. akt I ACa 785/13, opubl. LEX nr 1469375.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt przedmiotowej sprawy należy jednoznacznie stwierdzić, iż powód M. M. zawarł z pozwanym (...) S.A. z/s w W. ważną i skuteczną umowę indywidualnego ubezpieczenia osobowego – Dodatkowego Grupowego (...) na Wypadek (...) Szpitalnego (...). Postanowienia tego kontraktu oraz ogólne warunki ubezpieczenia określiły podmioty, przedmiot i treść zobowiązania. Strony zgodnie ustaliły elementy przedmiotowo istotne tego kontraktu oraz wyraźnie oznaczyły prawa i obowiązki podmiotów zobowiązania. Zgodne oświadczenia stron kontraktu dotyczyły również zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w przypadku zaistnienia zdarzenia objętego treścią umowy, przy czym szczegółowe uregulowania w tym zakresie wynikały z ogólnych warunków umowy ubezpieczenia, które stanowiły integralną część umowy i o których ubezpieczający został prawidłowo i skutecznie poinformowany przed jego zawarciem.

Jak już wskazano powyżej stosownie do treści 2 ust. 1 pkt 5 Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego (...) na Wypadek (...) Szpitalnego (...) rekonwalescencja to – trwający nieprzerwanie maksymalnie 30 dni – bezpośrednio po pobycie w szpitalu – pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym przez oddział szpitalny, w którym odbywało się leczenie szpitalne. Na podstawie § 4 ust. 1 pkt 2 w/w OWU zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń w okresie odpowiedzialności (...) SA – rekonwalescencję, o ile pobyt w szpitalu trwał co najmniej 14 dni.

Ustalony przez Sąd stan faktyczny wskazuje, iż w okresie od dnia 23 listopada 2019r. do dnia 29 listopada 2019r. powód przebywał na leczeniu szpitalnym, gdzie w dniu 25 listopada 2019r. wykonano u niego zabieg endoprotezoplastyki totalnej stawu kolanowego S. A..

W/w placówka wystawiła powodowi zaświadczenie lekarskie seria (...) z tytułu niezdolności do pracy od dnia 23 listopada 2019r. do dnia 23 lutego 2020r. w związku z pobytem w szpitalu od dnia 23 listopada 2019r. do dnia 29 listopada 2020r.

W okresie objętym terminem w/w poszpitalnego zwolnienia lekarskiego od dnia 24 stycznia 2020r. do dnia 14 lutego 2020r. powód kontynuował leczenie ponownie w placówce szpitalnej.

Po przebytej rehabilitacji szpitalnej powód pozostawał nadal na zwolnieniu lekarskim z tytułu niezdolności do pracy w okresach od dnia 24 lutego 2020r. do dnia 24 marca 2020r., od dnia 25 marca 2020r. do dnia 8 kwietnia 2020r., od dnia 9 kwietnia 2020r. do dnia 29 kwietnia 2020r. i od dnia 30 kwietnia 2020r. do dnia 23 maja 2020r. wystawianych przez lekarza ortopedę.

W przedstawionych warunkach, co jest osiłą sporu w przedmiotowym postępowaniu, należy rozważyć, czy (...) Centrum Medyczne w P., gdzie na Oddziale (...) Ogólnoustrojowej powód przechodził rehabilitację od dnia 24 stycznia 2020r. do dnia 14 lutego 2020r., tj. w okresie objętym zwolnieniem poszpitalnym seria (...) z tytułu niezdolności do pracy od dnia 23 listopada 2019r. do dnia 23 lutego 2020r. wystawionym przez Oddział (...) Zakładów Opieki Zdrowotnej w O., powinno wystawić kolejne obejmujące tożsamy czasookres zaświadczenie lekarskie potwierdzające pobyt i leczenie szpitalne powoda na czas powyżej 14 dni oraz stwierdzające potrzebę dalszej rekonwalescencji będącej następstwem przebytego zabiegu i konieczności powrotu do zdrowia.

We wskazanym obszarze należy odwołać się do przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2021.1133 – j.t. ze zm.) oraz wydanego na podstawie art. 59 a w/w ustawy rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2015r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim (Dz. U. 2015.2013).

Na podstawie m.in. § 8 w/w rozporządzenia zaświadczenie lekarskie wystawia się na okres, w którym ubezpieczony ze względu na jego stan zdrowia lub stan zdrowia członka rodziny powinien powstrzymać się od pracy, jednak nie dłuższy niż do dnia, w którym jest niezbędne przeprowadzenie ponownego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub członka rodziny, na podstawie § 9 ust. 1 w/w rozporządzenia wystawiający zaświadczenie lekarskie jednocześnie dokonuje oceny, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej, natomiast na podstawie § 10 ust. 1 w/w rozporządzenia zaświadczenie lekarskie stwierdzające okres pobytu ubezpieczonego w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne wystawia się nie później niż w dniu wypisania ubezpieczonego z tego szpitala albo innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Wobec zatem stwierdzenia, iż zaświadczenie lekarskie seria (...) z tytułu niezdolności do pracy powoda od dnia 23 listopada 2019r. do dnia 23 lutego 2020r. zostało wydane przez uprawniony podmiot, nie stwierdzono w nim błędów, nie zakwestionowano go w wyniku kontroli i nie wymagało ono sprostowania, i przy uwzględnieniu treści w/w aktów prawnych, nie istniał po stronie powoda ani placówki medycznej, w której powód przeszedł rehabilitację obowiązek wystawienia kolejnego zaświadczenia lekarskiego za okres objęty pierwotnym szpitalnym zaświadczeniem lekarskim.

Zrealizowanie tej czynności spowodowałoby jedynie że jednocześnie w obiegu prawnym funkcjonowałyby równolegle dwa dokumentu potwierdzające tożsamą niezdolność do pracy.

Powyższe powoduje wbrew twierdzeniu pozwanego, iż powód wypełnił obowiązek wynikający § 2 ust. 1 pkt 5 i § 4 ust. 1 pkt 2 Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego (...) na Wypadek (...) Szpitalnego (...), który uzasadniał ustalenie odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela i przyznanie powodowi świadczenia pieniężnego.

Obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach (art. 232 kpc), a ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie (art. 227 kpc) spoczywa na stronie, która z faktów tych wywodzi skutki prawne (art. 6 kc).

Dobór dowodów należy do strony, to ona powinna wskazywać wyłącznie takie, które są dopuszczalne i wiarygodne. Rzeczą Sądu nie jest zarządzenie dochodzeń w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie ani też sąd nie jest zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia spraw.

Przepis prawa materialnego – art. 6 kc określa na czyje ryzyko idzie nieudowodnienie określonego faktu. Z kolei art. 232 kpc stanowi procesowe narzędzie za pomocą, którego strony mogą osiągnąć skutek w postaci udowodnienia dla nich korzystnych faktów istotnych z punktu widzenia dochodzonego roszczenia w znaczeniu materialnoprawnym. Art. 6 kc zawiera normę decyzyjną, pozwalającą ocenić wyniki przeprowadzonego postępowania dowodowego.

Obowiązkiem stron było przytoczenie okoliczności faktycznych, z których wywodzi roszczenie (art. 187 § 1 pkt 2 kpc) i wskazanie na dowody, których przeprowadzenie potwierdzi zasadność jego twierdzeń o faktach (art. 232 kpc i art. 6 kc), czemu pozwany nie sprostał.

Zgodnie z zasadami procesu cywilnego ciężar gromadzenia materiału dowodowego spoczywa na stronach (art. 232 kpc, art. 3 kpc, art. 6 kc). Jego istota sprowadza się do ryzyka poniesienia przez stronę ujemnych konsekwencji braku wywiązania się z powinności przedstawienia dowodów. Skutkiem braku wykazania przez stronę prawdziwości twierdzeń o faktach istotnych dla sprawy jest tylko to, że twierdzenia takie zasadniczo nie będą mogły leżeć u podstaw sądowego rozstrzygnięcia. Strona, która nie udowodni przytoczonych twierdzeń, utraci korzyści, jakie uzyskałaby aktywnym działaniem (por. wyrok s.apel w Białymstoku z dnia 28 sierpnia 2014r. w sprawie o sygn. akt I ACa 286/14, opubl. LEX nr 1511625).

Dłużnik popada w opóźnienie, jeżeli nie spełnia świadczenia w terminie, w którym stało się ono wymagalne.

Opóźnienie świadczenia odszkodowawczego następuje, jeżeli dłużnik nie spełni świadczenia niezwłocznie po wezwaniu go przez wierzyciela i od tej chwili należą się wierzycielowi odsetki. W razie wyrządzenia szkody odsetki należą się poszkodowanemu już od chwili zgłoszenia roszczenia o zapłatę odszkodowania, w tej bowiem chwili staje się, zgodnie z art. 455 kc, wymagalny obowiązek spełnienia świadczenia odszkodowawczego. – por. wyrok s.apel. w Warszawie z dnia 18 stycznia 2013r. w sprawie o sygn. akt VI ACa 1150/12, opubl. LEX nr 1314923, wyrok SN z dnia 8 lutego 2012r. w sprawie o sygn. akt V CSK 57/11, opubl. LEX nr 1147804.

Wymagalne roszczenie o odszkodowanie powoduje stan opóźnienia po jego sprecyzowaniu co do wysokości i wezwaniu dłużnika do zapłaty konkretnej kwoty z tego tytułu – por. wyrok s.apel. w Rzeszowie z dnia 15 maja 2014r. w sprawie o sygn. akt I ACa 77/14, opubl. LEX nr 1506727.

O roszczeniu ubocznym orzeczono w oparciu o treść art. 481 § 1 i 2 - 2⁴ kc.

Sąd miał przy tym również na względzie treść art. 29 ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2020.895 – j.t. ze zm.) i art. 817 § 1 kc. Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Świadczenie ubezpieczyciela ma zatem charakter terminowy. Wobec powyższego spełnienie świadczenia w terminie późniejszym może być usprawiedliwione jedynie wówczas, gdy ubezpieczyciel wykaże istnienie przeszkód w postaci niemożliwości wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, mimo działań podejmowanych z wymaganą od niego starannością profesjonalisty, według standardu, którego reguły wyznaczają przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Istnienie okoliczności usprawiedliwiających przekroczenie trzydziestodniowego terminu podlega indywidualnej ocenie w realiach konkretnej sprawy. Niewykazanie ich świadczy o popadnięciu ubezpieczyciela w opóźnienie ze spełnieniem świadczenia. Skutki opóźnienia określone są m.in. w art. 481 § 1 kc i obligują dłużnika do zapłaty odsetek – por. wyrok s.apel. w Łodzi z dnia 20 lutego 2014r. w sprawie o sygn. akt I ACa

1080/13, opubl. LEX nr 1439194, wyrok SN z dnia 18 listopada 2009r. w sprawie o sygn. akt II CSK 257/09, opubl. LEX nr 551104.

O umorzeniu postępowania w części orzeczono na podstawie art. 355 kpc.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 108 § 1 kpc w zw. z art. 98 § 1 – 3 kpc i art. 100 kpc oraz w oparciu o treść § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. 2018.265 – j.t.) oraz art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. 2020.755 – j.t. ze zm.) i art. 1 ust. 1 pkt 2 i art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 16 listopada 2006r. o opłacie skarbowej (Dz. U. 2021.1923 – j.t. ze zm.).

Z tych wszystkich względów orzeczono jak w sentencji wyroku.