

Sygn. akt I C 198/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 maja 2015 r.

Sąd Okręgowy w Nowym Sączu w składzie:

Przewodniczący: SSO Maria Tokarz

Protokolant: starszy sekr. sąd. Agata Kasalik

po rozpoznaniu w dniu 22 maja 2015 r. w Nowym Sączu

na rozprawie

sprawy z powództwa W. K.

przeciwko (...) Company SE

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej (...) Company SE na rzecz powoda W. K. kwotę 38.127,46 zł (trzydzieści osiem tysięcy sto dwadzieścia siedem zł 46/100 zł) wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi w następujący sposób:

– od kwoty 35.545,55 zł (trzydzieści pięć tysięcy pięćset czterdzieści pięć zł 45/100) od dnia 17.09.2012 roku do dnia zapłaty,

- od kwoty 693,71 zł (sześćset dziewięćdziesiąt trzy zł 71/100) od dnia 6.12.2012 roku do dnia zapłaty,

- od kwoty 1888,20 zł (tysiąc osiemset osiemdziesiąt osiem zł 20/100) od dnia 11.04.2014 roku do dnia zapłaty,

II. w pozostałym zakresie powództwo oddala,

III. nakazuje ściągnąć od strony pozwanej (...) Company SE na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w Nowym Sączu kwotę 1907 zł (tysiąc dziewięćset siedem zł) z tytułu kosztów postępowania,

IV. pozostałe koszty między stronami wzajemnie znosi.

Sygn. akt IC 198/14

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 29.05.2015 roku

Pozwem inicjującym przedmiotowe postępowanie (k.1-7) W. K. domagał się zasądzenia od pozwanej (...) Company SE: kwoty 90.000 zł tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę wraz z odsetkami od dnia 4.09.2012 roku do dnia zapłaty, kwoty 26.405,80 zł tytułem utraconych dochodów za rok 2012 z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty, kwoty 693,71 zł tytułem zwrotu kosztów dojazdu powoda do placówek medycznych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 7.12.2012 roku do dnia zapłaty, kwoty 50,60 zł za zwrot kosztów leczenia z ustawowymi odsetkami od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty, zasądzenia od pozwanego na jego rzecz

kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa prawnego wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa wg norm przepisanych, powiększoną o VAT.

Uzasadniając swoje żądanie powód podniósł, że w dniu 6.07.2012 roku w Ł. kierujący samochodem M. (...) nr rej (...) wraz z przyczepą typu laweta V. A. nieumyślnie naruszył zasady bezpieczeństwa w ruchu lądowym, wskutek czego najechał na jego prawidłowo poruszający się samochód, marki V. (...) nr rej (...). Powód wskutek wypadku doznał skręcenia kręgosłupa szyjnego oraz urazu czaszkowo-mózgowego. Bezpośrednio po wypadku przez okres 4 dni przebywał w szpitalu w N.. Później leczył się w poradni urazowo-ortopedycznej i psychiatrycznej. Poddawany był też badaniom i zabiegom rehabilitacyjnym. Przebywał na zwolnieniach lekarskich z niewielkimi przerwami do dnia dzisiejszego. Przez 180 dni pobierał zasiłek chorobowy. U pełnomocnika strony pozwanej zgłosił swoje roszczenia, lecz wypłacono mu tylko 14.454,45 zł tytułem zadośćuczynienia oraz w dwóch ratach kwotę 1.823,05 zł za koszty leczenia. Odpowiedzialność gwarancyjna strony pozwanej pozostaje poza sporem. Kwoty wypłacone w toku postępowania likwidacyjnego odbiegają od oczekiwań powoda. Powód zaznaczył, że leczenie zasadnicze i rehabilitacyjne nie przyniosło efektu. Długi okres przebywania na zasiłku chorobowym sprawił, że powód nie był w stanie prowadzić działalności gospodarczej, co wywołało ogromne straty. Pojawił się też u niego lęk o możliwość i celowość prowadzenia tej działalności oraz lęk o losy rodziny. Cierpienia fizyczne i psychiczne powoda były długotrwałe. Ponadto rodzaj obrażeń, długotrwałość doznań bólowych, pogłębienie istniejących schorzeń wpływają na zasadność przyznania zadośćuczynienia w żądanej kwocie, która nie jest wygórowaną. Powód zaznaczył, że od 1.09.2003 roku prowadzi dział. gospodarczą, polegającą na wykonywaniu robót budowlanych. Doznane w wypadku obrażenia i ich następstwa oraz pogłębienie się po wypadku istniejących u niego dotychczas chorób spowodowały, że dochód osiągnięty w 2012 roku był znacznie niższy od osiągniętego w 2011. W całym 2012 roku powód osiągnął dochód w kwocie 122.227,57 zł, co miesięcznie daje 10.185,63 zł. W 2011 roku roczny dochód wyniósł 205.548,58 zł, co miesięcznie daje 17.129,05 zł. Dalego powód dochodzi różnicy między dochodem z 2012 a 2011 roku pomniejszonym o wypłacony przez ZUS zasiłek chorobowy tj. kwoty 26.405,80 zł. Z leczeniem związane były również koszty dojazdów na wizyty lekarskie, które powód odbywał samochodem syna marki O. (...). Łączny przebieg to 830 km (trzy wizyty w Z., 8 wizyt w N.), co pomnożone przez stawkę kilometrową 0,8358 zł, daje 693,71 zł. Powód podał, że poniósł również koszty leczenia, badań i zakupu leków nie zwrócone przez ubezpieczyciela w kwocie 50,60 zł. Odsetek od zadośćuczynienia powód dochodzi od dnia 4.09.2012 roku, ponieważ pozwany decyzją z dnia 3.09.2012 roku rozstrzygnął o jego wysokości ostatecznie. Odsetek od kwoty dojazdów do placówek medycznych powód żąda od dnia 7.12.2012 roku, gdyż pismem z dnia 6.12.2012 roku pozwany odmówił wypłaty odszkodowania z tego tytułu.

Strona pozwana w odpowiedzi na pozew wniosła o oddalenie powództwa oraz zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa prawnego (k.109-113).

Strona pozwana podniosła zarzut przyczynienia się powoda do zwiększenia rozmiarów szkody. Zakres obrażeń doznanych przez powoda wskazuje, że w chwili wypadku podróżował najprawdopodobniej bez zapiętych pasów bezpieczeństwa. Niezapięcie pasów w istotny sposób doprowadziło do zwiększenia rozmiarów szkody. Pasażer niezapięty pasami nie jest chroniony przez systemy bezpieczeństwa pojazdu i jest narażony na kontakt z różnymi elementami wyposażenia pojazdu, których przy zapiętych pasach by uniknął. W ocenie pozwanego prawidłowe zapięcie pasów bezpieczeństwa w przypadku zdarzenia, do którego doszło poprzez najechanie na tył kierowanego przez niego pojazdu, mogłoby uchronić powoda przed doznaniem urazu czaszkowo-mózgowego, urazu kręgosłupa, w szczególności jego dolnych odcinków, a co najmniej w znaczny sposób ograniczyć skutki doznanych obrażeń. Należy zatem przypisać powodowi 50% przyczynienia się do zwiększenia rozmiarów szkody. Strona pozwana podkreśliła również, że obok negatywnych następstw zdrowotnych wypadku drogowego powoda, powód cierpi na schorzenia samoistne kręgosłupa wszystkich jego odcinków pozostających bez związku przyczynowego z zaistniałym wypadkiem. Niewątpliwie ich zakres odgrywa znaczący wpływ na samopoczucie powoda, zgłaszane bezpośrednio po wypadku i obecnie dolegliwości. Strona pozwana natomiast ponosi odpowiedzialność tylko za wyłączne i normalne następstwa wypadku drogowego i na zakres jej odpowiedzialności żadnego wpływu nie mają schorzenia samoistne na, które cierpi powód. Strona pozwana podała także, że powód od wielu lat leczy się psychiatrycznie. Stąd też łączenie dolegliwości natury psychiatrycznej występujących u powoda z wypadkiem drogowym z dnia 6.07.2012 roku nie

znajduje uzasadnienia. Wyplacona kwota zadośćuczynienia połączona z żądaniem pozwu stanowi kwotę wygórowaną i oderwaną od wymogu odpowiedniości zadośćuczynienia. Zdaniem pozwanej zadośćuczynienie nie może prowadzić do wzbogacenia poszkodowanego. Strona pozwana zakwestionowała też żądanie kwoty utraconych dochodów powoda, kwestionując sposób ustalenia żadanego roszczenia. Zdaniem strony pozwanej przedłożona dokumentacja podatkowa nie stanowi o tym, że spadek dochodu powoda nastąpił tylko i wyłącznie z powodu przedmiotowego wypadku. Strona pozwana zasugerowała, że mniejszy dochód powoda może być wynikiem gorszej koniunktury na rynku, mniejszej ilości zamówień. Ponadto odniesienie dochodów powoda tylko do 2011 roku nie potwierdza czy dochód nie jest wynikiem ukończenia jednego intratnego kontraktu. Roszczenie o zapłatę utraconego dochodu wymaga potwierdzenia systematyczności uzyskiwanego dochodu, jego wysokości w skali poszczególnych miesięcy danego roku kalendarzowego. Tylko średnia miesięcznego wynagrodzenia ustalonego w oparciu o te kryteria może stanowić podstawę do formułowania roszczenia o zapłatę utraconego dochodu. Zdaniem strony pozwanej powód nie wykazał roszczenia w tym przedmiocie. Strona pozwana zakwestionowała też zgłoszony przez powoda okres niezdolności do pracy. Brak jest dowodu wskazującego na to, aby wyłączną przyczyną przebywania powoda na zwolnieniu lekarskim były tylko i wyłącznie negatywne następstwa wypadku drogowego z dnia 6.07.2012 roku, biorąc pod uwagę liczne schorzenia samoistne powoda i jego systematyczne leczenie psychiatryczne. Strona pozwana zakwestionowała też żądanie powoda dotyczące zwrotu kosztów dojazdów do placówek medycznych. Strona pozwana zaprzeczyła prawidłowości ustalenia kosztów dojazdu jako iloczynu przejechanych kilometrów i stawki o, (...) stosowanej przy rozliczeniu używania samochodów do celów służbowych. Postanowień Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 25.01.2002 roku nie można stosować do zwrotu kosztów dojazdu do placówek medycznych. Powód nie wykazał, aby w związku z przejazdami do placówek medycznych poniósł jakąkolwiek szkodę. Powód nie wykazał też, aby zgłaszany koszt zakupu leków oraz wykonane badanie pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z wypadkiem. Dotyczy to zakupu witamin oraz kropeł do oczu. Żądanie odsetek jest również nieuzasadnione, albowiem ewentualne opóźnienie w spełnieniu świadczenia może zostać określone co najwyżej od daty wyrokowania, albowiem Sąd wyrokuje w oparciu o stan sprawy z chwili zamknięcia rozprawy, a nie z chwili upływu ustawowego terminu likwidacji szkody.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 6.07.2012 roku powód pracował w N.Targu przy pracach elewacyjno-kamieniarskich u osoby prywatnej. Po załadowaniu narzędzi niezbędnych do pracy wyruszył do N.. W miejscowości Ł. na drodze (...) utworzył się korek, więc powód zatrzymał swój samochód marki V. (...). Po chwili usłyszał pisk opon i poczuł uderzenie innego samochodu. Następstwem tej kolizji było uderzenie przez powoda tyłem głowy w oparcie, które uległo wyrwaniu. Powód był zapięty pasami bezpieczeństwa. Kierując samochodem marki M. (...) nr rej (...) TC wraz z przyczepą typu laweta o nr rej (...)XX nieumyślnie naruszył zasady ruchu drogowego, wskutek czego najechał na tył poprzedzającego go samochodu marki V. (...) o nr. rej (...) prowadzonego przez W. K.. Wyrokiem SR wN. z dnia 14.11.2012 roku do sygn. II K 745/12 kierowca samochodu marki M. (...) został uznany winnym popełnienia zarzucanego mu przestępstwa z art. 177 par 1 kk.

(dowód: wyrok SR wN. k. 13, karta wypadku k. 229, dokumentacja zdjęciowa wypadku k. 343-349, w aktach II K 745/11: notatka urzędowa k. 1, protokół oględzin miejsca wypadku k. 7-8, protokół przesłuchania podejrzanego k. 27-28, protokół oględzin samochodów k. 36-39, częściowo zeznania powoda k. 131-132 o:17:28)

Zapięcie lub niezapięcie pasów bezpieczeństwa przez powoda w chwili wypadku nie miało żadnego wpływu na doznane przez niego obrażenia powypadkowe.

(dowód: opinia biegłych A. R. i T. W. k. 384-395)

Sprawca wypadku był obywatelem ukraińskim, posiadającym ubezpieczenie OC wykupione w (...) Company SE. Odpowiedzialność odszkodowawczą przejęła (...) Company SE, spółka akcyjna wpisana w Rejestrze Przedsiębiorstw Republiki Łotewskiej. Ubezpieczyciel przyjął zgłoszenie przez powoda szkody w dniu 16.08.2012 roku. W piśmie zgłaszającym szkodę powód domagał się 180.000 zł zadośćuczynienia. Decyzją z dnia 3.09.2012 roku przyznano powodowi zadośćuczynienie w kwocie 14.454,45 zł. Decyzją z dnia 6.12.2012 roku przyznano powodowi koszty

leczenia w kwocie 1195,95 zł i odmówiono mu uznania roszczenia za dojazdy do placówek medycznych. Nie przyznano mu również dalszego zadośćuczynienia. W piśmie z dnia 24.01.2013 roku powód odwołał się od decyzji z dnia 3.09.2012 roku i zgłosił ubezpieczycielowi żądanie zwrotu kosztów leczenia na kwotę 627,10 zł. Decyzją z dnia 27.03.2013 roku ubezpieczyciel uwzględnił żądanie powoda dotyczące zwrotu kosztów leczenia, ale odmówił zwiększenia zadośćuczynienia. W decyzji z dnia 15.07.2013 roku ubezpieczyciel podtrzymał swoje wcześniejsze stanowisko.

(dowód: w aktach II K 745/12: polisa ubezpieczeniowa k. 12-14, akta likwidacji s. na płycie CD k. 123)

Bezpośrednio po wypadku powoda z rozpoznaniem urazu czaszkowo-mózgowego, skręceniem kręgosłupa szyjnego i złamaniem trzonu kręgu Th11 hospitalizowano w szpitalu w N.. Przebywał tam od 6.07.2012 do 10.07.2012 roku.

(dowód: karta informacyjna leczenia szpitalnego k. 32-36, dokumentacja medyczna k. 241-242)

Po wypadku powód kontynuował leczenie ambulatoryjne w poradni urazowo-ortopedycznej przy szpitalu w N.. Na wizyty kontrolne dojeżdżał samochodem syna marki O. (...). Na kontrolach był 10rotnie w dniach: 16.07.2012, 6.08.2012, 3.09.2012, 1.10.2012, 29.10.2012, 26.11.2012, 17.12.2012, 21.12.2012, 18.02.2013, 15.04.2013. Lekarz prowadzący powoda wypisywał mu zwolnienia chorobowe przez okres 180 dni. W okresie od 6.07.2012 roku do 31.12.2012 roku powód pobrał w sumie 8.311,30 zł zasiłku chorobowego. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ZUS określił na kwotę 1699 zł.

W dniu 17.12.2012 roku powód zgłosił się na oddział ratunkowy szpitala w N. z bólami w okolicy miednicy i brzucha. W dniu 8.02.2013 roku był hospitalizowany w szpitalu w N. z powodu bólów między zebraми po lewej stronie. Zdiagnozowano u niego neurologię międzyżebrową po lewej stronie. W dniu 24.03.2014 roku lekarz ortopeda skierował powoda na szpitalne leczenie dyskopatii szyjnej z rwą kulszową barkową. W dniu 1.12.2014 roku w szpitalu w N. powód został poddany zniszczeniu nerwów czaszkowych i obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą w związku ze spondylarozą szyjną z rwą barkową lewostronną.

(dowód: historia choroby k. 36-38 i k. 53-54 i k. 215-219 i k. 437-439, zaświadczenie lekarskie k. 43-45, karta leczenia szpitalnego k. 50-51 i k. 57, badanie usg k. 52, zaświadczenie o wypłaconych zasiłkach chorobowych k. 59, oświadczenie A. K. k. 63, akta rentowe powoda z ZUS, skierowanie do szpitala k. 233, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS k. 234, dokumentacja medyczna k. 241-242)

Powód odbył również w Zakładzie (...) w Z. dwukrotnie badanie rezonansem magnetycznym w dniu 12.09.2012 r. i w dniu 31.10.2012 r. Po odbiór wyników badań zgłosił się w dniu 17.09.2012 r. W dniu 22.01.2013 roku powód wykonał prywatnie badanie na antygen HBS, za które zapłacił 16 zł. Zakupił też Naproxen żel za kwotę 5.50 w dniu 20.11.2012 roku.

(dowód: wyniki badań (...) k. 40-42 i k. 230 i k. 232, zaświadczenia k. 64-65, wynik badania z paragonem k. 66 i k. 231, faktura k. 67)

Po wypadku powód podjął ponownie prywatnie leczenie psychiatryczne. Lekarz prowadzący powoda stwierdził pogorszenie stanu psychicznego, mające bezpośredni związek z przebyłym urazem głowy i kręgosłupa. Zdiagnozował u niego mieszane zaburzenia lękowo reakcyjne. U psychiatry powód stawał się w dniach: 17.07.2012, 20.09.2012, 13.11.2012, 6.12.2012, 5.12.2012, 8.01.2013, 7.03.2013 roku, 16.04.2013, 25.06.2013, 17.09.2013, 1.10.2013, 15.10.2013, 31.10.2013, 12.11.2013, 29.11.2013, 10.12.2013, 20.12.2013, 3.01.2014, 20.01.2014, 4.02.2014, 4.03.2014, 18.03.2014, 27.03.2014, 8.04.2014, 20.05.2014 roku. W październiku 2013 roku zmieniono powodowi leki i wystawiono zwolnienie lekarskie z rozpoznaniem zespołu depresyjnego. Powód skarżył się na bezsenność, lęk, uporczywe bóle głowy, suchość w ustach. Na zwolnieniu powód przebywał do 30.03.2014 roku. Według druków psychiatrycznych stwierdzono u powoda nawracające zaburzenia depresyjne na podłożu zmian organicznych (...).

(dowód: zaświadczenie lekarza psychiatry k. 45 i k. 55-56, historia choroby z prywatnego gabinetu psychiatrycznego k. 46-49 i k. 246-251)

W 1990 roku powód był uczestnikiem wypadku motorowego, który nie spowodował u niego trwałego uszczerbku na zdrowiu. Powód spadł z motoru. W dniu 3.05.1990 roku powód przebywał na leczeniu szpitalnym psychiatrycznym w K. z powodu zespołu urojeniowo-lękowego oraz niewydolności wieńcowej serca. Niepokój, lęk wystąpił u powoda tydzień po tym wypadku motorowym, dlatego skierowano go do szpitala psychiatrycznego. Powód W. K. od 25.05.1990 roku pozostaje pod kontrolą poradni psychiatrycznej w N.. Po tym wypadku leczył się 10 lat. Przez 8 lat przebywał na rencie z powodu schorzeń psychicznych. Od 2007 roku leczył się też w poradni urazowo-ortopedycznej w K. z powodu bólów kręgosłupa, bólów głowy i barku. Leczony był też przez lekarza rodzinnego z powodu zespołów korzeniowych kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego środkami przeciwbólowymi i przeciwzapalnymi. W okresie 15.09.2008 do 19.09.2008 roku, od 4.02.2009 do 7.02.2009 powód pozostawał na oddziale pulmonologicznym szpitala w Z. z powodu astmy oskrzelowej, przewlekłego zapalenia zatok obocznych nosa, zapalenia migdałków podniebiennych, skrzywienia przegrody nosa, przepukliny rozvodu przełykowego, zapalenia błony śluzowej okolicy przedodźwiernikowej, nadżerkowego zapalenia błony śluzowej żołądka. W dniach 4.06 do 11.06.2009 i w okresie od 18.05. do 21.05.2010 r. powód ponownie był hospitalizowany na oddziale pulmonologicznym szpitala w Z. z rozpoznaniem astmy oskrzelowej, przewlekłego zapalenia zatok obocznych nosa, przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych, skrzywienia przegrody nosa, przepukliny otworu przełykowego, refluksowego zapalenia przełyku, zapalenia błony śluzowej okolicy przedodźwiernikowej, nadżerkowego zapalenia błony śluzowej żołądka, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa w całości z wielopoziomowymi dyskopatiami w odcinku L-S i C, nawracającej rwy kulszowo udowej i przewlekłych stanów bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa, alergicznym nieżytem nosa, obturacyjnym bezdechem sennym.

(dowód: dokumentacje leczenia powoda z przychodni psychiatrycznej k. 192-197 i k. 252-254, historia choroby z poradni ogólnej k. 198-211, karty leczenia szpitalnego k. 191 i k. 222-224 i k. 271-340, historia choroby z poradni urazowo-ortopedycznej k. 212-214 i k. 259, wyniki badań k. 220 i k. 225-226, skierowania k. 221 i k. 227-228, opinia uzupełniająca J. Ł. (1) k. 480, częściowo zeznania powoda k. 131-132 0:17:28)

W dniu 6.05.1981 Wojewódzka Komisja Lekarska orzekła, że W. K. w następstwie urazu doznanego w dniu 18.12.1979 w pracy doznał skręcenia kręgosłupa szyjnego, co skutkuje 15% długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu. W maju 1990 złożył wniosek o rentę z powodu zespołu urojeniowo - lękowego oraz niewydolności wieńcowej i zwyrodnienia kręgosłupa krzyżowo - lędźwiowego. Został zaliczony do II grupy inwalidów na 2 lata do czerwca 1992. We wrześniu 1992 przedłużono świadczenia na kolejne 2 lata - do września 1994 mimo iż badający W. K. specjalista psychiatra - konsultant ZUS nie stwierdził

niezdolności do pracy. W grudniu 1994 wydano orzeczenie całkowitej niezdolności do pracy na 3 lata do grudnia 1997 z powodu psychozy. Powód badany przez lekarza orzecznika w dniu 19.12.1997, został uznany za zdolnego do pracy. Powód odwołał się do Sądu Wojewódzkiego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w K.. Był opiniowany przez biegłych - psychiatrę i specjalistę chorób wewnętrznych w dniu 16.04.1998. W badaniu zgłaszał skargi na ból głowy, zawroty głowy, szum w głowie. Biegli rozpoznali stan po przebytych zespołach urojeniowo - lękowych bez następstw i uznali go za zdolnego do pracy. Powód składał kolejne wnioski o rentę w maju 2000 (odmowa) i czerwcu 2009. Uzyskał świadczenia rehabilitacyjne na 3 miesiące celem poszerzenia diagnostyki i oceny neurochirurgicznej, które przedłużono o kolejne 6 miesięcy z powodu zmian zwyrodnieniowo - dyskopatycznych kręgosłupa zespołem bólowym i zmian zwyrodnieniowych barku prawego. Powód odbył leczenie w ramach prewencji rentowej w okresie 29.01 - 21.02.2010 z rozpoznaniem „choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa z szyjnym zespołem korzeniowym, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa z lędźwiowym zespołem bólowym, choroby współistniejące: astma oskrzelowa w wywiadzie, nerwica wegetatywna, choroba zwyrodnieniowa stawu barkowego prawego -stan po urazie, choroba wrzodowa żołądka w wywiadzie". W kwietniu 2010 po konsultacji neurologa powód uznany został za zdolnego do pracy. Kontrola zasadności zwolnienia lekarskiego przeprowadzona w dniu 8.02.2011 (na zwolnieniu od 6.12.2010 z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa) spowodowała uznanie powoda za zdolnego do pracy. Lekarz orzecznik

będący specjalistą psychiatrą postawił rozpoznanie neurastenii i uznał powoda za zdolnego do pracy. W styczniu 2013 powód złożył wniosek o świadczenia rehabilitacyjne w związku z wypadkiem przy pracy z drukiem m.in. od psychiatry „Mieszane zaburzenia lękowe reaktywne”. Według opinii lekarskiej z dnia 8.02.2013 stwierdzono uraz czaszkowo - mózgowy dnia 6.07.2012 obecnie bez następstw. Odmówiono mu jednak świadczeń. Decyzję tą podtrzymała Komisja Lekarską ZUS z dnia 25.03.2013. W dniu 13.05.2013 powód był badany celem ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu w związku z wypadkiem przy pracy w dniu 6.07.2012. Ustalono 5% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu wg pozycji 94 a tabeli uszczerbków - urazowe zespoły korzonkowe szyjne.

(dowód: akta ZUS nr 124982)

Powód W. K. od 1.09.2003 roku prowadzi działalność gospodarczą w zakresie robót budowlanych związanych ze wznoszeniem budynków mieszkalnych i niemieszkalnych oraz sprzedaży detalicznej w niewyspecjalizowanych sklepach. Jego dochód w 2009 roku wyniósł, 14.657,88 zł, 2011 roku wyniósł 2.822,95 zł, przychody stanowiła kwota 215.990,18 zł, a w 2012 roku dochód powoda wyniósł 13.935,57 zł.

W marcu 2010 roku powód w ramach prowadzonej działalności gospodarczej wygrał przetarg na roboty budowlane w gminie K., polegające na zagospodarowaniu źródeł S. i M. łącznie z drogami dojazdowymi w K.. Według podpisanej w dniu 16.3.2010 roku umowy wysokość wynagrodzenia określono na kwotę 80.760,82 zł netto. W dniu 28.04.2011 roku powód podpisał kolejną umowę z Gminą K. o zagospodarowanie źródła M. łącznie z drogą dojazdową i dojściem, a wynagrodzenie określono w tej umowie na kwotę 80.707,79 zł netto, z terminem realizacji na 31.08.2011 roku. W latach 2010-2012 powód wykonywał też inne roboty budowlane na rzecz prywatnych osób, które ewidencjonował w swojej działalności, wystawiając faktury VAT. Od wypadku pracę związaną z prowadzeniem sklepu przejął syn powoda. Sklep ten nie generuje większych dochodów. Najwięcej powód zarabiał przy prowadzeniu robót budowlanych, których po przedmiotowym wypadku zaniechał. Rozpoczęte a nie dokończone przez niego prace na rzecz Gminy dokończył wynajęty pracownik. Powód z uwagi na dobrą renomę liczył na wygranie innych przetargów organizowanych przez Gminę K., która była zadowolona z jakości wykonanych przez niego prac.

(dowód: rozliczenia roczne PIT k. 14-17 i k.166-190, zaświadczenie o dokonaniu zmiany w ewidencji dział. gospodarczej k. 58, zaświadczenie z US k. 60-61, informacje o przychodach k. 61, umowy k. 153-156, faktury VAT k. 158-166, częściowo zeznania powoda k. 131-132 0:17:28)

W wyniku wypadku powód doznał urazu czaszkowo-mózgowego, złamania trzonu Th 11, skręcenia kręgosłupa szyjnego oraz stłuczenia odcinka piersiowego i lędźwiowo-krzyżowego. Bezpośrednio związane z wypadkiem pozostaje złamanie trzonu th 11, skręcenie i stłuczenie odcinka szyjnego i L-S kręgosłupa. Te urazy spowodowały znaczne cierpienia powoda w okresie pobytu w szpitalu oraz w nieco mniejszym zakresie w okresie leczenia ambulatoryjnego. Powód wymagał leczenia zachowawczego w postaci gorsetu ortopedycznego i rehabilitacji. Obecny stan zdrowia powoda pod względem urazowo-ortopedycznym, charakteryzuje się dominacją objawów występujących z powodu znacznych zmian zwyrodnieniowych i dyskopatycznych. Na skutek tylko obrażeń powypadkowych powód doznał 25% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Powód wymagał leczenia zachowawczego przez okres około 9 miesięcy do czasu zrostu złamanego trzonu TH 11. W pierwszych trzech miesiącach intensywność bólowa była duża z powodu zespołu bólu korzeniowego. Powód przed wypadkiem cierpiał i cierpi nadal na zmiany zwyrodnieniowe i dyskopatyczne kręgosłupa szyjnego, piersiowego, lędźwiowo-krzyżowego, które nasiliły się po wypadku. W okresie zaostrzeń bólowych znacznie ograniczało to sprawność organizmu i zdolność do pracy. Stosowanie leczenia przeciwbólowego, przeciwzapalnego oraz zabiegów fizykalnych znacznie poprawiały sprawność powoda. Powód był osobą niezdolną do pracy w okresie 9 miesięcy. W okresie późniejszym powód zachował ograniczoną ruchomość kręgosłupa, przy zakazie podnoszenia przedmiotów powyżej 5 kg. Po wypadku doszło do skręcenia odcinków kręgosłupa dotkniętych zmianami dyskopatyczno-zwyrodnieniowymi, co spowodowało nasilenie bólu przez okres 2-3 miesięcy. Po tym czasie ból był związany z istniejącymi już wcześniej zmianami, które nie były konsekwencją wypadku.

(dowód: opinia sądowo-lekarska J. Ł. (1) k. 424-428, opinia uzupełniająca k. 456 i k. 480)

Powód nie jest osobą chorą psychicznie ani upośledzoną umysłowo. W 1990 roku przeżył epizod psychotyczny o obrazie majaczeniowo-urojeniowo-lękowym. Podjął leczenie psychiatryczne. Już w 1992 roku lekarz psychiatra nie stwierdził objawów psychotycznych ani defektu po przebytej psychozie. Powód leczenie psychiatryczne wykorzystywał instrumentalnie, agrawował objawy i otrzymywał przez 7 lat świadczenia rentowe z rozpoznanej psychozy. Od 1998 roku bez psychozy zdolny do pracy. Obecnie skarży się na dolegliwości bólowe głowy, zawroty głowy, szum w głowie, które są typowe dla objawów nerwicy, które nie upośledzają zdolności do pracy. Autorytatywne stwierdzenie psychiatry leczącego powoda prywatnie, że stan jego zdrowia pogorszył się po wypadku z dnia 6.07.2012 roku nie jest uzasadnione wynikami badań, konsultacji ani opisem dolegliwości. Wypadek z dnia 6.07.2012 roku nie pogorszył w istotny sposób stanu zdrowia psychicznego powoda. Przejściowo uległy nasileniu objawy neurasteniczne, który powód zdradzał od lat. Zaostrzenie to trwało do kilku miesięcy, było niewielkie i nie powodowało niezdolności do pracy. Okres niezdolności do pracy orzekany od 1.10.2013 do 30.03.2014 roku z powodu depresji na podłożu zmian organicznych, nie ma udokumentowanego podłoża organicznego, a powód nie prezentował i nie prezentuje objawów depresyjnych.

(dowód: opinia biegłego psychiatry G. Z. k.490-495)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie przedłożonych przez powoda dokumentacji medycznej, rozliczeń podatkowych, zaświadczeń z ZUS i US, orzeczenia lekarskiego, umów o roboty budowlane, rachunków i faktur, dokumentacji zdjęciowej wypadku, dokumentów zalegających w aktach likwidacji szkody i aktach karnych. Powyższa dokumentacja nie budziła wątpliwości Sądu.

Ustaleń w zakresie czy powód miał w chwili wypadku zapięte pasy bezpieczeństwa i jaki ewentualny wpływ na obrażenia wypadkowe powoda miał brak zapięcia pasów bezpieczeństwa Sąd dokonał w oparciu o opinię biegłych A. R. i T. W.. Biegli sądowi w zakresie medycyny wypadkowej oraz rekonstrukcji wypadku wydali opinię jasną i precyzyjną. Wyciągnięte przez nich wnioski dotyczące okoliczności wypadku były przekonujące i logiczne. Opinia ta nie była kwestionowana przez strony.

Ustaleń w zakresie obrażeń powypadkowych powoda, trwałego uszczerbku na zdrowiu, okresu niezdolności powoda do pracy Sąd dokonał w oparciu o opinię J. Ł., którą uznał za profesjonalną i obiektywną. Wątpliwości strony pozwanej wyrażone w zarzutach do opinii, biegły rozwiał w opiniach uzupełniających, podkreślając, że analizując przypadek powoda rozdzielił jego schorzenia somatyczne istniejące przed wypadkiem z obrażeniami powypadkowymi.

Ustaleń odnośnie wpływu obrażeń powypadkowych powoda na jego zdrowie psychiczne Sąd dokonał w oparciu o opinię biegłego psychiatry G. Z., która była wyczerpująca i logiczna. Nie spotkała się z zarzutami stron.

Zeznania powoda Sąd uznał za częściowo wiarygodne. Powód nieobiektywnie przedstawił swoją sytuację zawodowo-majątkową przed wypadkiem. Prezentował postawę wysoce roszczeniową, co wpływało na rzetelność podawanych przez niego informacji. Sąd podzielił tylko te zeznania powoda, które korespondują z pozostałym materiałem dowodowym.

Sąd pominął dowód z zeznań Ł. K. k. 472/1, uznając go za zbędny. Świadek ten został powołany przez powoda na okoliczność zapięcia przez niego pasów bezpieczeństwa. Ustalenia w tym zakresie były dla przedmiotowej sprawy zbędne, wobec stwierdzenia przez biegłych A. R. i T. W., że okoliczność ta i tak nie miała wpływu na obrażenia powypadkowe powoda.

Sąd zważył co następuje:

Powództwo zasługuje na częściowe uwzględnienie.

W przedmiotowej sprawie występuje element zagraniczny. Pozwana (...) Company SE z siedzibą w R., nie jest podmiotem polskim. Sprawy ze stosunku ubezpieczenia przeciwko ubezpieczycielowi należą do jurysdykcji sądów polskich, jeżeli występuje jedna z podstaw jurysdykcji alternatywnie wskazanych w art. 1103 i 1103⁵ § 1 pkt 1-3. Według art. 1103 kpc sprawy rozpoznawane w procesie należą do jurysdykcji krajowej, jeżeli pozwany ma miejsce

zamieszkania lub miejsce zwykłego pobytu albo siedzibę w Rzeczypospolitej Polskiej. Art. 1103⁵ § 1 kpc stanowi, że sprawy ze stosunku ubezpieczenia przeciwko ubezpieczycielowi należą do jurysdykcji krajowej także wtedy, gdy:

1) powód ma miejsce zamieszkania w Rzeczypospolitej Polskiej lub

2) istnieje jurysdykcja krajowa w sprawie przeciwko ubezpieczycielowi głównemu, a pozwany ubezpieczyciel jest współubezpieczycielem, lub

3) zdarzenie wywołujące szkodę nastąpiło w Rzeczypospolitej Polskiej, a sprawa dotyczy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczenia nieruchomości albo ubezpieczenia nieruchomości i ruchomości, gdy powstała na nich szkoda wynikła z jednego zdarzenia. W sprawach, o których mowa w § 1, ubezpieczyciel jest traktowany jako mający miejsce zamieszkania albo siedzibę w Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli ma zakład lub oddział w Rzeczypospolitej Polskiej, a sprawa wynikła z działalności tego zakładu lub oddziału- § 2. Jak wynika z ustaleń przedmiotowej sprawy powód ma miejsce zamieszkania w Polsce, wypadek miał również miejsce na terenie RP. Sąd polski w świetle powyższego unormowania posiada zatem jurysdykcję w tej sprawie.

Do przedmiotowej sprawy należało również zastosować prawo polskie. Według art. 29 ust 1 prawa międzynarodowego prywatnego jeżeli prawo polskie przewiduje obowiązek ubezpieczenia, umowa takiego ubezpieczenia podlega prawu polskiemu. Strona pozwana ponosi odpowiedzialność w przedmiotowej sprawie na podstawie zawartej ze sprawcą wypadku umowy ubezpieczenia pojazdu mechanicznego, jako ubezpieczenia obowiązkowego –art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Swojej odpowiedzialności co do zasady strona pozwana w tym postępowaniu nie kwestionowała. W świetle natomiast art. 34 ppm prawo właściwe dla pozaumownej odpowiedzialności cywilnej wynikającej z wypadków drogowych określa Konwencja o prawie właściwym dla wypadków drogowych, sporządzona w Hadze dnia 4 maja 1971 r. (Dz. U. z 2003 r. Nr 63, poz. 585), która w art. 3 stanowi, że prawem właściwym jest prawo wewnętrzne państwa, w którym nastąpił wypadek. Skoro wypadek nastąpił na terytorium RP, należało zastosować przepisy kodeksu cywilnego w związku z ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Strona pozwana ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą podmiotu objętego obowiązkiem ubezpieczenia-w tym przypadku sprawcy wypadku samochodowego z dnia 6.07.2012 roku za szkody wyrządzone czynem niedozwolonym. Popęlnienie przez V. A. przestępstwa z art. 177 par k.k. wynika z karnego wyroku skazującego, który na zasadzie art. 11 kpc wiąże sąd w postępowaniu cywilnym.

Jak wynika z ustaleń przedmiotowej sprawy strona pozwana niezasadnie podniosła zarzut przyczynienia się powoda do obrażeń powypadkowych poprzez niezapięcie pasów bezpieczeństwa. Jak wynika z opinia A.R. i T. W. okoliczność ta miała bezprzedmiotowe znaczenie dla przebiegu wypadku i obrażeń jakich w nim doznał powód.

W związku z doznanymi przez powoda obrażeniami powypadkowymi bezpośrednio związanymi ze zdarzeniem z dnia 6.07.2012 roku w postaci: złamania trzonu Th 11, skręcenia i stłuczenia odcinak szyjnego kręgosłupa i stłuczenia odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, zasadne jest przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę stosownie do art. 445 § 1 k.c. w kwocie 50.000 zł

W judykaturze ugruntował się już pogląd opowiadający się za kompensacyjnym charakterem przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. zadośćuczynienia pieniężnego, tj. uznający je za sposób naprawienia szkody niemajątkowej, wyrażającej się krzywdą w postaci doznanych cierpień fizycznych i psychicznych. Powinno ono uwzględniać nie tylko krzywdę istniejącą w chwili orzekania, ale również taką, którą poszkodowany będzie w przyszłości na pewno odczuwać oraz krzywdę dającą się z dużym stopniem prawdopodobieństwa przewidzieć. O rozmiarze należnego zadośćuczynienia pieniężnego powinien zatem decydować w zasadzie rozmiar doznanej krzywdy, tj. stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność, czas trwania, stopień i trwałość kalectwa i inne podobne okoliczności. Niewymierny w pełni charakter tych okoliczności sprawia, że Sąd przy ustalaniu rozmiaru krzywdy i tym samym wysokości zadośćuczynienia ma pewną swobodę. Podkreśla się, że ocena Sądu w tym względzie powinna

opierać się na całokształcie okoliczności sprawy i uwzględniać pewne obiektywne kryteria. Zadośćuczynienie musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną, z drugiej zaś strony powinno być utrzymane w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa, jednakże uwzględnienie stopy życiowej społeczeństwa przy określaniu wysokości zadośćuczynienia nie może podważać jego kompensacyjnej funkcji (wyrok SN z dnia 10 marca 2006 roku, IV CSK 80/05, OSNC 2006/10/175). Dlatego Sąd nie mógł zgodzić się z argumentami strony pozwanej, iż powodowi nie należy się dodatkowe zadośćuczynienie ponad wypłaconą kwotę, gdyż prowadziłoby to do jego wzbogacenia. Sąd przeanalizował bowiem indywidualnie przypadek powoda, biorąc pod uwagę w szczególności krzywdy jakich doznał oraz kompensacyjny charakter zadośćuczynienia. Biorąc powyższe kryteria pod rozwagę oraz 25% trwały uszczerbek na zdrowiu powoda związany bezpośrednio ze skutkami wypadku z dnia 6.07.2012 roku Sąd uznał za uzasadnione przyznanie mu zadośćuczynienia w kwocie 50.000 złotych, pomniejszając je o kwotę 14.454,45 zł wypłaconej już z tego tytułu przez ubezpieczyciela. Do zasądzenia pozostało zatem ostatecznie 35.545,55 zł. Sąd uznał, iż kwota wyżej wskazana będzie odpowiednia do rozmiaru doznanej przez powoda krzywdy, wynikającej z uszczerbku na zdrowiu oraz cierpień psychicznych i fizycznych z tym związanych, nasilenia schorzeń somatycznych przez przedmiotowe zdarzenie. Sąd również wziął pod uwagę długość procesu leczniczego powoda, fakt konieczności noszenia gorsetu oraz dolegliwości bólowe jakie temu towarzyszyły, jak również wyłączenie z aktywności zawodowej na okres ponad pół roku.

Powód wyniku wypadku doznał także szkody psychicznej, chociaż nie w takim rozmiarze jak starał się przedstawić w prywatnym gabinecie lekarskim na potrzeby uzyskania renty. Według opinii biegłego psychiatry u powoda po wypadku nasileniu uległy objawy neurasteniczne, lecz nie miało to wpływu na aktywność zawodową powoda. W ocenie Sądu zadośćuczynienie w powołanej wysokości uwzględnia ujemne przeżycia powoda związane z dolegliwościami fizycznymi i psychicznymi i w pośredni sposób pozwoli na wyrównanie uszczerbku doznanego przez niego. Sąd oddalił żądanie zasądzenia wyższego zadośćuczynienia biorąc pod uwagę okoliczności niniejsze sprawy. Przyznanie wyższej kwoty doprowadziłoby do wzbogacenia powoda i wykraczałoby poza ramy kompensacyjne instytucji jaką jest zadośćuczynienie. Powód nie stał się wskutek wypadku osobą niezdolną do pracy i wymagającą pomocy w egzystencjonalnych sprawach. Skutki wypadku miały charakter przejściowy. Proces leczenia został zakończony po 9 miesiącach według opinii biegłego ortopedy. Skutki w zdrowiu psychicznym powoda nie wpływały hamująco na jego zdolność zarobkowania. Dolegliwości bólowe związane z urazami powypadkowymi ustały według biegłego po 3 miesiącach. Obecny stan somatyczny powoda i cierpienia bólowe, na które się skarży wynikają ze zmian zwyrodnieniowo dyskopatycznych kręgosłupa, na które powód leczył się już przed wypadkiem.

Odszkodowanie przewidziane w art. 444 § 1 k.c. obejmuje wszelkie wypadki pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne i celowe. Przykładowo można wymienić koszty leczenia (pobytu w szpitalu, konsultacji u wybitnych specjalistów, dodatkowej pomocy pielęgniarzkiej, koszty lekarstw itp.), specjalnego odżywiania się, nabycia protez i innych koniecznych aparatów (okularów, aparatu słuchowego, wózka inwalidzkiego itp., wydatki związane z przewozem chorego do szpitala i na zabiegi, z przejazdami osób bliskich w celu odwiedzin chorego w szpitalu, z koniecznością specjalnej opieki i pielęgnacji, koszty zabiegów rehabilitacyjnych, przygotowania do innego zawodu (np. opłaty za kursy, szkolenia, koszty podręczników i innych pomocy, dojazdów itp.).

W oparciu o ten przepis Sąd przyznał powodowi kwotę 5.50 zł tytułem zwrotu kosztów zakupionych leków, konkretnie zakupionego żelu naproxen w oparciu o fakturę z k. 67. Żel ten jest żelem przeciwbólowym i przeciwzapalnym stosowanym miejscowo w przypadku bólów także kręgosłupa. Zakup tego żelu Sąd uznał zatem za związany przyczynowo ze skutkami wypadku z dnia 6.07.2012 roku. Takiego związku przyczynowego z zaistniałym wypadkiem powód nie wykazał w stosunku do zakupu innych leków i suplementów uwidoczniionych w tej fakturze tj. kropli do oczu i tabletek drażowych Vitaral. Powód nie wykazał też, aby w związku z leczeniem powypadkowym wykonał prywatne badania na antygen HBs, za który zapłacił 16 zł-k. 66. Wszelkie konieczne badania w tym badania rezonansem magnetycznym były zalecane przez lekarza ortopeda, w poradni ambulatoryjnej, gdzie powód leczył się po wypadku. To badanie i jego koszty w ocenie Sądu nie pozostają wydatkami bezpośrednio związanymi z wypadkiem z dnia 6.07.2012 roku, tym bardziej, że powód podejmuje też systematyczne leczenie schorzeń samoistnych, na które leczył się już przed wypadkiem, w tym leczenie związane z dolegliwościami układu pokarmowego.

Na podstawie w/w przepisu Sąd przyznał powodowi żadaną kwotę 693,71 zł za dojazdy na konsultacje medyczne i badania rezonansem magnetycznym. Sąd uwzględnił metodę obliczenia tych kosztów zaproponowaną przez powoda w pozwie. Zdaniem Sądu oparcie tych wyliczeń na normach stosowanych w rozliczeniach podróży służbowych jest uzasadnione. Powód, będąc poszkodowany w wypadku z dolegliwości bólowymi, musiał kontynuować leczenie ambulatoryjne. Trudno wymagać aby w takim stanie dojeżdżał na leczenie środkami komunikacji miejskiej, narażając się na długą podróż i spotęgowanie dolegliwości bólowych. Ponadto używał gorsetu ortopedycznego, co również w pewien sposób ograniczało jego możliwości samodzielnego i szybkiego przemieszczania się. Zdaniem Sądu przeliczenie dojazdów na konsultacje medyczne wg tzw. kilometrówki jest prawidłowe i miarodajne wbrew twierdzeniom strony pozwanej. Samo odniesienie stawki 0,8358 zł do podróży służbowych według Rozporządzenia Ministra Infrastruktury dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. z dnia 26 marca 2002 r.), nie wyłącza zastosowanie jej przez analogię do rozliczenia kosztów dojazdów do lekarzy i na konieczne badania. Stawa ta uwzględnia bowiem nie tylko koszt zużytego paliwa ale też koszty amortyzacji i zużycia samochodu. Jak ustalono w postępowaniu dowodowym, powód więcej niż 8 razy był na konsultacji ortopedycznej w N. oraz 3 krotnie w Z. w związku z przeprowadzonymi badaniami MR. Odległość między miejscem zamieszkania powoda- K. a N. w dwie strony wynosi 64 km, a między Z. w dwie strony 106 km. Iloczyn odbytych wizyt i odległości między miastami daje 830 km, które pomnożone przez w/w stawkę 0,8358 zł dają żadaną w pozwie kwotę 693,71 zł.

Sąd przyznał też powodowi utracone zarobki w kwocie 1.882,70 zł za okres 6 miesięcy, gdy przebywał na zasiłku chorobowym i pobierał 80% wynagrodzenia na zasadzie art. 444 § 2 jako skapitalizowanej renty. Sąd nie zaaprobował sposobu obliczenia utraconych zarobków wskazanego przez powoda w pozwie. Powód obliczenia w tym przedmiocie oparł na porównaniu przychodów z lat 2011 i 2012. Taka operacja na potrzeby obliczenia utraconego dochodu jest nieprawidłowa. Powód bowiem nie uwzględnił w tych wywodach faktycznego i realnego dochodu, który według zeznań rocznych PIT w 2011 roku wyniósł 2.822,95 zł, a w 2012 roku 13.935,57 zł. Uwypuklony przez powoda przychód nie obejmuje kosztów uzyskania przychodu, czyli kosztów prowadzonej działalności gospodarczej, nie może stanowić punktu wyjścia dla obliczania roszczenia z tego tytułu. Miarodajnego punktu wyjściowego do tych obliczeń nie dają też przedłożone przez powoda umowy na roboty budowlane czy faktury za wykonanie usług budowlanych. Dokumenty te bowiem stanowią tylko o przychodzie powoda. Nie oddają jednak wymienionych kosztów prowadzenia działalności gospodarczej. Sąd poszukując podstawy do ustalenia utraconych zarobków powoda wyszedł od kwoty bazowej, którą przyjął ZUS przy obliczeniach zasiłku chorobowego dla powoda. Zdaniem Sądu kwota wyjściowa określona przez ZUS na 1699 zł miesięcznie oddaje realne możliwości miesięcznych dochodów powoda. Mnożąc tą kwotę 1699 zł przez okres 6 miesięcy pozostawania powoda na zasiłku chorobowym (6.07.2012 do 31.12.2013 r) otrzymano kwotę 10.194 zł dochodu powoda, którą mógł realnie w tym okresie zarobić, gdyby nie doszło do wypadku. Pobrał jednak w tym okresie łącznie 8.311,30 zł zasiłku chorobowego. Różnicę między tymi kwotami na 1882,70 zł zasądzono na rzecz powoda.

Odnośnie żądania zasądzenia odsetek ustawowych to Sąd zważył, że terminem, od którego należą się odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia za krzywdę, może być, w zależności od okoliczności sprawy, zarówno dzień poprzedzający wyrokowanie o zadośćuczynieniu, jak i dzień tego wyrokowania (wyrok sądu apelacyjnego z dnia 4.09.2012 r. I ACa 713/12 LEX nr 1220501). Podkreślić jednak należy, że powód zażądał zapłaty zadośćuczynienia w kwocie 180.000 zł w piśmie doręczonym pozwanej w dniu 16.08.2012, biorąc pod uwagę 30 dniowy termin na wypłatę bezspornej części zadośćuczynienia, Sąd uznał, że termin wskazany przez powoda nie jest prawidłowy i powinien rozpocząć swój bieg od dnia 17.09.2012 roku.

Kwotę zasądzonych odszkodowania za koszty leków (5,50 zł) i utracone dochody (1882,70 zł) Sąd zasądził po upływie 30 dni od dnia doręczenia stronie pozwanej pozwu tj. od dnia 11.04.2014 roku (pозew doręczono ubezpieczycielowi w dniu 10.03.2014 roku k. 130). Natomiast kwotę kosztów dojazdu tj. 693,71 zł zasądzono według żądania pozwu od dnia 6.12.2012 roku. Strona pozwana nie przedstawiła kompletnych akt likwidacji szkody, brakuje tam części pism powoda

ze zgłoszonymi roszczeniami w tym roszczeniu z tytułu kosztów dojazdu, którego zwrotu decyzją z dnia 6.12.2012 roku pozwana powodowi odmówiła.

O kosztach postępowania Sąd orzekł zgodnie z art. 100 kpc. Powód tylko częściowo wygrał niniejszą sprawę, dlatego koszty zastępstwa prawnego stron wzajemnie zniesiono. Sąd nakazał również ściągać od strony pozwanej na rzecz SP opłatę od pozwu od zasądzanego roszczenia w wysokości 1907 zł. Koszty opinii biegłych i kserokopii dokumentacji medycznej pokryto z zaliczki uiszczonej przez stronę pozwaną.

SSO Maria Tokarz