

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 listopada 2016 r.

Sąd Rejonowy we Włocławku Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSR Agnieszka Orlik-Seligowska

Protokolant: sekr. sąd. Maja Ziółkowska

po rozpoznaniu w dniu 19 października 2016 r. we Włocławku

na rozprawie sprawy

z powództwa Z. R.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. w W. Oddziałowi Regionalnemu w P.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) SA w W. Oddziału (...) w P. na rzecz powoda Z. R. kwotę 8.000 zł (osiem tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 5 grudnia 2007 r. do dnia zapłaty;
2. przyznaje od Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego we Włocławku na rzecz radcy prawnego J. D. prowadzącego Kancelarię Radcy Prawnego w T. kwotę 3.233 zł (trzy tysiące dwieście trzydzieści trzy złote), w tym kwotę 483 zł (czteryście osiemdziesiąt trzy złote) podatku VAT od łącznej kwoty 2.100 zł tytułem kosztów pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu;
3. nakazuje pobrać od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) SA w W. Oddziału (...) w P. na rzecz Skarbu Państwa (Sądu Rejonowego we Włocławku) kwotę 4.726,55 zł (cztery tysiące siedemset dwadzieścia sześć złotych 55/100) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych, od uiszczenia których zwolniony był powód.

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 15 listopada 2011 r. powód Z. R. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) S.A. w W. Oddziału (...) w P. kwoty 8.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 5 grudnia 2007 r. do dnia zapłaty tytułem należnych mu od ubezpieczyciela świadczeń oraz o zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, że w ramach grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu PPlus powód od 1 lutego 2007 r. ubezpieczony był od ryzyka ciężkiej choroby (CC) na kwotę 3000 zł i od ryzyka niezdolności do pracy (TN) na kwotę 5000 zł. W dniu 29 października 2007 r. lekarz orzecznik ZUS uznał powoda za całkowicie i trwale niezdolnego do pracy z rozpoznaniem choroby nowotworowej krtani. Potwierdziła to komisja lekarska ZUS uznając dodatkowo powoda za niezdolnego do samodzielnej egzystencji. Pozwany odmówił wypłaty odszkodowania twierdząc, że powód w deklaracji przystąpienia nie podał informacji o przebytych w 2003 r. zawale serca, a nadto niezdolność do pracy nie trwała dłużej niż 180 dni. W ocenie powoda niezdolność powoda do pracy trwała znacznie dłużej niż 180 dni. Zarzut zatajenia informacji o przebytych chorobach jest również chybiony. Deklarację przystąpienia wypełniał przedstawiciel pozwanego. Powód odpowiadał jedynie na jego pytania. Pytanie o przebyte choroby nie padło. Świadczy o tym pominięty tzn. niewypełniony pkt V Deklaracji, a przepis art. 815 § 1 kc in fine sytuację taką reguluje następująco „w razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania

pominięte okoliczności uważa się za nieistotne”. Odnośnie żądania odsetek powód wskazał, że pozwany pozostaje w zwłóce od dnia 5.12.2007r. tj. od dnia ostatniej odmowy wypłaty odszkodowania.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości (k. 43-46) powielając argumentację podnoszoną na etapie postępowania przedsądowego.

Na rozprawie w dniu 21 maja 2012 r. Sąd postanowił o prowadzeniu rozprawy w dalszym ciągu z pominięciem trybu uproszczonego, a zatem w postępowaniu zwykłym procesowym.

Wyrokiem z dnia 27 stycznia 2014 r. wydanym w sprawie sygn. akt I C 226/12 Sąd Rejonowy we Włocławku oddalił powództwo, nie obciążył powoda kosztami procesu należnymi pozwanemu i orzekł o kosztach pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu. Sąd Rejonowy uznał, że powództwo podlegało oddaleniu wskutek skutecznego podniesienia przez pozwanego zarzutu przedawnienia albowiem zgodnie z art. 819 § 1 kc roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat.

Apelację od tego wyroku wywiódł powód, zaś pozwany złożył zażalenie na rozstrzygnięcie zawarte w punkcie drugim wyroku dotyczące nie obciążania powoda kosztami procesu należnymi pozwanej.

Wyrokiem z dnia 18 czerwca 2014 r. wydanym w sprawie I Ca 56/14, I Cz 86/14 Sąd Okręgowy we Włocławku uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu we Włocławku pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego i zażaleniowego.

Sąd odwoławczy wskazał, że Sąd I instancji dokonał generalnie prawidłowych ustaleń faktycznych, wystarczających do rozstrzygnięcia sprawy na obecnym etapie postępowania. Ustalenia Sądu Rejonowego (z jednym wyjątkiem) Sąd II instancji przyjął jako własne czyniąc je podstawą orzeczenia w postępowaniu apelacyjnym. Sąd a quo podstawą swoich ustaleń faktycznych uczynił m.in. opinię biegłego E. Z. (1), zaś to do Sądu należy wiążąca ocena, czy względ na stan zdrowia powoda uzasadnia (samodzielnie lub przez współtowarzyszeniu innych okoliczności) uznanie zarzutu przedawnienia jako sprzecznego z zasadami współżycia społecznego (art. 5 kc). Sąd odwoławczy wywodził, że instytucja przedawnienia pełni niezmiernie ważną funkcję stabilizacji stosunków społecznych. Nie przedstawia się ona jednak jako funkcja nadrzędna o charakterze absolutnym, gdyż w pewnych sytuacjach musi ustąpić przez inną wartością, jaką jest prawo strony do uzyskania orzeczenia zgodnego z poczuciem sprawiedliwości. Sąd Okręgowy konstatawał, że Sąd Rejonowy w niedostatecznym stopniu uwzględnił sytuację osobistą Z. R.. Zachorował on na ciężką chorobę nowotworową, która doprowadziła do całkowitego usunięcia krtani i selektywnego węzłów chłonnych szyi. Nie doszło do jego wyleczenia, a ryzyko wznowienia choroby oraz przerzutów jest bardzo duże. Zarówno z opinii biegłego otolaryngologa jak i orzeczeń wydanych w postępowaniu prowadzonym przez ZUS wynika, że niemal do końca 2010 r. był on niezdolny do samodzielnej egzystencji (biegła wskazała, że stan ten trwał również później). Oznaczało to konieczność korzystania z pomocy osób trzecich, co naturalnie nie wykluczało osobistego dokonania określonych czynności. Takie zachowanie zawsze przy tym jest możliwe, o ile choroba nie prowadzi do utraty świadomości. Trzeba mieć jednak na uwadze, że nie tylko wówczas choroba uzasadnia zwłokę w dochodzeniu roszczeń. Sąd II instancji wskazał, że w okolicznościach rozpoznawanej sprawy nie można tracić z pola widzenia, że wystąpienie na drogę sądową, z czym wiąże się konieczność upublicznienia swojego kalectwa dla osoby nie mogącej mówić stanowiło dodatkową przeszkodę powstrzymującą ją od wytoczenia powództwa. W tego rodzaju wypadku dopiero upływ czasu prowadzi do akceptacji swojej odmienności i dopiero wówczas jest możliwe jej społeczne funkcjonowanie w stopniu zbliżonym do istniejącego wcześniej. Nadto opóźnienie wynoszące około 1/3 trzyletniego terminu przedawnienia jest wprawdzie znaczne, ale nie drastyczne. Nie jest to w każdym razie okres na tyle długi, by sam tylko względ na tę okoliczność przemawiał przeciwko możliwości nieuwzględnienia upływu przedawnienia. Sąd Okręgowy wskazał, że wreszcie sposób załatwienia zgłoszonych w postępowaniu szkodowych roszczeń świadczy o podejściu do nich ubezpieczyciela, a przecież postawa dłużnika również nie jest obojętna dla oceny zastosowania art. 5 kc w odniesieniu do zgłoszonego zarzutu przedawnienia. Odmowa wypłaty ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby uzasadniona została zatajeniem informacji o przebytych przez ubezpieczonego zawałach mięśnia sercowego. Pomijając, że z jego punktu widzenia związek między zawałem a chorobą nowotworową był niezrozumiały w świetle

deklaracji przystąpienia i treści jej rubryki V, co do której można mówić jedynie o jej niewypełnieniu, a nie zatajeniu przebytej wcześniej choroby. Do Sądu należy rozstrzygnięcia kogo ta okoliczność obciąża, ale przytoczony argument był i jest nieuprawniony. Z kolei odmawiając świadczenia z drugiego ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ograniczył się do przytoczenia zawartej w ogólnych warunkach umów definicji niezdolności do pracy i lakonicznej konstatacji, że nie stwierdził wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Sąd II instancji wskazał, trudno to uznać za rzeczową argumentację świadczącą o postawie uwzględniającej ogrom nieszczęścia, które spotkało powoda. Niezależnie od tego z takiej odpowiedzi w istocie nie wynika, dlaczego doszło do odmowy wypłaty sumy ubezpieczenia. Niewątpliwie utrudniło to podjęcie powodowi dalszych kroków w tej sprawie i mogło zniechęcić go do wstąpienia w spór prawny z potentatem na rynku ubezpieczeń.

Sąd Okręgowy uznał, że podniesienie przez pozwanego w okolicznościach rozpoznawanej sprawy zarzutu przedawnienia było sprzeczne z zasadami współżycia społecznego (art. 5 kc), co skutkowało koniecznością uchylecia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania wobec nierozpoznania istoty sprawy, co ma miejsce wówczas, gdy Sąd nie orzeka merytorycznie o żądaniu strony przyjmując, że istnieje materialnoprawna przesłanka unicestwiająca roszczenie. Dochodzi do tego wówczas, gdy Sąd uwzględni zarzut przedawnienia.

Reasumując Sąd Okręgowy nakazał Sądowi Rejonowemu przy ponownym rozpoznaniu sprawy zbadać materialną podstawę żądań powoda i ocenić jej zasadność.

Jeśli chodzi o roszczenie z tytułu ubezpieczenia ciężkiej choroby to będzie on miał na uwadze, że zdaniem Sądu odwoławczego brak wypełnienia wspomnianej rubryki V w deklaracji przystąpienia nie jest tożsamy z podaniem w niej niezgodnych z prawdą informacji i oświadczeń istotnych dla oceny ryzyka, mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zdarzenia objętego umową w rozumieniu § 17 ust. 1 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. Tą oceną Sąd Okręgowy związał Sąd I instancji w toku dalszego prowadzenia sprawy. Sąd Rejonowy ma również rozważyć, czy i ewentualnie jakie znaczenie z innych przyczyn ma ta okoliczność dla odmowy wypłaty. Jednocześnie Sąd Rejonowy został przez Sąd Okręgowy związany oceną, że rozpoznany u powoda nowotwór złośliwy krtani był nowotworem złośliwym w świetle brzmienia § 4 ust. 1 pkt 3 ww. ogólnych warunków i nie był następstwem chorób lub stanów, które występowały u powoda przed dniem 1 lutego 2007 r., co zwalniałoby ubezpieczyciela od odpowiedzialności w myśl § 7 ust 2 wspomnianych warunków.

W odniesieniu do drugiego roszczenia w pierwszej kolejności Sąd odwoławczy nakazał dokonanie ustaleń odnośnie okresu, w którym ubezpieczony objęty był ochroną z tytułu ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy. Uznanie przez Sąd a quo, że ochrona ta utrzymywała się w okresie 1 lutego 2007 r. – 31 października 2007 r. budzi zasadnicze zastrzeżenia. Jest ono pochodną bezkrytycznego przyjęcia stanowiska pozwanego, do którego jednak brak było uzasadnionych podstaw. Odpowiedzialność (...) SA w W. rozpoczęła się zgodnie z § 13 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy – z chwilą objęcia powoda ochroną w ubezpieczeniu podstawowym czyli od 1 lutego 2007 r. Z dalekich od precyzji twierdzeń pozwanego (reprezentowanego przez fachowego pełnomocnika) zgłoszonych na rozprawach w dniu 26.03.2012 r. i 21 maja 2012 r. zdaje się wynikać, gdyż można się tego jedynie domyślić, że w jego ocenie odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń zakończyła się w dniu wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy (§ 14 ust 1 pkt 5 ww. warunków). Powód otrzymał jednak rentę począwszy od 12 listopada 2007 r. (decyzja o przyznaniu renty – k. 92-93 akt ZUS). Na rozprawie apelacyjnej pozwany wskazał na brak opłacenia składki za listopad 2007r. jako uzasadniający przyjęcie końcowej daty ochrony na 31.10.2007 r. Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego jak i na wypadek niezdolności do pracy przewidywały, iż odpowiedzialność (...) SA kończyła się z upływem miesiąca licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka (odpowiednio § 26 ust. 1 pkt 3 i § 14 ust. 1 pkt 3 ww. warunków).

Sąd Okręgowy zważył również, że podstawowe znaczenie ma w przypadku przedmiotowego roszczenia odpowiedź na pytanie, czy w świetle postanowień ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy wykazanie istnienia choroby lub niezdolności do pracy i czas ich trwania można wykazywać tylko orzeczeniem lekarskim podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy czy też za pomocą wszelkich środków dowodowych. Dokonując pod tym kątem analizy warunków Sąd Rejonowy ma zwrócić uwagę, że z definicji zawartej w

§ 2 nie wynika, by niezdolność do pracy czy choroba musiały być stwierdzone orzeczeniem wspomnianego podmiotu, a nawet mimo obowiązku dołączenia do wniosku przedmiotowego orzeczenia ubezpieczyciel mógł ocenić zasadność roszczenia wg swojego uznania na podstawie przedłożonej dokumentacji względnie wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych (§ 20 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 warunków). Pomocne może się też okazać porównanie tamtych warunków z obowiązującymi aktualnie w identycznym lub zbliżonym ubezpieczeniu.

Sąd ustalił, co następuje:

Powód Z. R. w okresie od 1 lutego 2007 r. do 30 listopada 2007 r. był objęty grupowym ubezpieczeniem pracowniczym typu P (...), jako pracownik firmy (...). Umowa ubezpieczenia została potwierdzona polisą nr (...). Do umowy ubezpieczenia zastosowanie miały ogólne warunki grupowego ubezpieczenia typ P (...) zatwierdzone uchwałą nr UZ 86/2004 Zarządu (...) Zakładu (...) na Życie z dnia 3.03.2004r.

Jednocześnie powód został objęty dodatkowym grupowym ubezpieczeniem na wypadek ciężkiej choroby, do którego miały zastosowanie ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby zatwierdzone uchwałą UZ/432/2003 Zarządu (...) Zakładu (...) na (...) SA z dnia 26.11.2003r. z sumą ubezpieczenia 3.000 zł.

Nadto powód został objęty ubezpieczeniem na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, do którego miały zastosowanie ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy zatwierdzone uchwałą UZ/407/2004 Zarządu (...) Zakładu (...) na (...) SA z dnia 16.10.2004r. z sumą ubezpieczenia 5.000 zł.

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego jak i na wypadek niezdolności do pracy przewidywały, iż odpowiedzialność (...) SA kończyła się z upływem miesiąca licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka (odpowiednio § 26 ust. 1 pkt 3 i § 14 ust. 1 pkt 3 ww. warunków). Odpowiedzialność (...) SA w W. rozpoczęła się zgodnie z § 13 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy – z chwilą objęcia powoda ochroną w ubezpieczeniu podstawowym czyli od 1 lutego 2007 r. Powód otrzymał rentę począwszy od 12 listopada 2007 r. Brak jest jakichkolwiek przesłanek, aby przyjąć, że brak opłacenia składki przez powoda za listopad 2007r. uzasadniał przyjęcie końcowej daty ochrony na 31.10.2007 r.

(dowód: częściowo okoliczności bezsporne, a nadto ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, decyzja o przyznaniu renty – k. 92-93 akt ZUS, kopia polisy – k. 12, deklaracja przystąpienia – k. 14,)

Decyzję o odmowie wypłaty odszkodowania pozwany (...) Zakład (...) na (...) SA w W. Oddział (...) w P. z tytułu wystąpienia ciężkiej choroby wydał w dniu 22.10.2007r.

(dowód: okoliczności bezsporne, decyzja w aktach szkody CC)

Z kolei decyzję o odmowie wypłaty odszkodowania z tytułu niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji pozwany wydał w dniu 5.12.2007r.

(dowód: bezsporne, decyzja w aktach szkody TN)

W dniu 7.05.2007r. powód przebywał na oddziale (...) we W. z powodu guza krtani, gdzie pobrano wycinki do badań histopatologicznych – lekarz leczy M. Z. – a nie E. Z. (1). Wynik badania histopatologicznego z dnia 28.05.2007r. wskazywał na raka płaskonabłonkowego.

Celem dalszego leczenia w Klinice (...) przebywał w okresie: 25.06. do 18.07.2007 r., gdzie w dniu 9.07.2007r. (w 15 dobie od przyjęcia do Kliniki) dokonano chirurgicznego całkowitego usunięcia krtani i selektywnego usunięcia węzłów chłonnych szyi.

Następnie powód został skierowany do dalszego leczenia onkologicznego. W okresie 2.08.2007r. do 25.09.2007r. powód przebywał w Centrum Onkologii, gdzie został poddany radioterapii.

Zdiagnozowana u powoda choroba nowotworowa spowodowała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji poczynając od 14.05.2007r. w okresie przekraczającym 180 dni i trwa nadal. Choroba ta nie była następstwem chorób lub stanów, które wystąpiły przed dniem 1 lutego 2007 roku. Z uwagi na specyfikę choroby i stopień zaawansowania nowotworu do czasu operacji powód wymagał pomocy osób trzecich w następujących czynnościach życia codziennego:

- przygotowywanie posiłków wysokobiałkowych rozdrobnionych, nie mógł jeść kanapek, gdyż miał/musiał mieć zaburzenia przełykania, krztusił się
- zakupów w związku z ograniczonym kontaktem z ludźmi w celu zapobiegnięcia infekcjom dyskwalifikującym go z leczenia operacyjnego,
- ustalenia wizyt lekarskich i badań dodatkowych kardiologicznych, zmiany leków itp.

Miał zadyszkę, duszność i trudności w oddychaniu przy każdym nie tylko większym wysiłku, ale zwykłych czynnościach życia codziennego, normalnym poruszaniu się, wejściu po schodach. Wynikało to z faktu, że guz krtani, jaki został zdiagnozowany u powoda po pobraniu wycinka do badań histopatologicznych miał rozmiary 2x2 cm, w sytuacji gdy krtani człowieka ma przekrój trójkąta 1,5x2 cm. Pacjenci z tego typu schorzeniem, gdy guz rośnie w krtani niejako „przyzwyczajają się” do ograniczonej ilości pobieranego powietrza z otoczenia (przez co w miarę rozrostu nowotworu z dnia na dzień nie duszą się), jednakże nie są osobami, które mogą samodzielnie egzystować skoro zwykłe poruszanie się sprawia im trudności.

Natomiast już po zabiegu usunięcia krtani powód wymagał dodatkowo pomocy przy: toalecie stomy, odsysaniu wydzieliny, wymiany rurki tracheotomijnej, porozumiewaniu się z otoczeniem.

W okresie pooperacyjnym, gdy powód przyjmował naświetlania codziennie jeździł do F. przez ok. 1,5 miesiąca. W tym czasie borykał się ze skutkami napromieniowania w postaci wczesnych odczynów popromiennych: zaburzenia połykania, pieczenia skóry, jamy ustnej i gardła, niejednokrotnie krwawienia z dolnych dróg oddechowych. Powód w chwili obecnej jest objęty stałą opieką medyczną pod kątem wznowy miejscowej oraz przerzutów ocenionych na 85 % . W dalszym ciągu wymaga pomocy osób trzecich i nie wykształcił mowy przełykowej.

(dowód: karta informacyjna ze Szpitala Wojewódzkiego we W. - k. 14, pisemna opinia biegłego sądowego specjalisty- otolaryngologa E. Z. (1) k.155-156 wraz z opinią uzupełniającą pisemną i ustną - k.187-188, k.dokumentacja medyczna i orzecznicza w aktach ZUS oraz w aktach szkody nr 7007757 i nr (...))

Wniosek powoda o wydanie orzeczenia w sprawie ustalenia uprawnień do renty z tytułu niezdolności do pracy został zgłoszony do ZUS w dniu 12.10.2007r. Orzeczeniem z dnia 29.10.2007r. ZUS uznał powoda całkowicie niezdolnym do pracy wskazując, iż data początkowa przypada przed 1.10.2007r., a data końcowa na październik 2007r. (pisownia oryginalna 2009 – k. 16)

(dowód: wniosek k.44-44v akt ZUS nr 639460, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS - k.46-46v akt ZUS nr 639460, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS – k. 16, k. 17)

W dniu 9.11.2007 r. powód złożył własnoręcznie napisany sprzeciw od tej decyzji, wskazując, iż jest również niezdolny do samodzielnej egzystencji. Orzeczeniem komisji lekarskiej ZUS z dnia 28.11.2007r. uznano, że powód jest niezdolny do samodzielnej egzystencji poczynając od 9.07.2007r.

(dowód: sprzeciw powoda - k.47 akt ZUS nr 639460, orzeczenie k.50-50v akt ZUS nr 639460, orzeczenie Komisji ZUS – k. 18).

Kolejne orzeczenie ZUS przedłużyło powodowi okres niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji do 31.12.2010r. Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z dnia 19.10.2010r. ustalono, iż powód nadal jest całkowicie niezdolny do pracy do 30.11.2013r., ale nie jest już niezdolny do samodzielnej egzystencji.

(dowód: orzeczenie k.55-56 akt ZUS nr 639460, orzeczenie k.58-59 akt ZUS nr 639460)

W dniu 19.10.2010r. powód złożył sprzeciw od powyższej decyzji. Orzeczeniem komisji lekarskiej ZUS z dnia 9.11.2010r. stwierdzono, iż całkowita niezdolność do pracy powoda obejmuje okres do dnia 31.11.2013r. Jednocześnie uznano, że nie jest już niezdolny do samodzielnej egzystencji. Kolejnym orzeczeniem z dnia 26.08.2013r. ZUS uznał, iż powód nadal jest całkowicie niezdolny do pracy oraz samodzielnej egzystencji do 31.03.2015r.

(dowód: orzeczenie - k.65 akt ZUS nr 639460, orzeczenie - k.63 akt ZUS nr 639460, sprzeciw - k.60 akt ZUS nr 639460).

W dniu 27.09.2007r. powód zgłosił pozwanemu wystąpienie ciężkiej choroby i wypełnił formularz zgłoszeniowy oraz załączył dokumentację medyczną, ZUS w celu likwidacji szkody z ubezpieczenia grupowego oznaczonego symbolem (...). W dniu 14.11.2007r. powód zgłosił pozwanemu wystąpienie niezdolności do pracy i wypełnił formularz zgłoszeniowy oraz załączył dokumentację medyczną, ZUS i kopie zwolnień lekarskich w celu likwidacji szkody z ubezpieczenia grupowego oznaczonego symbolem (...). Ostatnie pismo w kwestii likwidacji szkody objętej przedmiotowymi polisami powód złożył do szkody nr (...) w dniu 30.10.2007r. składając wyjaśnienia w odpowiedzi na odmowę wypłaty odszkodowania.

(dowód: zgłoszenie w aktach szkody nr 7009078, zgłoszenie w aktach szkody nr 7007757, pismo powoda w aktach szkody nr 7007757)

Sąd zważył, co następuje:

W niniejszej sprawie po jej przekazaniu do ponownego rozpoznania nie budzi wątpliwości i nie podlega dyskusji, że Sąd odwoławczy wytyczył Sądowi Rejonowemu dalszą drogę procedowania i związał ten Sąd tym, że podniesienie przez pozwanego w okolicznościach rozpoznawanej sprawy zarzutu przedawnienia było sprzeczne z zasadami współzycia społecznego (art. 5 kc). Sąd Okręgowy poparł swoje stanowisko szeroką argumentacją, która nie wymaga powielania i zasługuje na całkowitą aprobatę ze strony Sądu meriti. Dlatego też dalsze powoływanie się przez stronę pozwaną na tę okoliczność nie może w jakimkolwiek zakresie zasługiwać na aprobatę, stąd bezprzedmiotowy był wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu psychologii czy psychiatrii na okoliczność ustalenia, czy powód był w stanie samodzielnie podejmować czynności zmierzające do dochodzenia spornego roszczenia. Uznanie zarzutu przedawnienia – jak wskazał Sąd Okręgowy – za nadużycie prawa (art. 5 k) jest dopuszczalne także wówczas, gdy przyczyny opóźnienia w dochodzeniu roszczenia leżą również - a nawet wyłącznie po stronie uprawnionego.

W dalszej kolejności Sąd Okręgowy wyraził pogląd i związał nim Sąd Rejonowy, że brak wypełnienia rubryki V w deklaracji przystąpienia nie jest tożsamy z podaniem w niej niezgodnych z prawdą informacji i oświadczeń istotnych dla oceny ryzyka, mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zdarzenia objętego umową w rozumieniu § 17 ust. 1 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby. W ocenie Sądu Rejonowego okoliczność ta tzn. nie wypełnienie tej rubryki i tym samym nie podanie w deklaracji przystąpienia, że powód przebył wcześniej inną chorobę – konkretnie zawał mięśnia sercowego w 2003 r. nie ma żadnego znaczenia dla odmowy wypłaty niniejszego świadczenia i nie miało żadnego wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zdarzenia objętego umową w rozumieniu wspomnianego § 17 ust. 1 owu. Nie ulega wątpliwości, że schorzenie to nie pozostaje w związku przyczynowo – skutkowym z rozpoznaniem u powoda nowotworu złośliwego krtani.

Sąd Rejonowy ponadto został przez Sąd Okręgowy związany oceną, że rozpoznany u powoda nowotwór złośliwy krtani był nowotworem złośliwym w świetle brzmienia § 4 ust. 1 pkt 3 ww. ogólnych warunków i nie był następstwem

chorób lub stanów, które występowały u powoda przed dniem 1 lutego 2007 r., co zwalniałoby ubezpieczyciela od odpowiedzialności w myśl § 7 ust 2 wspomnianych warunków.

W tych okolicznościach Sąd Rejonowy skupił się na zbadaniu materialnej podstawy żądań powoda i ocenie jej zasadności, co skutkowało uznaniem roszczenia powoda za w pełni uzasadnione.

Należy wskazać, że powód domagał się od pozwanego łącznie kwoty 8000 zł, w tym kwoty 3000 zł z tytułu ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby i kwoty 5000 zł z tytułu ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji. Obydwa żądania są uzasadnione.

Odnośnie ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby należy podkreślić, że powód po objęciu go ochroną ubezpieczeniową cierpiał na ciężką chorobę nowotworową, która doprowadziła do całkowitego usunięcia krtani i selektywnego węzłów chłonnych szyi. Nie doszło do jego wyleczenia, a ryzyko wznowienia choroby oraz przerzutów jest nadal bardzo duże. Jeszcze raz należy podkreślić, że brak wypełnienia wspomnianej rubryki V w deklaracji przystąpienia nie jest tożsamy z podaniem w niej niezgodnych z prawdą informacji i oświadczeń istotnych dla oceny ryzyka, mających wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zdarzenia objętego umową w rozumieniu § 17 ust. 1 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby, zaś rozpoznany u powoda nowotwór złośliwy krtani był nowotworem złośliwym w świetle brzmienia § 4 ust. 1 pkt 3 ww. ogólnych warunków i nie był następstwem chorób lub stanów, które występowały u powoda przed dniem 1 lutego 2007 r., co zwalniałoby ubezpieczyciela od odpowiedzialności w myśl § 7 ust 2 wspomnianych warunków. Odmowa wypłaty ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby uzasadniona została przez pozwanego zatajeniem informacji o przebytych przez ubezpieczonego zawale mięśnia sercowego. Argument ten jak wskazano powyżej jest nieuprawniony. Nie budziło wątpliwości Sądu, że schorzenie powoda ma charakter bardzo poważny i długotrwały, o czym zresztą świadczą końcowe decyzje organu rentowego i opinie biegłych wydane w niniejszej sprawie. W świetle opinii biegłego E. Z., która jest fachowa i spójna pewne jest, że choroba, jaka dotknęła powoda jest ciężką chorobą w rozumieniu ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby.

Z kolei odmawiając świadczenia z drugiego ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ograniczył się do przytoczenia zawartej w ogólnych warunkach umów definicji niezdolności do pracy i lakonicznej konstatacji, że nie stwierdził wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Sąd II instancji wskazał, że trudno to uznać za rzeczową argumentację świadczącą o postawie uwzględniającej ogrom nieszczęścia, które spotkało powoda. Pozwany ponadto kwestionował, że pomimo, że od 14 maja 2007 r. powód był niezdolny do pracy, to nie oznacza to, że był również niezdolny do samodzielnej egzystencji. A obie te przesłanki winny być spełnione łącznie, tzn. niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji będąca rezultatem nieszczęśliwego wypadku lub choroby winna trwać dłużej niż 180 dni w okresie odpowiedzialności pozwanego. W ocenie pozwanego powód był niezdolny do samodzielnej egzystencji dopiero od momentu operacji tj. od 9 lipca 2007 r., co daje 145 dni (od 9.07.2007 r. do 30.11.2007 r.). Taką argumentacją strony pozwanej nie sposób podzielić. Należy zaznaczyć, że ochrona ubezpieczeniowa pozwanego z pewnością utrzymywała się od 1 lutego 2007 r. do 30 listopada 2007 r. Odpowiedzialność (...) SA w W. rozpoczęła się zgodnie z § 13 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy – z chwilą objęcia powoda ochroną w ubezpieczeniu podstawowym czyli od 1 lutego 2007 r., zaś zakończyła się w 30 listopada 2007 r., gdyż powód otrzymał rentę począwszy od 12 listopada 2007 r. (decyzja o przyznaniu renty – k. 92-93 akt ZUS), powód nie opłacał składki od listopada 2007 r. (ostatnia składka została opłacana za październik 2007 r.), zaś ogólne warunki grupowego ubezpieczenia pracowniczego jak i na wypadek niezdolności do pracy przewidywały, iż odpowiedzialność (...) SA kończyła się z upływem miesiąca licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka (odpowiednio § 26 ust. 1 pkt 3 i § 14 ust. 1 pkt 3 ww. warunków).

Należy zaznaczyć, że w świetle postanowień ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy wykazanie istnienia choroby lub niezdolności do pracy (samodzielnej egzystencji) i czas ich trwania można wykazywać w rozpatrywanej sprawie nie tylko orzeczeniem lekarskim podmiotu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy ale za pomocą wszelkich środków dowodowych. Z definicji zawartej w § 2 nie wynika, by niezdolność do pracy czy choroba musiały być stwierdzone orzeczeniem wspomnianego podmiotu, a nawet mimo

obowiązku dołączenia do wniosku przedmiotowego orzeczenia ubezpieczyciel mógł ocenić zasadność roszczenia wg swojego uznania na podstawie przedłożonej dokumentacji względnie wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych (§ 20 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 warunków). Pomocne może się też okazać porównanie tamtych warunków z obowiązującymi aktualnie w identycznym lub zbliżonym ubezpieczeniu. Dla przykładu z ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji (kod warunków (...)) stosowanych u pozwanego od 1 listopada 2013 r. wynika, że wnioskujący o wykonanie zobowiązania wynikającego z umowy składa do (...) SA zgłoszenie roszczenia, orzeczenie, ale też inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, w szczególności druki (...) poświadczające nieświadczenie pracy oraz dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny powstania niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – na życzenie (...) SA, zaś (...) SA decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa wyżej, opinii lub orzeczenia wskazanego przez siebie lekarza orzecznika oraz ewentualnie wyników zleconych przez siebie badań medycznych. (§20). Podobne warunki dotyczące skierowania ubezpieczonego na badanie lekarskie w celu potwierdzenia wystąpienia i trwania niezdolności do pracy obowiązywały u pozwanego od 1.10.2012 r. (kod warunków (...) - § 17). Zatem brak jest przeszkód w wykazaniu tych okoliczności przez stronę powodową wszelkimi środkami dowodowymi dostępnymi na gruncie kpc (w tym dowodem z opinii biegłego), skoro sam ubezpieczyciel może sięgać do zleconych przez siebie badań medycznych, innych dokumentów i dokumentacji medycznej. W przypadku powoda należy w ocenie Sądu postawić znak równości (tak jak zasadnie czyni to biegła otolaryngolog E. Z. (1)) pomiędzy niezdolnością powoda do pracy jak również do samodzielnej egzystencji. Te daty in concreto są zbieżne. Zatem w okresie ochrony ubezpieczeniowej trwała niezdolność powoda do pracy i samodzielnej egzystencji trwała powyżej 180 dni – od 14 maja 2007 r. do 30.11.2007 r. (200 dni). W tym czasie, kiedy powód otrzymał zwolnienie lekarskie i był niezdolny do pracy, był już w stanie ciężkiej choroby nowotworowej, jak wskazała biegła E. Z. – jak w przypadku każdego pacjenta z chorobą nowotworową nie było bezpośredniego natychmiastowego zagrożenia życia – stąd został skierowany na planowaną operację, gdyż taka była wówczas procedura, nie było pakietu onkologicznego. Gdyby było można wcześniej przeprowadzić taki zabieg z uwagi na możliwości organizacyjne służby zdrowia – taka operacja z pewnością winna być przeprowadzona niezwłocznie po uzyskaniu wyników badań histopatologicznych – 28.05.2007 r. Zdaje się, że pozwany ocenia wybiórczo dowody widząc jedynie jednostronną korzyść. W tej materii Sąd jako fachową i popartą dużą wiedzą medyczną oraz 25-letnim doświadczeniem w zawodzie ocenił opinię biegłej E. Z. (1). W pełni zasługuje ona na aprobatę. Wnioski, do jakich doszła biegła są zgodne z zasadami doświadczenia życiowego, spójne i logiczne. Sam stan zaawansowania nowotworu o tym świadczy. Fakt, że podczas przesłuchania biegłej nie pamiętała ona wszystkich szczegółów dotyczących wydanej opinii nie dyskwalifikuje jej pisemnych opinii, których wnioski po zapoznaniu się z opinią biegłej T. Ł.-S. podtrzymała w całości. Wiązanie niezdolności do samodzielnej egzystencji powoda z datą zabiegu operacyjnego (9.07.2007 r.) jest nieuprawnione i powoduje oderwanie powoda od choroby nowotworowej jako stanu, który wyniszczał jego organizm przed operacją. Z pewnością musiał być już wówczas – 14.05.2007 r. tj. w chwili przejścia na zwolnienie lekarskie niezdolny do samodzielnego podejmowania czynności podstawowej egzystencji – robienia zakupów, przygotowywania posiłków, uczestniczenia w życiu społecznym i zawodowym. Należy zatem stanowczo odrzucić wnioski, do jakich doszła biegła T. S. (1) albowiem już na pierwszy rzut oka widać że biegła nie wzięła pod uwagę okoliczności dotyczących duszności u powoda, zadyszki podczas zwykłego chodzenia, które same w sobie powodowały, że nie był on zdolny do samodzielnej egzystencji, gdyż nie mógł poruszać się i załatwiać normalnych spraw życia codziennego jak zdrowy człowiek. Skoro guz miał rozmiary 2x2 cm mając na uwadze przekrój krtani (1,5x2cm) należało zgodzić się z biegłą E. Z., że oczywistym jest, że powód musiał mieć duszności, zadyszkę, problemy z przełykaniem itp. Nie można tracić z pola widzenia, że w wyniku operacji powód utracił mowę, co wykluczało jego przesłuchanie, zresztą w ocenie Sądu w rozpatrywanej sprawie byłoby to „niehumanitarne” w stosunku do powoda. Należy wskazać, że nawet biegła Ł.-S. podała w swojej ustnej opinii uzupełniającej, że przed operacją było wskazane przez powoda ograniczenie kontaktów, aby uniknąć zakażenia. Dlatego też pomimo rozbieżności we wnioskach obu biegłych (notabene opinia biegłej Ł.-S. odnośnie daty początkowej niezdolności do pracy wskazuje datę wcześniejszą niż druga biegła (7.05.2007 r., 14.05.2007 r.), co świadczy o niezwyklej ocenności danego przypadku) Sąd uznał opinię biegłej E. Z. za miarodajną dla rozstrzygnięcia przez Sąd niniejszego sporu (dowód z jej opinii ustnej uzupełniającej Sąd dopuścił w związku z rozbieżnością obu opinii jak również na okoliczność zarzutów zgłaszanych przez pełnomocnika pozwanego w piśmie z 27.03.2013 r. do jej opinii pisemnych, który to wniosek dowodowy został „pominięty”

przez Sąd Rejonowy po raz pierwszy procedujący w sprawie (rozprawa 13.01.2014 r. – k. 228) przed jej przekazaniem do ponownego rozpoznania), nie podzielając wniosków opinii T. Ł.-S. odnośnie daty początkowej niezdolności do samodzielnej egzystencji przez powoda. Dlatego też zbędne było in concreto dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego otolaryngologa. W tej sytuacji nie było potrzeby powoływania innego zespołu biegłych. Potrzeba powołania innego biegłego powinna bowiem wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii (por. orzeczenie Sądu Najwyższego z 4.08.1999 r., I PKN 20/99, (...), orzeczenie Sadu Najwyższego z 21.11.1974 r., II CR 638/74, OSPiKA 1975/5/108). Za biegłą E. Z. należało przyjąć, że o niezdolności powoda do samodzielnej egzystencji od 14.05.2007 r. (data wystawienia zwolnienia lekarskiego) przesądzały następujące okoliczności: wielkość guza 2/2 cm, stopień zaawansowania procesu nowotworowego z przerzutem do węzłów chłonnych szyi – wynik histopat preparatu pooperacyjnego (biegła T. Ł. – S. błędnie uznała, że nie było przerzutów, skoro w samym wyniku badania histopatologicznego przedoperacyjnego nie było mowy o przerzutach). Dlatego też Sąd uznał, że powód musiał mieć – jak wskazała biegła E. Z. – zaawansowaną duszność, zaburzenia połykania i dolegliwości bólowe (po pobraniu wycinka zalecono Bi-P. przeciwbólowo – k. 14) i wymagał pomocy osób trzecich. Jako spójną i fachową oceniono opinię biegłego psychiatry T. S. (2), przy czym nie miała ona kluczowego znaczenia dla sprawy albowiem biegły wskazał, że nie zdolność do pracy i samodzielnej egzystencji nie miały związku ze stanem psychicznym powoda, a były następstwem ciężkiej choroby nowotworowej i jej konsekwencji. W ocenie biegłego psychiatry jedynie biegły otolaryngolog może wiążąco w danym przypadku wypowiadać się odnośnie leczenia, rehabilitacji i funkcjonowania osób po laryngektomii. Fakt, że w czasie hospitalizacji powoda na Oddziale Laryngologicznym w 2007 r. nie występowały zaburzenia sfery psychicznej upośledzające zdolność powoda do samodzielnej egzystencji (k. 398 – opinia uzupełniająca biegłego T. S.) nie stoi na przeszkodzie uznaniu, że już od 14 maja 2007 r. był on niezdolny do samodzielnej egzystencji, co nie wynikało z jego zaburzeń depresyjnych, adaptacyjnych, schorzeń psychicznych i psychiatrycznych, ale z choroby nowotworowej, jej stopnia zaawansowania i ogólnego stanu zdrowia. Stąd opinia biegłego z zakresu otolaryngologii miała w tym zakresie znaczenie kluczowe.

Mając powyższe na uwadze na podstawie art. 805 § 2 kc, art. 829 kc orzeczono jak w sentencji wyroku. O odsetkach ustawowych orzeczono w oparciu o przepis [art. 359 § 2 w zw. z art. 481 kc](#) oraz w zw. z [art. 817 § 2 kc](#).

Uznając, że powód wygrał w całości, na podstawie art. 98 kpc w zw. z art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych orzeczono o kosztach sądowych. W oparciu o przepis § 6 pkt 4 w zw. z § 15 w zw. z § 2 ust. 3, § 12 ust. 1 pkt 1, ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (..) przyznano wynagrodzenie na rzecz pełnomocnika powódki ustanowionego z urzędu za obie instancje i postępowanie zażaleniowe oraz zwrot kosztów dojazdu w łącznej kwocie 3233 zł, w tym koszty zastępstwa procesowego za I instancję 1200 +276 vat – 1476 zł, za II instancję 600+138 zł vat – 738 zł, za postępowanie zażaleniowe – 300+69 zł - 369 zł - łącznie 2.583 zł w tym podatek vat od łącznej kwoty 2100 zł – 483 zł i kwotę 650 zł tytułem zwrotu kosztów dojazdu. Sąd nie dopatrył się szczególnych okoliczności przemawiających za przyznaniem wynagrodzenia pełnomocnikowi powoda w wyższej stawce niż minimalna. Wskazać należy, że powód był w całości zwolniony od kosztów sądowych (k. 38).

Na nieuiszczone koszty sądowe składały się: opłata sądowa od pozwu – 400 zł, opłata od apelacji 400 zł (sprawa prowadzona z pominięciem trybu uproszczonego), kwota 18,91 zł tytułem wynagrodzenia należnego innym instytucjom (ksero dokumentacji medycznej), kwota 3233 zł tytułem zwrotu kosztów pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu, kwoty 511,97 zł, 95,91 zł, 675,60 zł, 191,16 zł, tytułem wynagrodzenia biegłych tj. łącznie kwota 5526,55 zł. Przy uwzględnieniu kwoty 200zł, 400 zł, 200 zł łącznie 800 zł uiszczonej przez pozwanego tytułem zaliczek (k. 145, k. 372, k. 313), do pobrania na rzecz Skarbu Państwa pozostała kwota 4726,55 zł.

W uchwale z dnia 29.06.2016 r., sygn. akt III CZP 26/16 Sąd Najwyższy orzekł jednoznacznie, że kosztami przejazdu do Sądu pełnomocnika będącego adwokatem lub radcą prawnym – jeżeli ich poniesienie było niezbędne i celowe w rozumieniu art. 98 § 1 kpc – są koszty rzeczywiście poniesione, a nie koszty przejazdu ustalone na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej (Dz.U.2013 r. poz. 167). Po pewnych wahaniach w orzecznictwie Sądu Najwyższego utorował sobie drogę pogląd, że

strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi zastępowanemu przez pełnomocnika będącego adwokatem lub radcą prawnym koszty jego przejazdu do sądu, jeżeli w okolicznościach sprawy były one niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Pogląd ten jest m.in. konsekwencją zaliczenia tych kosztów do wydatków przewidzianych w art. 98 § 3 k.p.c. oraz do wydatków w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Po utrwaleniu się tego poglądu w orzecznictwie sądów powszechnych powstała wątpliwość dotycząca metody ustalania kosztów przejazdu zawodowego pełnomocnika do sądu, a w szczególności co wynika z rozstrzyganego zagadnienia prawnego czy ich wysokość może być wyliczona na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej. W piśmiennictwie przyjmuje się zgodnie, że istota oraz cele wydatków przeznaczanych na pokrycie kosztów związanych z udziałem w postępowaniu cywilnym i podejmowaniem niezbędnych czynności procesowych uzasadniają tezę, iż ustanowione zasady ich zwrotu mają charakter kompensacyjny, prowadzący do wyrównania uszczerbku w majątku strony lub innej osoby uczestniczącej w postępowaniu. Analiza ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych prowadzi jednocześnie do wniosku, że wydatkom odpowiadają koszty, które zostały rzeczywiście poniesione oraz były racjonalne i celowe (np. art. 85 ust. 1, art. 88, 90 i 91). W odniesieniu do wydatków stanowiących element kosztów procesu, wymagana jest obok ich celowości także niezbędność (art. 98 § 1 k.p.c.). Nie ma żadnych argumentów na rzecz odmowy charakteru kompensacyjnego także żądaniu zwrotu kosztów przejazdu, poniesionych przez zawodowego pełnomocnika w związku z dojazdem do sądu, w którym odbywają się posiedzenia sądowe lub w którym podejmowane są inne czynności procesowe (np. do sądu wezwanego). W tym stanie rzeczy nie może się powieść próba wykazania, że ustalenie kosztów przejazdu zawodowego pełnomocnika następuje na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej w związku z przepisami rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 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. Nr 27, poz. 271 ze zm.). Niezależnie od tego, że rozporządzenia te wprowadzają pewien automatyzm ustalania kosztów. Niezależnie od tego, że rozporządzenia te wprowadzają pewien automatyzm ustalania kosztów przejazdu, niejednokrotnie oderwany od kosztów poniesionych w rzeczywistości, należy pamiętać, iż dotyczą kosztów podróży osób mających status pracownika, w związku z odbyciem podróży służbowej na podstawie wystawionej przez pracodawcę tzw. delegacji, czyli polecenia wykonania zadań służbowych poza miejscowością, w której znajduje się siedziba pracodawcy lub poza stałym miejscem pracy. Rozporządzenie z dnia z dnia 29 stycznia 2013 r. zostało wydane na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 775 k.p., a rozporządzenie z dnia 25 marca 2002 r. na podstawie art. 34a ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (Dz. U. Nr 125, poz. 1371 ze zm.), w związku z odesłaniem zawartym w § 4 ust. 4 rozporządzenia z dnia 29 stycznia 2013 r. Obydwa rozporządzenia pozostają więc na obszarze prawa pracy i dotyczą wyłącznie stron stosunku pracy, a co oczywiste niedopuszczalne jest stosowanie bez wyraźnej podstawy prawnej przepisów dotyczących pracowników do osób niemających takiego statusu. Poza tym, w związku z unormowaniem zawartym w art. 85 ust. 1 oraz art. 88, 90 i 91 u.k.s.c.), stosowanie tych przepisów do radców prawnych i adwokatów prowadziłoby do ich uprzywilejowania w stosunku do innych uczestników postępowania, w tym także do stron. Oczywiście, omawiane rozporządzenia mogą mieć zastosowanie do radców prawnych w relacjach z pracodawcą, jeżeli radca prawny, zatrudniony na podstawie umowy o pracę, wykonuje obsługę prawną swego pracodawcy (art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych, jedn. tekst: Dz.U. z 2015 r., poz. 507). Zasady ustalania kosztów i rozliczeń przewidzianych w tych rozporządzeniach nie mogą być jednak przenoszone na grunt postępowania cywilnego. W związku z tym należało uchwalić, że kosztami przejazdu do sądu pełnomocnika będącego adwokatem lub radcą prawnym jeżeli ich poniesienie było niezbędne i celowe w rozumieniu art. 98 § 1 k.p.c. są koszty rzeczywiście poniesione. Koszty te powinny być wyszczególnione przez pełnomocnika w spisie kosztów (art. 109 § 1 k.p.c.), który podlega kontroli sądu na podstawie art. 233 k.p.c. (postanowienie składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2002 r., III CZP 13/02 OSNC 2004, Nr 1, poz. 6).

W niniejszej sprawie obaj pełnomocnicy stron nie wykazali, jakie rzeczywiście ponieśli koszty przejazdów do Sądu. Odnośnie tego, że były to koszty niezbędne i celowe nie ma żadnych wątpliwości. Niemniej jednak skoro byli obecni

na wyszczególnionych w spisach rozprawach, to faktycznie takie koszty musieli ponieść. Pełnomocnik powoda złożył na rozprawie w dniu 19.10.2016 r. spis kosztów w zakresie ewidencji przebiegu pojazdów, z którego wynika, że 10 razy odbył podróż na trasie T.-W.-T. (10x110 km), zaś 1 raz z T.-B.-T. na posiedzenie w przedmiocie wykonania odezwy sądowej (92 km), przy czym w żądaniu łącznej kwoty z tego tytułu 996,19 zł wskazał jako podstawę ustalenia kosztów dojazdu kwotę ryczałtu za 1 km jak w przypadku ww. rozporządzeń. Zgodnie z powołanym orzeczeniem Sądu Najwyższego koszty te powinny być wyszczególnione przez pełnomocnika w spisie kosztów (art. 109 § 1 k.p.c.), który podlega kontroli sądu na podstawie art. 233 k.p.c. (postanowienie składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2002 r., III CZP 13/02 OSNC 2004, Nr 1, poz. 6, uchwała z dnia 29.06.2016 r., sygn. akt III CZP 26/16). Nie ulega wątpliwości, że pełnomocnik powoda 11 razy uczestniczył w posiedzeniach Sądu, zgodnie z zasadami doświadczenia życiowego niewątpliwie jest, że z tego tytułu musiał ponieść koszty dojazdu. Poruszał się pojazdem o pojemności silnika 2000 cm³, a zatem żądana z tego tytułu kwota jest w ocenie Sądu zawyżona i powinna oscylować (z uwagi na brak jej pełnego wykazania, a trzeba pamiętać, że do czasu wydania przez Sąd Najwyższy przedmiotowej uchwały praktyka Sądów, w tym Sądu meriti była taka, że koszty przejazdu do Sądu pełnomocnika strony były wyliczane właśnie na podstawie ww. ryczałtu o, (...) za 1 km przy pojazdach o pojemności silnika 2000 cm³ i pełnomocnicy stron – w tym również pełnomocnik pozwanego, który nie był wyjątkiem i w tym zakresie złożył na rozprawie w dniu 19.10.2016 r. analogiczny wniosek – mogli przypuszczać, że Sąd podziela dotychczasowy pogląd) w kwocie 60 zł za każdą rozprawę na trasie T.-W.-T. - 600 zł (10x60 zł) i w kwocie 50 zł za rozprawę na trasie – T.-B.-T., łącznie 650 zł.