

Sygn. akt I C 540/19

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 listopada 2020 roku

Sąd Rejonowy w Środzie Śląskiej Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Bartłomiej Rajca

Protokolant: Katarzyna Baraniecka

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 24 listopada 2020 roku w Ś.

sprawy z powództwa M. P. (1)

przeciwko Towarzystwo (...) S.A. z/s w W.

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz powoda M. P. (1) kwotę 8.715 zł (osiem tysięcy siedemset piętnaście złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od kwoty 8.185 zł od dnia 17 stycznia 2016r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 530 zł od dnia 26 sierpnia 2016r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 2.861,86 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym w dniu 17 maja 2019r. powód M. P. (1) zażądał zasądzenia od strony pozwanej Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 8.715 zł, w tym kwoty 8.000 zł tytułem zadośćuczynienia, a kwoty 715 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia, wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od kwoty 8.185 zł od dnia 17 stycznia 2016r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 530 zł od dnia 26 sierpnia 2016r. do dnia zapłaty, a także zwrotu kosztów procesu w wysokości 1.817 zł, w tym kwoty 1.800 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego i 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu powód wskazał, że w dniu 14 października 2015r. doszło do wypadku komunikacyjnego, w wyniku którego powód doznał obrażeń ciała. Sprawcą zdarzenia był kierujący pojazdem marki F. o nr rej. (...), posiadający ochronę ubezpieczeniową odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych u strony pozwanej. Powód wskazał, że odpowiedzialność sprawcy zdarzenia została potwierdzona przez przybyłych na miejsce zdarzenia funkcjonariuszy Komendy Miejskiej Policji we W.. Jednak strona pozwana nie przyjęła odpowiedzialności za skutki przedmiotowego zdarzenia, mimo że w dacie zdarzenia pojazd sprawcy ubezpieczony był z tytułu odpowiedzialności cywilnej u strony pozwanej. Powód wskazał, że w wyniku przedmiotowego zdarzenia doznał następujących urazów: skręcenia i naderwania kręgosłupa w odcinku szyjnym, odprostowania odcinka szyjnego kręgosłupa, urazu kręgosłupa piersiowego, urazu stawu ramiennego i klatki piersiowej po stronie lewej, urazu barku lewego, zespołu korzeniowego lewostronnego, zespołu korzeniowego lędźwiowego prawostronnego. Pierwsza pomoc medyczna została udzielona powodowi w (...) Szpitalu (...) we W., gdzie przeprowadzono u niego szereg badań, na podstawie których rozpoznano u powoda doznane urazy. Powód wskazał, że zalecono mu unieruchomienie odcinka szyjnego kręgosłupa za pomocą kołnierza ortopedycznego przez okres 10-14 dni oraz zalecono kontrolę w POZ i doraźne stosowanie leków przeciwbólowych. Następnie w dniu 21 października 2015r. powód udał się na konsultację do specjalisty chirurga traumatologa – ortopedy, który stwierdził u powoda stan po skręceniu kręgosłupa szyjnego, stan po urazie stawu ramiennego i klatki piersiowej po stronie lewej, stan po urazie kręgosłupa piersiowego oraz parastezje kończyny górnej lewej, szczególnie w zakresie unerwienia przez nerw łokciowy. Lekarz zalecił powodowi dalsze

noszenie kołnierza ortopedycznego, następnie wykonanie badania RTG czynnościowego kręgosłupa szyjnego, a także zastosowanie leczenia usprawniającego oraz odbycie konsultacji neurologicznej. W dniu 12.11.2015 r. powód wykonał zalecone zdjęcie rentgenowskie kręgosłupa szyjnego czynnościowe. Zaleconą konsultację neurologiczną powód odbył w dniu 17 listopada 2015r. Neurolog stwierdził w badaniu powoda spłylenie fizjologicznej krzywizny kręgosłupa z tkliwością uciskową odcinka szyjnego kręgosłupa i ograniczoną jego ruchomość na boki, dodatni objaw N. karkowy, słabsze odruchy głębokie w lewej kończynie górnej oraz słabszy odruch kolanowy i skokowy w prawej kończynie dolnej. Powód w okresie od 28 października 2015r. do 16 listopada 2015r. korzystał z zabiegów rehabilitacyjnych w postaci magnetoterapii, laseroterapii, tens, funkcjonalnej terapii indywidualnej, kinesiotalping oraz autoterapii. Fizjoterapeuta zauważył znaczne ograniczenie ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa oraz ograniczenie ruchomości stawu ramiennego lewego połączone z bólem. W okresie od 23 listopada do 09 grudnia 2015r. odbył serię zabiegów rehabilitacyjnych. Powód wskazał, że w dniu 11 grudnia 2015r. odbył wizytę kontrolną u lekarza chirurga, który stwierdził zakończenie leczenia chirurgicznego powoda, zalecając jednakże dalszą okresową rehabilitację. Następnie w dniu 9 marca 2016r. powód udał się na wizytę do ortopedy, który wydał zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Nadto powód, poza urazami fizycznymi, odczuwa nadal silny uraz psychiczny. Powód wskazał, że zdiagnozowano u niego powypadkowe zaburzenie w funkcjonowaniu psychicznym i emocjonalno – pozwanwczym, a ciągle odczuwanie dolegliwości bólowych nasila poczucie stresu i frustracji. Dodatkowo powód wskazał, że ma problemy z koncentracją i pamięcią świeżą. Ostatecznie powód wskazał, że zdiagnozowano u niego powypadkowe zaburzenia funkcjonowania psychosomatycznego o charakterze adaptacyjnych zaburzeń lękowych, które są konsekwencją przewlekłego zespołu stresu pourazowego. Powód kontynuował również leczenie u ortopedy, który podczas wizyty w dniu 8 kwietnia 2016r. stwierdził nawrót dolegliwości i zalecił ponowne leczenie usprawniające oraz dalsze leczenie w poradni ortopedycznej. Nadto powód wskazał, że w okresie od 26 maja do 13 czerwca 2016r. odbył kolejną serię zabiegów rehabilitacyjnych, które przyniosły niewielką poprawę stanu miejscowego, jednak ze względu na utrzymujące się ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego zalecono powodowi kontynuowanie zabiegów. Z uwagi na powyższe, oraz w wyniku kolejnych dwóch konsultacji ortopedyczno-traumatologicznej powód odbył w okresie od 7 lutego do 10 marca 2017r. kolejną serię zabiegów rehabilitacyjnych, która w niewielkim stopniu poprawiła stan powoda. Następnie powód wskazał, że w dniu 19 maja 2017r. udał się na konsultację do traumatologa – ortopedy, który stwierdził mierną poprawę stanu miejscowego i zlecił kontynuowanie leczenia usprawniającego. Powód wskazał, że odbył kolejną serię zabiegów rehabilitacyjnych w okresie od 18 lipca 2017r. do 25 sierpnia 2017r. W dniu 4 sierpnia 2018r. powód odbył wizytę w poradni chirurgicznej, gdzie stwierdzono u niego zespół bólowy kręgosłupa szyjnego i zalecono badanie rezonansem magnetycznym oraz kontynuację leczenia usprawniającego. Nadto powód wskazał, że stan jego zdrowia był oceniany przez lekarza orzecznika ZUS, który stwierdził wystąpienie u powoda długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5%. W zakresie kosztów leczenia powód wskazał, że na leczenie i rehabilitację wydatkował łącznie kwotę 715 zł. Powód wskazał, że z uwagi na odległe terminy refundowania świadczeń przez NFZ podjął leczenie w prywatnych gabinetach, co było podyktowane potrzebą szybkiego powrotu do zdrowia. Nadto powód wskazał, że dolegliwości bólowe odczuwane po wypadku oraz unieruchomienie kręgosłupa w odcinku szyjnym za pomocą kołnierza ortopedycznego spowodowały znaczne ograniczenia ruchowe powoda, co z kolei powodowało konieczność opieki ze strony osób trzecich. Dodatkowo powód wskazał, że większość prac domowych spadła na pozostałych członków jego rodziny, co powodowało poczucie dyskomfortu psychicznego u powoda. Powód wskazał również, że od dnia wypadku nie mógł jeździć na rowerze i uprawiać pieszych wędrówek, co było jego hobby. Nadto powód wskazał, że przed wypadkiem prowadził własną działalność gospodarczą, zajmował się produkcją mebli na wymiar, co stanowiło główne (choć nie jedyne) źródło utrzymania powoda i jego rodziny. Natomiast na skutek doznanych urazów i odczuwanych dolegliwości powód nie mógł wykonywać swojej pracy przez okres przebywania na zwolnieniu lekarskim. Powód wskazał, że po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego strona pozwana nie przyjęła swojej odpowiedzialności i odmówiła przyznania powodowi zadośćuczynienia i odszkodowania.

W odpowiedzi na pozew z dnia 12 sierpnia 2019 r. strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie na jej rzecz zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu strona pozwana wskazała, że łączyła ją ze sprawcą zdarzenia umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych. Strona pozwana w pierwszej kolejności podniosła zarzut

przedawnienia roszczenia wskazując, że trzyletni termin przedawnienia upłynął bezskutecznie w dniu 27 stycznia 2019r. Strona pozwana wskazała, że bieg terminu przedawnienia w takich sprawach przerywa się poprzez zgłoszenie ubezpieczycielowi szkody lub przez zgłoszenia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, a bieg terminu rozpoczyna się na nowa z chwilą otrzymania na piśmie decyzji w sprawie przyznania lub odmowy przyznania świadczenia. W ocenie strony pozwanej termin przedawnienia rozpoczyna bieg w chwili otrzymania pierwszej decyzji, a kolejne odwołania nie przerywają biegu przedawnienia. Strona pozwana wskazała, że powód decyzję odmowną otrzymał w dniu 27 stycznia 2016r., natomiast około pół roku później wniósł odwołanie od decyzji, na które strona pozwana odpowiedziała pismem z dnia 26 sierpnia 2016r. W piśmie tym strona pozwana nie wskazała, aby zmieniło się jej stanowisko w jakiegokolwiek części, nadto w ocenie strony pozwanej gdyby uznać, że każde odwołanie od decyzji lub odpowiedź zakładu ubezpieczeń przerywa bieg terminu przedawnienia, prowadziłyby to do nadużycia prawa i faktycznej eliminacji instytucji przedawnienia. W związku z powyższym w ocenie strony pozwanej roszczenie powoda przedawniło się w dniu 27 stycznia 2019 r.

Z ostrożności procesowej strona pozwana podniosła, że roszczenie powoda jest bezzasadne również i z tego powodu, że powód w wyniku zdarzenia z dnia 14 października 2016r. nie mógł doznać obrażeń ciała, gdyż energia działająca na jego ciało w tym momencie była znikoma i nie przekraczała typowej dla codziennej jazdy samochodem. Nadto strona pozwana wskazała, że zakres uszkodzeń pojazdu powoda wskazuje na to, że siła uderzenia nie dotarła nawet do tylnej belki pojazdu powoda. Dodatkowo strona pozwana wskazała, że w jej ocenie dolegliwości, na które powołuje się powód pochodzą z wcześniejszych zmian zwyrodnieniowych. W zakresie wysokości dochodzonego przez powoda zadośćuczynienia strona pozwana wskazała, że powód w żaden sposób nie udowodnił, ani nie umotywował wysokości dochodzonego zadośćuczynienia. Natomiast w ocenie strony pozwanej kwota żądanego zadośćuczynienia jest wygórowana i znacznie przewyższa doznane przez powoda cierpienia i krzywdy.

Na rozprawie w dniu 24 listopada 2020 r. powód, reprezentowany przez fachowego pełnomocnika będącego adwokatem, wniósł o rozliczenie kosztów procesu według złożonego w tym dniu spisu kosztów procesu, stanowiącego załącznik do protokołu, a zawierającego m.in. koszty dojazdu pełnomocnika powoda na poszczególne terminy rozprawy w niniejszej sprawie.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 14 października 2015r. doszło do wypadku drogowego, którego sprawcą był objęty ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych u strony pozwanej. Uczestnikiem zdarzenia był powód M. P. (2).

Bezsporne, nadto zaświadczenie z dnia 22 października 2015r. – k. 18.

Z miejsca zdarzenia powód został przewieziony przez zespół pogotowia ratunkowego na Szpitalny Oddział Ratunkowy (...) Szpitala (...) we W., gdzie stwierdzono u niego skręcenie i naderwanie odcinka szyjnego kręgosłupa. W badaniu RTG kręgosłupa szyjnego wykazano prawidłową wysokość trzonów, kręgów i przestrzeni międzykręgowych odcinak piersiowego kręgosłupa, esowata skoliozę kręgosłupa piersiowego, odprostowanie lordozy szyjnej, nie wykazano złamań. W badaniu natomiast stwierdzono zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego. Powodowi zalecono kontrolę w POZ, stosowanie miękkiego kołnierza ortopedycznego przez okres 10-14 dni oraz doraźne stosowanie leków przeciwbólowych.

Dowód: karta informacyjna z dnia 14 października 2015r. – k. 19-20.

W dniu 21 października 2015r. powód odbył konsultacje u lekarza specjalisty chirurga traumatologa – ortedy, który rozpoznał stan po skręceniu kręgosłupa szyjnego, stan po urazie stawu ramiennego i klatki piersiowej po lewej, stan po urazie kręgosłupa piersiowego, parestezje kończyny górnej lewej, szczególnie w zakresie unerwienia przez nerw łokciowy. Lekarza zalecił powodowi utrzymanie kołnierza ortopedycznego przez okres 3 pełnych tygodni po

wypadku, a następnie wykonanie badania RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego, konsultacje neurologiczną oraz leczenie usprawniające.

Dowód: karta wizyty z dnia 21 października 2015r. – k. 21.

Powód w dniu 12 listopada 2015r. wykonał badanie RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego, które nie wykazało cech niestabilności kręgosłupowej.

Dowód: wynika badania z dnia 12 listopada 2015r. – k. 22.

W dniu 17 listopada 2015r. powód odbył konsultację neurologiczną, podczas której lekarz odnotował skargi na bóle głowy, zawroty głowy, bóle karku i pleców oraz drętwienie ręki lewej w okolicy nerwu łokciowego. W badaniu powoda neurolog stwierdził zniesienie fizjologicznej krzywizny kręgosłupa szyjnego z miernym ograniczeniem jego gibkości, dodatni objaw N. karkowy, słabsze odruchy głębokie w lewej ręce, słabsze odruchy kolanowe i skokowe w prawej kończynie dolnej, bez objawów patologicznych. Neurolog rozpoznał u powoda stan po urazie skrętnym kręgosłupa szyjnego, stan po urazie kręgosłupa piersiowego, stan po stłuczeniu klatki piersiowej i barku lewego, zespół korzeniowy szyjny lewostronny i zespół korzeniowy lędźwiowy, prawostronny.

Dowód: konsultacja neurologiczna z dnia 17 listopada 2015r. – k. 23.

W okresie od 28 października 2016r. do 16 listopada 2015r. powód odbył rehabilitację. U powoda zastosowano następujące zabiegi: magnetoterapia, laseroterapia, (...), funkcjonalna terapia indywidualna, autoterapia, kinesiotaping. Pod wpływem terapii u powoda nastąpiła nieznaczna poprawa w zakresie ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa i stawu ramiennego lewego. Fizjoterapeuta rekomendował kontynuowanie leczenia usprawniającego z uwagi na utrzymujące się objawy bólowe i ubytki funkcjonalne.

Dowód: zaświadczenie z dnia 16 listopada 2015r. – k. 24.

Kolejną serię zabiegów rehabilitacyjnych powód odbył w okresie od 23 listopada do 9 grudnia 2015r. U powoda zastosowano następujące zabiegi: magnetoterapia, masaż leczniczy rozluźnienie mięśniowo –powięziowe, (...), funkcjonalna terapia indywidualna, autoterapia. Po tej serii zabiegów powód uzyskał poprawę w zakresie ruchomości odcinka szyjnego kręgosłupa oraz stawu ramiennego.

Dowód: zaświadczenie z dnia 9 grudnia 2015r. – k. 25.

W dniu 11 grudnia 2015r. powód odbył kolejną wizytę u ortopedy, który stwierdził zakończenie leczenia chirurgicznego i usprawniającego. Natomiast w doleczaniu zalecił okresową rehabilitację.

Dowód: karta wizyty z dnia 11 grudnia 2015r. – k. 26.

Powód w dniu 6 kwietnia 2016r. zgłosił się na konsultację psychologiczną, podczas której psycholog ze względu na długotrwałe utrzymujące się powypadkowe zaburzenia funkcjonowania psychosomatycznego o charakterze adaptacyjnych zaburzeń lękowych, które są konsekwencją przewlekłego zespołu stresu pourazowego. Psycholog wskazał, że zaleca się dalszą pomoc psychologiczną, a w sytuacji nasilenia zaburzeń konsultację psychiatryczną.

Dowód: konsultacja psychologiczna z dnia 6 kwietnia 2016r. – k. 29.

W dniu 8 kwietnia 2016r. powód ponownie zgłosił się do lekarza ortopedy, które stwierdził nawrót dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego ze wzmożonym ograniczeniem ruchomości. Lekarz zalecił powodowi leczenie usprawniające.

Dowód: informacja dla lekarza kierującego z dnia 8 kwietnia 2016r. – k. 30

Zaleconą serię zabiegów rehabilitacyjnych powód odbył w okresie od 26 maja do 13 czerwca 2016r. Wykonano powodowi zabiegi (...), laser oraz masaż. Pod wpływem rehabilitacji u powoda nastąpiło zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego oraz zmniejszenie częstotliwości występowania parestezji w obrębie kończyny górnej lewej.

Dowód: zaświadczenie z dnia 13 czerwca 2016r.- k. 31.

Kolejną wizytę u ortopedy powód odbył w dniu 5 sierpnia 2016r. Lekarz stwierdził, że pomimo zastosowanej wcześniej rehabilitacji brak jest istotnej poprawy stanu miejscowego, utrzymują się dolegliwości bólowe całego kręgosłupa. Ortopeda stwierdził, że wskazane jest kontynuowanie leczenia usprawniającego.

Dowód: informacja dla lekarza kierującego z dnia 5 sierpnia 2016r. – k. 32.

Podczas wizyty w dniu 28 października 2016r. ortopeda zalecił powodowi noszenie kołnierza ortopedycznego przez 3 godziny dziennie.

Dowód: informacja dla lekarza kierującego z dnia 28 października 2016r. – k. 33.

W okresie od 7 lutego do 10 marca 2016r. powód odbył kolejną zaleconą serię zabiegów rehabilitacyjnych: laser, prądy (...), masaż kręgosłupa szyjnego.

Dowód: zaświadczenie z dnia 10 marca 2017r. – k. 35.

Kolejną wizytę u ortopedy powód odbył w dniu 19 maja 2017r., który stwierdził mierną poprawę stanu miejscowego. Lekarz wskazał, że zalecane są okresowe rehabilitacje.

Dowód: informacja dla lekarza kierującego z dnia 19 marca 2017r. – k. 37.

Zaleconą rehabilitację powód odbył w okresie od 18 lipca do 25 sierpnia 2017r., za serię zabiegów składały się: prądy (...), fonoforeza oraz masaż.

Dowód: zaświadczenie z dnia 25 sierpnia 2017r. – k. 39.

Powód z powodu wypadku komunikacyjnego z dnia 14 października 2015 r. przebywał na zwolnieniu lekarskim przez okres od 15 października 2015r. do 11 grudnia 2015r.

Dowód: druki (...) k. 44-45.

Lekarz orzecznik ZUS stwierdził, że na skutek wypadku z dnia 14 października 2015r. powód doznał 5% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu z powodu wystąpienia zespołu bólowego kręgosłupa szyjnego.

Dowód: orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 12 kwietnia 2016r. – k. 46.

Powód poniósł koszty leczenia w łącznej kwocie 715 zł, na którą złożyły się: koszt zakupu kołnierza ortopedycznego w kwocie 35 zł, koszt wykonania badania RTG czynnościowego kręgosłupa w kwocie 30 zł, koszt konsultacji neurologicznej w kwocie 120 zł, koszty czterech wizyt u ortopedy w łącznej kwocie 400 zł (4x100 zł) oraz koszt konsultacji psychologicznej w kwocie 130 zł.

Dowód: faktura VAT (...) z dnia 19 października 2015r. – k. 47;

Faktura nr (...) z dnia 12 listopada 2015r. – k. 48;

Faktura nr (...) z dnia 17 listopada 2015r. – k. 48;

Faktura nr (...) z dnia 11 grudnia 2015r. – k. 49;

Faktura nr (...) z dnia 9 marca 2016r. – k. 49;

Rachunek nr (...) z dnia 6 kwietnia 2016r. – k. 49;

Paragon z dnia 8 kwietnia 2016r. – k. 50.

Pismem z dnia 7 grudnia 2015r. powód za pośrednictwem swojego pełnomocnika zgłosił stronie pozwanej szkodę na osobie, powstałą na skutek wypadku z dnia 14 października 2015r. W piśmie tym pełnomocnik zgłosił również roszczenie o zwrot kosztów leczenia w kwocie 185 zł. Decyzją z dnia 27 stycznia 2016r. strona pozwana odmówiła wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia wskazując, że brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie wyrządzenia krzywdy w związku ze zdarzeniem z dnia 14 października 2015r. Strona pozwana wskazała, że w jej ocenie w wyniku przedmiotowego zdarzenia nie nastąpił rozstrój zdrowia uzasadniający naliczanie oraz wypłatę świadczenia z tytułu zadośćuczynienia oraz odszkodowania. Pismem z dnia 19 sierpnia 2016r. powód złożył odwołanie od decyzji strony pozwanej zgłaszając jednocześnie dalsze koszty leczenia w kwocie 530 zł. Decyzją z dnia 26 sierpnia 2016r. strona pozwana podtrzymała w całości swoją poprzednią decyzję.

Dowód: akta szkody nr 100- (...) – k. 66.

Obecnie w związku z wypadkiem z dnia 14 października 2015r. rozpoznaje się stan po leczeniu skrzywienia odcinka szyjnego kręgosłupa z korzeniowym zespołem bólowym w wywiadzie aktualnie z ograniczeniem ruchomości bez objawów korzeniowych, dolegliwości bólowe odcinka piersiowego kręgosłupa i klatki piersiowej w wywiadzie aktualnie bez dolegliwości. Aktualnie u powoda stwierdza się również zmiany zwyrodnieniowe, nie mające związku z wypadkiem. Doznane podczas wypadku z dnia 14 października 2015r. obrażenia skutkowały dolegliwościami bólowymi odcinka szyjnego i piersiowego kręgosłupa, zawrotami i bólami głowy, zdrętwieniami kończyny górnej lewej przez okres około 2 miesięcy od wypadku. Obecnie zgłaszane dolegliwości i stwierdzone ograniczenie ruchomości kręgosłupa są wynikiem zmian zwyrodnieniowych.

Dowód: opinia biegłych sądowych z zakresu ortopedii lek. med. S. G. oraz z zakresu neurologii lek. med. S. R. – k. 127-129;

uzupełniająca opinia biegłych sądowych z zakresu ortopedii lek. med. S. G. oraz z zakresu neurologii lek. med. S. R. – k. 147.

Do wypadku doszło gdy powód zatrzymał się przed przejściem dla pieszych, inny pojazd uderzył w tył pojazdu powoda. Na miejsce zdarzenia świadek kolizji wezwał służby ratunkowe. Po wypadku powód zaczął odczuwać dolegliwości bólowe kręgosłupa, które obecnie są znacznie mniejsze, ale w pierwszym okresie po wypadku dolegliwości te były znaczne. Po wypadku powód nie mógł przez jakiś czas przyjmować nowych zleceń. Terminy świadczeń medycznych finansowanych przez NFZ były odległe, kilka miesięcy, nawet do roku. Powód okresowo nadal używa maści przeciwbólowych. Po wypadku powód stał się nerwowy, co zauważali jego bliscy. Po leczeniu powypadkowym nie wszystko wróciło do normy sprzed wypadku, powód ma problemy z koncentracją. Nadto po wypadku powód miał leki związane z prowadzeniem pojazdu. Przed wypadkiem powód nie leczył się na żadne dolegliwości związane z kręgosłupem. Czasami odczuwał dolegliwości związane z kręgosłupem, gdy coś dźwigał.

Dowód: przesłuchanie powoda na rozprawie w dniu 10 grudnia 2019r. – k. 117-119.

Bezpośrednio po wypadku, obowiązki domowe musiała przejąć jego żona, co powodowało dyskomfort psychiczny u powoda. W okresie bezpośrednio po wypadku powód był wyłączony od swojej pracy, wymagającej pełnej sprawności fizycznej; przy pilnych zamówieniach, które były w trakcie realizacji, powód musiał korzystać z pomocy syna. Przed wypadkiem powód dużo jeździł rowerem, jednak po wypadku, na skutek odczuwanych nadal dolegliwości, nie sprawia mu to już takiej radości. Po wypadku powód korzystał z pomocy żony, która pomagała mu m.in. ubierać się.

Dowód: zeznania świadków M. P. (3) i D. P. na rozprawie w dniu 08 października 2019 r. – k.80-81 oraz przesłuchanie powoda na rozprawie w dniu 10 grudnia 2019r. – k. 117-119.

Sąd zważył nadto, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

W pierwszej kolejności rozważyć należało podniesiony przez stronę pozwaną zarzut przedawnienia roszczenia powoda jako zarzut tamujący to roszczenie co do zasady. Jak wynika z ustalonego stanu faktycznego wypadek komunikacyjny miał miejsce w dniu 14 października 2015r., szkoda za osobie powoda została zgłoszona pismem z dnia 7 grudnia 2015r., natomiast pierwszą decyzją w przedmiocie odmowy przyznania świadczenia strona pozwana wydała w dniu 27 stycznia 2016r. Następnie pismem z dnia 19 sierpnia 2016r. powód za pośrednictwem swojego pełnomocnika złożył odwołanie od decyzji strony pozwanej zgłaszając jednocześnie dalsze roszczenie o zwrot kosztów leczenia. Decyzją z dnia 26 sierpnia 2016r. strona powodowa ponownie odmówiła wypłaty świadczenia. Pozew w niniejszej sprawie został wniesiony, jak już wyżej wskazano, w dniu 17 maja 2019r. Jak wynika z art. 819 § 4 k.c., moment, od którego bieg przerwano terminu przedawnienia należy liczyć od nowa to ten, w którym ubezpieczyciel na piśmie poinformuje uprawnionego z umowy ubezpieczenia o tym, że przyznał albo odmówił spełnienia świadczenia na jego rzecz. W judykaturze słusznie się podnosi, że oświadczenie takie tylko wtedy będzie miało moc prawną, jeżeli zostaną w nim opisane okoliczności i podstawa normatywna uzasadniająca zaniechanie wypłaty odszkodowania oraz pouczenie o możliwości dochodzenia uprawnień na drodze sądowej (art. 16 ust. 3 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej Dz. U. Nr 124, poz. 1151, według brzmienia na dzień zgłoszenia szkody), a nadto definitywnie zakończy postępowanie, które unormowano w 16 ust. 1 ustawy i art. 817 § 2 k.c., dotyczące ustalenia istnienia i wysokości roszczenia (patrz: wyrok SN z 20 listopada 2014 r. V CSK 5/14). Ponieważ powód w niniejszej sprawie wniósł przewidziane w ustawie odwołanie od decyzji strony pozwanej, to należy uznać, że dopiero rozpatrzenie przez stronę pozwaną tego odwołania zapoczątkowało bieg terminu prowadzącego do przedawnienia roszczenia powoda w niniejszej sprawie. Nie można też twierdzić, że powód nadużył w niniejszej sprawie swoich uprawnień jako poszkodowany w wyniku zdarzenia ubezpieczeniowego, gdyż jego odwołanie było jednokrotnym, a więc przewidzianym właśnie w tym wymiarze skorzystaniem ze swoich ustawowych uprawnień, a nie działaniem wielokrotnym, a więc takim, które można by oceniać jako nastawionym jedynie na przedłużenie terminu przedawnienia jego roszczenia. Mając powyższe na uwadze, należało stwierdzić, że w niniejszej sprawie nie doszło do przedawnienia roszczenia, zatem ten zarzut strony pozwanej należało uznać za bezzasadny i ocenić roszczenie powoda pod kątem merytorycznych przesłanek jego zasadności.

Dokonując ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie Sąd oparł się na dowodach w postaci dokumentacji medycznej i innej przedłożonej przez powoda i stronę pozwaną, zeznaniach świadków M. P. (3) i D. P., oraz zeznaniach powoda przesłuchanego w charakterze strony. Natomiast Sąd musiał pominąć dowód z zeznań wezwanego na rozprawę świadka sprawy zdarzenia – J. P., gdyż z informacji poczty wynikało, że świadek zmarł. Nadto dokonując ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie Sąd oparł się również na dopuszczonej jako dowód w niniejszej sprawie opinii biegłych sądowych z zakresu neurologii i z zakresu ortopedii. Sporządzona przez biegłych opinia nie wykazuje sprzeczności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej, które uzasadniałyby konieczność sporządzenia nowych opinii, a właśnie pod tymi względami należy oceniać opinię biegłych. Zgodnie bowiem z poglądem wyrażonym w orzecznictwie sądowym (wyrok SN z 7.04.2005 r. w sprawie II CK 572/04, opubl. w LEX nr 151656) specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie przede wszystkim w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej.

Zgodnie z art. 436 § 1 k.c. w zw. z art. 435 § 1 k.c. posiadacz (samoistny albo zależny) mechanicznego środka komunikacji poruszanego za pomocą sił przyrody ponosi odpowiedzialność za szkodę na osobie lub mieniu, wyrządzoną komukolwiek przez ruch tego środka, chyba że szkoda nastąpiła wskutek siły wyższej albo wyłącznie z winy poszkodowanego lub osoby trzeciej, za którą nie ponosi odpowiedzialności. Nadto zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 zd. 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu

odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Krzywdę należy rozumieć jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości), cierpienia psychiczne (ujemne uczucia związane z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia). Przyjmuje się też, że zadośćuczynienie pieniężne ma na celu złagodzenie cierpień psychicznych i fizycznych, zarówno już doznanych, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości jako skutek zdarzenia wywołującego krzywdę.

Niesporne w orzecznictwie sądowym i doktrynie jest, że ze względu na niewymierność krzywdy, określenie w konkretnym wypadku odpowiedniej sumy ustawodawca pozostawił sądowi. Sąd dysponuje w takim wypadku większym zakresem swobody, niż przy ustalaniu szkody majątkowej i sumy potrzebnej do jej naprawienia. Nie oznacza to jednak, by ocena Sądu nie poddawała się weryfikacji pod kątem jej zgodności z dyspozycją art. 445 § 1 k.c. Kryteria istotne przy ustalaniu „odpowiedniej” sumy zadośćuczynienia to przykładowo: rodzaj naruszonego dobra, zakres i rodzaj rozstroju zdrowia, czas trwania cierpień, wiek pokrzywdzonego, intensywność ujemnych doznań fizycznych i psychicznych, rokowania na przyszłość, stopień winy sprawcy (vide: tak SN z wyroku z dn. 12.04.1972 r., II CR 57/72, opubl. w OSNCP 1972, nr 10, poz. 183, wyrok Sądu Najwyższego z 20.04.2006 r., IV CSK 99/05, niepubl. oraz wyrok Sądu Najwyższego z 27.02.2004 r., V CK 282/03, niepubl.). W orzecznictwie sądowym ugruntowany jest pogląd, że zadośćuczynienie z art. 445 K.c. ma charakter przede wszystkim kompensacyjny, musi być rozważane indywidualnie i tym samym jego wysokość musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość dla poszkodowanego, adekwatną do warunków gospodarki rynkowej (tak m.in. SN w wyroku z dn. z dnia 14 stycznia 2011 r., I PK 145/10 opubl. w M.P.Pr. (...)). Ponadto zdaniem Sądu ustalony procentowo przez biegłych lekarzy zakres i rodzaj uszczerbku na zdrowiu poszkodowanego ma znaczenie jedynie pomocnicze (tak również Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28.06.2005 r., I CK 7/2005, LEX nr 153254, także: wyrok SN z 5.10.2005 r., I PK 47/05, M.P.Pr. (...)), i nie może stanowić głównego wskaźnika wysokości należnego poszkodowanemu zadośćuczynienia, gdyż przy ustaleniu jego wysokości należy brać pod uwagę również pozostałe wyżej wymienione czynniki.

W rozpoznawanej sprawie strona pozwana nie kwestionowała w istocie, że co do zasady ponosi odpowiedzialność cywilną za sprawcę wypadku komunikacyjnego z dnia 14 października 2015 r. z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, natomiast kwestionowała zasadność żądania zadośćuczynienia. Nadto strona pozwana kwestionowała zasadność roszczenia zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji, poniesionych przez powoda. Zdaniem Sądu powód mógł zasadnie domagać się od strony pozwanej zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, gdyż strona pozwana niezasadnie odmówiła wypłaty mu zadośćuczynienia wskazując, że w okolicznościach omawianego zdarzenia nie mogło dojść u powoda do powstania obrażeń skutkujących długotrwałym uszczerbkiem na zdrowiu. Jak wynika bowiem z ustalonego stanu faktycznego, powód doznał co najmniej określonego rozstroju zdrowia. Jak wynika już z samej opinii biegłych w niniejszej sprawie, u powoda w wyniku zaistniałej w dniu 14 października 2015 r. kolizji drogowej rozpoznaje się stan po urazie kręgosłupa szyjnego z korzeniowym zespołem bólowym oraz urazu odcinka piersiowego kręgosłupa oraz klatki piersiowej. Wprawdzie jednocześnie biegli wskazali, że nie stwierdza się (procentowego) uszczerbku na zdrowiu w wyniku ww. wypadku, lecz jednak było to zdarzenie, które spowodowało rozstrój zdrowia u powoda, co potwierdzają nie tylko same zeznania powoda (oraz zeznania przesłuchanych świadków), ale również przedłożona przez niego dokumentacja medyczna, co do której nie zachodzą żadne podstawy do twierdzenia, że została sporządzona jedynie na użytek procesu w niniejszej sprawie, jak również potwierdza to sporządzona w sprawie przez biegłych opinia. Wszystkie te okoliczności świadczą zdaniem Sądu co najmniej o rozstroju zdrowia powoda w rozumieniu art. 445 § 1 w zw. z art. 444 § 1 k.c.

Natomiast wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia zdaniem Sądu winna kształtować się w żądanej przez powoda kwocie 8.000 zł. Dokonując takiej oceny Sąd kierował się następującymi okolicznościami wynikającymi ze stanu faktycznego:

- rozmiar bezpośrednich następstw wypadku z dnia 14 października 2015 r. w postaci urazu odcinka szyjnego kręgosłupa oraz urazu kręgosłupa piersiowego;
- konieczność korzystania przez powoda w okresie bezpośrednio po wypadku z pomocy lekarskiej i poddania się w związku z tym określonym badaniom lekarskim, nawet jeśli były bezbolesne,

- konieczność poddania się w późniejszym okresie kilkukrotnym specjalistycznym konsultacjom lekarskim i zabiegom,
- konieczność całodziennego noszenia po wypadku przez okres 3 tygodni kołnierza ortopedycznego niewątpliwie utrudniającego codzienne życie powoda,
- konieczność przechodzenia rehabilitacji w związku ze skutkami wypadku;
- odczuwany strach przed prowadzeniem pojazdu, objawiający się wzmożoną czujnością w sytuacjach przypominających okoliczności zdarzenia;
- brak możliwości uprawiania sportów (jazdy na rowerze i pieszych wycieczek), które przed wypadkiem powód uprawiał regularnie, nawet jeżeli ta niemożność była tylko przejściowa;
- konieczność przebywania przez okres około 2 miesięcy na zwolnieniu lekarskim z powodu ww. wypadku, w szczególności mając na uwadze, że powód nie pracował jako pracownik etatowy, a prowadził własną działalność gospodarczą;
- konieczność korzystania z pomocy innych osób w czynnościach życia codziennego, które wcześniej powód wykonywał samodzielnie;

Ilość i rozmiar ujawnionych cierpień fizycznych i psychicznych powoda nie uzasadnia zdaniem Sądu przekonania, że kwota 8.000 zł tytułem zadośćuczynienia jest wygórowana i nieadekwatna do okoliczności faktycznych w sprawie i dyrektyw orzecznictwa w tym zakresie. Należy też zauważyć, że wprawdzie Sąd zgodnie z art. 316 § 1 k.p.c. bierze pod uwagę stan rzeczy z chwili zamknięcia rozprawy, jednak nie oznacza to, że w sprawie o zadośćuczynienie za doznaną krzywdę ma pominąć dotychczasowe cierpienia fizyczne i psychiczne powoda, nawet jeśli obecnie już nie występują lub uległy złagodzeniu. Strona pozwana nie wypłaciła powodowi żadnej kwoty tytułem zadośćuczynienia. Z uwagi zatem na to, należało zasądzić od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 8.000 zł, w ramach ogólnej kwoty zasądzonej od strony pozwanej na rzecz powoda w pkt I wyroku.

W świetle ww. art. 444 § 1 k.c. zasadne było również w całości roszczenie powoda o zapłatę w zakresie zwrotu kosztów leczenia, zgłoszone w pozwie. W piśmiennictwie prawniczym i orzecznictwie przyjmuje się, że odszkodowanie przewidziane w art. 444 § 1 k.c. obejmuje wszelkie wydatki (koszty) pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne (niezbędne) i celowe (np. wyrok SN z dnia 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, M. Praw. 2008, nr 3, s. 116). Pojęcie „wszelkie koszty” oznacza koszty różnego rodzaju, których nie da się z góry określić, a których ocena, na podstawie okoliczności sprawy, należy do sądu (wyrok SN z dnia 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, LEX nr 378025). Jednak, jak słusznie się zauważa, celowość ponoszenia wszelkich wydatków może być związana nie tylko z możliwością uzyskania poprawy stanu zdrowia, ale też z potrzebą utrzymania tego stanu, jego nie pogarszania (por. wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, LEX nr 738127). W grupie wydatków celowych i koniecznych, pozostających w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia tradycyjnie wymienia się koszty leczenia i rehabilitacji (pobytu w szpitalu, pomocy pielęgniarstwa, koszty lekarstw, konsultacji lekarskich, zabiegów fizjoterapeutycznych), specjalnego odżywiania się, nabycia protez i innych specjalistycznych aparatów i urządzeń (np. protez, kul, aparatu słuchowego, wózka inwalidzkiego).

Jak wynika z ustalonego stanu faktycznego poniesione przez powoda koszty leczenia zgłoszone w pozwie, w postaci kosztów konsultacji u lekarzy neurologa ortopedy i psychologa oraz kosztów określonych badań lekarskich, jak również zakupu kołnierza ortopedycznego, pozostają w tzw. normalnym związku przyczynowym ze skutkami wypadku z 14 października 2015 r. Nie ma bowiem żadnych wątpliwości, że odbyte zostały one w związku z leczeniem skutków ww. wypadku komunikacyjnego, a nie z jakiegokolwiek innej przyczyny. Całość leczenia i diagnostyki ma związek z przedmiotowym wypadkiem i jest ciągiem logicznym jego następstw. Należy stwierdzić, że również odbycie przez powoda tych konsultacji i badań „prywatnie”, czyli nie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, było uzasadnione, gdyż w sytuacji powszechnie znanych i trwających od dawna faktycznych długotrwałych utrudnień (a wręcz czasowej niemożności, skorzystania z bezpłatnej służby zdrowia), polegających na niskiej dostępności

świadczeń tej służby, nie można twierdzić, że te wydatki nie są związane przyczynowo z doznanym bez swojej winy przez powoda uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia.

Należy wskazać, że zgodnie z poglądem wyrażonym w orzecznictwie sądowym świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych (uchwała 7 (...) z 19.05.2016 r., III CZP 63/15). Skorzystanie z art. 444 § 1 k.c. nie może być powiązane jedynie z możliwością skorzystania z usług publicznej służby zdrowia. Poszkodowany ma prawo wyboru w zakresie miejsca leczenia, spoczywa jedynie na nim obowiązek wykazania potrzeby przeprowadzenia danego rodzaju leczenia, zabiegu, operacji w prywatnej placówce służby zdrowia oraz wielkości kosztów z tym związanych. Nie może też zostać pozbawiony właściwego leczenia w odpowiednim terminie (wyrok SA w Szczecinie z 28.11.2013 r., III APa 3/12). Należy ponadto wskazać, że w świetle zasad doświadczenia życiowego stosunkowo szybkie podjęcie leczenia po wypadku miało pozytywny wpływ na szybkie zakończenie leczenia powoda, przez co powód wypełnił obowiązek zapobiegania zwiększeniu się szkody (krzywdy) wynikłej wskutek tego wypadku. Roszczenie o zapłatę z tego tytułu w zakresie łącznej kwoty 715 zł zasługiwało na udzielenie mu ochrony, o czym orzeczono w ramach łącznej kwoty zasądzonej w pkt I wyroku w niniejszej sprawie.

O odsetkach dochodzonych pozwem w niniejszej sprawie Sąd orzekł w oparciu o art. 481 k.c. i art. 455 k.c. w zw. z art. 14 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2003.124. (...) z późn. zm.) mając na uwadze wskazany w ww. przepisie 30-dniowy termin do wypłaty świadczeń takich jak zadośćuczynienie i zwrot kosztów leczenia oraz granice żądania pozwu. Zgodnie z powołanym przepisem art. 14 ust. 1 ustawy z 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. Powołany przepis nakłada na ubezpieczyciela obowiązek spełnienia świadczenia najdalej 30. dnia od daty otrzymania zawiadomienia o szkodzie. Ubezpieczyciel może zająć stanowisko w sprawie przed upływem tegoż terminu, jednakże jego decyzja nie powoduje wówczas zmiany terminu wymagalności świadczenia, którego poszkodowany może dochodzić przed sądem najwcześniej w trzydziestym pierwszym dniu od daty zawiadomienia o szkodzie (tak Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 14.06.2013 r., sygn. akt I ACa 539/13, Lex nr 1369453).

Skoro zatem strona pozwana została zawiadomiona o szkodzie pismem z dnia 07 grudnia 2015r., to zgodnie z ww. regulacją powód zasadnie może domagać się odsetek od dnia wskazanego w pozwie, tj. od dnia 17 stycznia 2016r. pozostawała w opóźnieniu w zapłacie należnego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę i zgłoszonych już wówczas kosztów leczenia w kwocie 185 zł. Powodowi powinno było, bowiem być przyznane zadośćuczynienie i odszkodowanie w odpowiedniej wysokości. Natomiast w zakresie kosztów leczenia w kwocie 530 zł roszczenie to zostało zgłoszone stronie pozwanej pismem z dnia 19 sierpnia 2016r., natomiast strona pozwana decyzją z dnia 26 sierpnia 2016r. odmówiła wypłaty przedmiotowego świadczenia, zatem powód miał prawo żądać odsetek od dnia wskazanego w pozwie.

O kosztach procesu Sąd orzekł w pkt. II sentencji wyroku na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę zobowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do dochodzenia swoich praw i celowej obrony. Powód poniósł niezbędne koszty do dochodzenia swoich praw w łącznej kwocie 2.861,86 zł, na którą składały się: opłata o pozwu w kwocie 436 zł, wynagrodzenie pełnomocnika powoda wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 1.817 zł, kwota 82,31 zł tytułem kosztów stawiennictwa świadka D. P., przyznanej prawomocnym postanowieniem referendarza w tut. Sądzie z dnia 13.11.2019 r., a przekazanej do wypłaty z zaliczki uiszczonej przez powoda, oraz kwota 526,55 zł z tytułu łącznych kosztów poniesionych przez pełnomocnika strony pozwanej z tytułu kosztów dojazdów na kolejne terminy rozprawy w niniejszej sprawie, według zestawienia kosztów dojazdów, złożonego jako załącznik do protokołu rozprawy z dnia 24.11.2020 r. (k. 166). Kwota ustalonego wynagrodzenia pełnomocnika powoda będącego adwokatem uzasadniona jest treścią § 2 pkt 4 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015r. w sprawie opłat za czynności adwokackie w brzmieniu obowiązującym

w chwili wniesienia pozwu. Natomiast uiszczone a niewykorzystane częściowo zaliczki stron, zostaną im zwrócone przez Sąd z urzędu po ewentualnej prawomocności wyroku w niniejszej sprawie.

Mając powyższe na względzie, należało orzec jak w sentencji wyroku.