

Sygn. akt I C 845/18

**Uzasadnienie wyroku z dnia 28 marca 2019r.**

Powód L. S. pozwem z 14.09.2019r. domagał się zasądzenia od pozwanego Towarzystwa (...) S.A z siedzibą w W. kwoty 10.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 31.05.2017r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia oraz zasądzenia kosztów postępowania.

W uzasadnieniu wskazał, że zawarł z pozwanym dobrowolną umowę ubezpieczenia assistance. W chwili nastąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem pozwany nie wywiązał się z przyjętych na siebie obowiązków. Zaniechanie pozwanego naruszyło dobra osobiste powoda takie jak poczucie bezpieczeństwa, narażając go na lęk o swoje zdrowie i poczucie bezradności, albowiem zawierając polisę powód chronił swoje zdrowie. Powód musiał sam na własną rękę dokonać czynności organizacyjnych do których zobowiązał się pozwany w umowie. Powód wskazał, że Sąd Najwyższy dopuszcza możliwość zasądzenia zadośćuczynienia w przypadku niewłaściwej realizacji obowiązków kontraktowych.

Pozwane Towarzystwo (...) S.A z siedzibą w W. domagało się oddalenia powództwa w całości i zasądzenia kosztów postępowania.

W uzasadnieniu wskazało, że wszelkie czynności w imieniu pozwanego podejmowała firma (...) S.A. z siedzibą w W.. Pozwany nie kwestionował faktu zawarcia umowy oraz przyznał, że powód musiał sam sobie zorganizować pomoc medyczną. Wywodził jednak, że brak natychmiastowej pomocy medycznej nie miał wpływu na stan zdrowia powoda, zaś fakt że powód czekał do następnego dnia świadczy o tym, że jego stan nie wymagał niezwłocznej pomocy medycznej. Pozwany wywodził, że wypadek w czasie urlopu nie naruszył wskazanych przez powoda dóbr osobistych. Zarzucił brak adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy krzywdą powoda, a działaniem pozwanego. Dodatkowo powołał się na art. 429 k.c. zarzucając jednocześnie, że roszczenie jest wygórowane i może być źródłem wzbogacenia powoda.

Na wniosek pozwanego Sąd zawiadomił o toczącym się postępowaniu firmę (...) S.A. z siedzibą w W. (k.73).

**Sąd ustalił następujący stan faktyczny :**

Powód L. S. 06.03.2017r. zawarł z pozwanym Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą w W., zawodowo trudniącym się działalnością ubezpieczeniową i reasekuracyjną umowę ubezpieczenia potwierdzoną polisą nr (...) W. (...) na okres od 08.03.2017r. do 23.03.2017r. Suma ubezpieczenia w zakresie kosztów leczenia i assistance określona została na 250.000 zł, jako kraj wyjazdu wskazana została K.. Powód opłacił składkę w kwocie 138 zł.

**Dowód** : okoliczności niesporne, polisa k. 11

Zgodnie z OWU A. Standard ubezpieczenia W. (...) zakupionego przez powoda w zakresie podstawowym obejmowało min. doraźną pomoc medyczną i transport ubezpieczonego.

Doraźna pomoc medyczna obejmowała udzielenie pierwszej pomocy medycznej drogą telefoniczną w oparciu o dane otrzymane od ubezpieczonego, a w razie potrzeby zorganizowanie mu pomocy medycznej, której koszt pokryty miał być z sumy ubezpieczenia kosztów leczenia.

Transport ubezpieczonego obejmował zaś zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu ubezpieczonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania do szpitala lub ambulatorium transportem medycznym, jak również transport pomiędzy placówkami, gdzie udzielana jest pomoc medyczna, a także do miejsca zakwaterowania.

Powód zakupił polisę z myślą o zagwarantowaniu sobie bezpieczeństwa medycznego w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub zachorowania w czasie pobytu na K..

**Dowód** : OWU k. 31-35, zeznania powoda

W okresie objętym ubezpieczeniem powód przebywał na K.. W czasie pobytu 15.03.2017r. skręcił nogę. Niezwłocznie skontaktował się z Centrum (...) (dalej: (...)), które realizowało obsługę zgłoszeń w zakresie ubezpieczenia kosztów leczenia i assistance w imieniu i na rzecz pozwanego licząc na to, że pozwany zgodnie z gwarancjami polisy zorganizuje mu niezbędną doraźną pomoc medyczną.

O godzinie 8.40 pracownik (...) poinformował go o możliwości zorganizowania pomocy za pośrednictwem swojego lokalnego przedstawiciela. Pomimo zlecenia udzielenia pomocy lokalnemu przedstawicielowi, pozwane towarzystwo nie wywiązało się ze swojego obowiązku. Po długim okresie oczekiwania powód telefonicznie został poinformowany, że pozwany nie jest w stanie zorganizować mu doraźnej pomocy medycznej albowiem nie może nawiązać kontaktu ze swoim partnerem na K.. W szczególności pozwany nie wskazał mu placówki medycznej do jakiej się ma udać, nie umówił niezbędnej wizyty lekarskiej, ani nie zorganizował doraźnego transportu.

Powód w tej sytuacji musiał sam poszukiwać pomocy medycznej. L. S. sam odnalazł najbliższą placówkę medyczną, następnie sam sobie zorganizował do niej transport i ponieważ nie znał języka hiszpańskiego, przy pomocy osoby przybranej przez niego za tłumacza kontaktował się z pracownikami medycznymi. W dniu 16.03.2017r. udało mu się do szpitalu w M. wykonać zdjęcie RTG nogi, technik wykonujący zdjęcie poinformował go że nie doszło do złamania nogi.

**Dowód** : zeznania powoda , okoliczności niesporne

Po powrocie do kraju pozwany zgłosił reklamację. Pozwane towarzystwo zrefundowało mu poniesione koszty pomocy medycznej w kwocie 100 euro. Nie zrefundowało natomiast kosztów dojazdu wskazując, że robi to po przedłożeniu stosownych rachunków. Pismem z dnia 09.05.2017r. pismem partner biznesowy pozwanego obsługujący (...) przeprosił powoda za zaistniałą sytuację.

**Dowód** : pismo rozpoznające reklamacje k. 12-13, pismo z dnia 09.05.2017r. k.14

Powyższy stan faktyczny, który był niesporny sąd ustalił na podstawie dokumentów przedłożonych przez strony oraz zeznań powoda, które nie popadały w sprzeczność z treścią przedłożonych dokumentów.

**Sąd zważył co następuje :**

W niniejszej sprawie powód domagał się zadośćuczynienia za szkodę poniesioną przez niego na skutek niewykonania zobowiązania przez stronę pozwaną. Jako podstawę roszczenia wskazał art. 471 k.c. tłumacząc że niewykonanie zobowiązania naraziło jego dobro osobiste jakim było poczucie bezpieczeństwa, że uległ lękowi o swoje życie i zdrowie, odczuwał bezradność i był zdany tylko na siebie nie mając opieki rezydenta ubezpieczyciela.

W niniejszej sprawie bezspornym było że pozwane towarzystwo nie wykonało przyjętego na siebie zobowiązania.

Pozwany sprzedał powodowi polisę w której gwarantował mu nie tylko zwrot kosztów, lecz przed wszystkim gwarantował mu organizację pierwszej doraźnej pomocy medycznej i transportu. Za takie usługi pozwany pobrał także składkę ubezpieczeniową. Tym samym pozwany oferując zawarcie umowy gwarantował powodowi udzielenie mu pomocy w razie nieszczęśliwego wypadku, stwarzając u niego wyobrażenie że jego życie i zdrowie na wypadek sytuacji nieprzewidzianej jest właściwie zabezpieczone. W szczególności, że przebywając na innym kontynencie, w kraju o innej kulturze, innych standardach medycznych oraz w kraju nieanglojęzycznym będzie miał zagwarantowaną niezbędną doraźną podstawową opiekę medyczną względnie pomoc w organizacji takiej opieki.

Pozwany wywiązał się tylko częściowo z przyjętego na siebie zobowiązania. Bezspornym jest, że zrefundował powodowi część poniesionych przez niego kosztów dojazdu. Niewątpliwie jednak pozwany nie udzielił mu pomocy w organizacji pomocy medycznej po dokonaniu zgłoszenia w szczególności nie skontaktował go z rezydentem, nie wskazał mu placówki medycznej do której ma się udać, nie wskazał mu pracownika medycznego, który ma się nim zająć, ani nie

zorganizował mu transportu z miejsca wypadku do placówki medycznej. Tym samym uznać należało, że w zakresie ubezpieczenia A. pozwany nie wykonał żadnego z przyjętych na siebie obowiązków gwarantowanych polisą.

Bez znaczenia dla powyższych ustaleń jest ewentualne ustalenie że organizacja doraźnej pomocy medycznej zlecona został innemu profesjonalnemu podmiotowi (...) S.A. z siedzibą w W., który świadczy usługi na zlecenie pozwanego albowiem zgodnie z treścią art. 474 k.c. powód jest odpowiedzialny jak za własne działania lub zaniechania za działania lub zaniechania osób z pomocą których zobowiązanie wykonuje. Pozwany w odpowiedzi na pozew zdaje się nie dostrzegać wskazywanej przez powoda kontraktowej podstawy odpowiedzialności, przenosząc swoje rozważania na grunt odpowiedzialności deliktowej.

W ocenie sądu bezspornym jest także, że powód w związku z zaniechaniem pozwanego poniósł szkodę majątkową i niemajątkową.

Powód zaangażował swój własny czas w organizację pierwszej doraźnej pomocy medycznej. To on, a nie pozwany zmuszony był dokonać wyboru placówki medycznej, ubiegać się o udzielenie mu w niej pomocy lub porady lekarskiej. Wykonał więc pracę do której zobowiązał się pozwany w polisie. Poświęcił swój czas i siły na podjęcie czynności organizacyjnych wykonując w ten sposób obowiązki pozwanego, a nie swoje. Wartości tych czynności i tej pracy nie da się w sposób jednoznaczny oszacować.

Bezspornym jest także, że w wyniku niewykonania zobowiązania, na skutek zaniechania pozwanego zagrożone zostało życie i zdrowie powoda. Pomimo nastąpienia nieszczęśliwego wypadku nie udzielono mu doraźnej i niezbędnej pomocy medycznej, nie poinformowano go o procedurach medycznych, ani nie wskazano placówki do której ma się udać. Tym samym powód został pozbawiony poczucia bezpieczeństwa jakie dawała mu polisa, że będąc w kraju o innej kulturze, w inny kręgu językowym i innych standardach medycznych, nie będzie się musiał martwić w razie wypadku o to gdzie ma udać się po pomoc, tylko zostanie w odpowiedni sposób szybko i sprawnie pokierowany przez miejscowych rezydentów.

Istota sporu w niniejszej sprawie sprowadzała się do ustalenia czy w przypadku niewykonania w sposób należyty zobowiązania możliwe jest na podstawie art. 471 k.c. zasądzenie na rzecz strony umowy zadośćuczynienia za poniesioną szkodę.

W orzecznictwie i doktrynie w tym zakresie przedstawiane są dwa rozbieżne poglądy. Według jednego z nich nie ma możliwości przyznania zadośćuczynienia na podstawie art. 471 k.c. i w tym zakresie jego zwolennicy powołują się na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24.03.2011r. w sprawie o sygn. akt I CSK 372/10 oraz uchwały Sądu Najwyższego z dnia 19.11.,2010r. w sprawie III CZP 79/10 i z dnia 25.02.1986r. w sprawie III CZP 2/86.

Drugi z poglądów dopuszcza taką możliwość przy przyjęciu, że szkoda w rozumieniu art. 471 k.c. to również uszczerbek w dobrach chronionych prawem także o charakterze niemajątkowym. Zwolennicy tego poglądu powołując się na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9.08.2005r. w sprawie IV CK 69/05 i z dnia 06.04.1977r. w sprawie IV CR 90/77 wskazują na to, że niektóre z umów np. o świadczenie usług medycznych czy turystycznych mogą uzasadniać taką szeroką interpretację pojęcia szkody.

Sąd w obecnym składzie przychylił się do drugiego z przedstawionych poglądów wedle którego kompensacja szkody niemajątkowej jest możliwa wyjątkowo w odniesieniu do pewnych typów umów, min. do umowy ubezpieczenia assistance o charakterze medycznym, z jaką mamy do czynienia w niniejszej sprawie.

Za przyjęciem tego poglądu przemawia min. argument szczególnego charakteru umowy zawartej pomiędzy stronami.

Pozwany oferując polisę i pobierając składkę ubezpieczeniową, zagwarantował powodowi poczucie bezpieczeństwa na wypadek nieszczęśliwego wypadku. Bezspornym jest, że polisa nie chroniła powoda przed nieszczęśliwym wypadkiem, który zawsze mógł go spotkać. Jej celem było zupełnie co innego. Pozwany bowiem gwarantował, że życie i zdrowie ubezpieczonego nie będzie narażone na niebezpieczeństwo tylko dlatego, że w razie nastąpienia nieszczęśliwego

wypadku ubezpieczony nie będzie wiedział gdzie jest najbliższa placówka medyczna, czy że nie będzie wiedział do której z kilku z nich się udać, czy wreszcie że nie będzie w stanie do niej dojechać. Pozwany gwarantował dokonanie czynności organizacyjnych, które miały na celu ochronę życia i zdrowia powoda innymi słowy obiecywał mu pomoc. Te czynności organizacyjne nie zostały objęte zwrotem kosztów leczenia albowiem w OWU mamy do czynienia z wyraźnym rozróżnieniem dwóch obowiązków pozwanego : pierwszym o charakterze organizacyjnym i drugim który obejmował zwrot kosztów pomocy medycznej i transportu.

Nie znajduje akceptacji argumentacja pozwanego że powód mógł skorzystać z pomocy medycznej na zasadach ogólnych i fakt że czekał na zorganizowanie pomocy świadczy o tym że jego stan nie wymagał natychmiastowej pomocy medycznej. Przypomnieć należy, że obowiązki pozwanego objęte polisą nie zostały uzależnione od stopnia zagrożenia życia i zdrowia ubezpieczonego. Zwolnienie z obowiązku wykonania czynności organizacyjnych obejmowało tylko sytuacje określone w §12 OWU a więc siły wyższej i awarii urządzeń telekomunikacyjnych.

Życie i tym samym zdrowie człowieka jest objęte katalogiem dóbr chronionych prawem wymienionym w art. 23 k.c. Tym samym zaniechanie pozwanego stworzyło realne zagrożenie dla życia i zdrowia powoda, który w momencie nastąpienia nieszczęśliwego wypadku został pozostawiony sam sobie. Nie mógł liczyć na organizację pomocy pomimo zakupionej polisy, nie wiedział do jakiej placówki medycznej ma się udać, nie udzielono mu żadnych wskazówek i rad. Sytuacja w jakiej się znalazł powód wywołała w nim poczucie zagrożenia i niepewności do swojego stanu zdrowia oraz ewentualnych skutków nie udzielenia doraźnej pomocy dla jego życia i zdrowia. To poczucie zagrożenia dobra chronionego prawem jakim jest życie i zdrowie było szczególnie silne z uwagi na to, że powód nie ma wykształcenia medycznego i nie był w stanie w należyty sposób ocenić swojego stanu, jak również z uwagi na okoliczności o których była już mowa. Jest bowiem faktem notoryjnie znanym że K. jest krajem, którego standardy i dostęp do opieki medycznej, rażąco odbiegają od standardów nie tylko krajowych, lecz europejskich. Dodatkowo powód nie władał językiem hiszpańskim, co uniemożliwiało mu bezpośrednią komunikację z pracownikami medycznymi. Ta bariera językowa bez wątpienia potęgowała w nim poczucie bezradności i zagrożenia.

Niewywiązanie się z przyjętego na siebie zobowiązania, a więc nie udzielenie pozwanemu niezbędnej pomocy, przy przyjęciu pierwszej z koncepcji przedstawionej powyżej prowadziłoby do sytuacji, że pozwany nie wywiązując się z przyjętego na siebie zobowiązania nie ponosiłby żadnej sankcji. Nie można przecież pominąć tego że pozwany jest dużą firmą ubezpieczeniową, działającą od wielu lat na rynku ubezpieczeń, która samą swoją nazwą i doświadczeniem wzbudza zaufanie co do jakości świadczonych usług. Tym samym nie można tolerować sytuacji w której taki podmiot nadużywa swojej pozycji oferując świadczenie wzajemne, którego niewykonanie nie pociąga dla niego żadnych negatywnych konsekwencji. Uwzględnienie tego poglądu prowadziłoby więc do wydania orzeczenia rażąco niesprawiedliwego. Powód wywiązał się bowiem ze swojego zobowiązania uiszczając składkę ubezpieczeniową, zaś pozwany pobrał składkę, nie wywiązał się z części obowiązków które stanowiły w zasadzie istotę zwartej umowy, która miała gwarantować pozwanemu poczucie bezpieczeństwa medycznego, miała chronić jego życie i zdrowie i nie ponosi za to żadnych konsekwencji.

Gdyby nie podzielić tego poglądu to zwrócić należy uwagę, na treść art. 443 k.c. oraz to że roszczenie powoda zasługuje na uwzględnienie na gruncie odpowiedzialności deliktowej (art. 488 k.c. w związku z art. 23 k.c.).

Czynem niedozwolonym jest bowiem czyn lub zaniechanie sprzeczne z porządkiem prawnym, w skład którego wchodzi nie tylko normy skonkretyzowane w przepisach pranych lecz także zasady współżycia społecznego i dobre obyczaje, którego skutkiem jest szkoda.

W ocenie sądu zachowanie pozwanego polegające na sprzedaży polisy , której celem jest gwarancja udzielenia pomocy w organizacji pomocy medycznej i transportu na wypadek nieszczęśliwego wypadku, w sytuacji gdy pozwany nie ma możliwości stałego kontaktu z osobą lub podmiotem przy pomocy którego na organizować te czynności pomocnicze i organizacyjne narusza zasady współżycia społecznego i dobre obyczaje. Wprowadza bowiem drugą stronę umowy w błędne przeświadczenie że zawierając umowę z podmiotem o długiej tradycji ubezpieczeniowej, posiadającym niezbędne doświadczenie w tej dziedzinie i dysponującej nie tylko możliwościami finansowymi ale także

organizacyjnymi, zapewnia sobie gwarancję bezpieczeństwa dla swojego życia i zdrowia, na wypadek nastąpienia nieszczęśliwego wypadku.

Niewiązanie się z umowy i nieudzielenie pomocy przy organizacji doraźnej i niezbędnej pomocy medycznej w okolicznościach tej sprawy może być uznane za czyn niedozwolony. Zaniechanie pozwanego doprowadziło bowiem do zwłoki w udzieleniu powodowi niezbędnej pomocy medycznej. Ta zwłoka była źródłem dodatkowych cierpień powoda o charakterze fizycznym i psychicznym. Powód bowiem martwił się o swój stan zdrowia, skutki owej zwłoki dla swojego stanu. W szczególności o to, czy nieudzielenie niezbędnej pomocy naraża go na jakieś negatywne konsekwencje zdrowotne. Wywoływało to u niego obawę o swoją przyszłość i nastąpienie ewentualnych negatywnych skutków wypadku, które byłyby konsekwencją zwłoki w udzieleniu mu pomocy. Za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego uznać należy bowiem zaniechanie pozwanego, które wbrew oczekiwaniom osoby dotkniętej nieszczęśliwym wypadkiem, która opłaciła niezbędną składkę ubezpieczeniową pogarsza jej sytuację i naraża ją na cierpienia fizyczne i niekorzystne przeżycia psychiczne. Swoim zaniechaniem pozwany naruszył więc dobro osobiste powoda jakim jest zdrowie, narażając go na niepotrzebne cierpienia psychiczne wynikające ze stanu niepewności i osamotnienia w jakim się znalazł, poczucia bezradności i strachu o swoje zdrowie.

Tym samym roszczenie powoda znajduje uzasadnienie w treści art. 488 k.c. w związku z art. 23 k.c.

Odpowiedzialności pozwanego nie wyłącza art. 429 k.c. albowiem pozwany nie przedłożył umowy która wskazywałaby na to by powierzył wykonanie czynności innemu podmiotowi oraz jaki jest zakres owego powierzenia. Tym samym pozwany nie wykazał tej okoliczności zgodnie z regułami art. 6 k.c.

Mając powyższe rozważania na uwadze sąd uznał, że bez względu na podstawę prawną odpowiedzialności pozwanego do zaspokojenia roszczeń powoda niezbędna jest w kwota 5.000 zł., która rekompensuje poniesioną przez niego szkodę.

Określając wysokość zadośćuczynienia Sąd miał na uwadze, iż jest ono właśnie przede wszystkim sposobem naprawienia szkody będącej krzywdą ujmowaną jako cierpienia fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, czyli negatywne uczucia przeżywane przez powoda. Truizmem jest z pewnością stwierdzenie, że cierpienia nie dadzą się przełożyć na konkretną sumę pieniężną, jednakże należy wskazać, iż zadośćuczynienie ma cel kompensacyjny i jego wysokość musi stanowić ekonomicznie odczuwalną wartość, nie może mieć charakteru symbolicznego. Kwota zasądzzonego zadośćuczynienia oscyluje wokół wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w roku 2017 r. (4271,51 zł- dane GUS) a więc w chwili nastąpienia szkody. W ocenie sądu stanowi realnie odczuwaną wartość i nie prowadzi do wzbogacenia powoda.

Ustalając wysokość zadośćuczynienia sąd miał na uwadze charakter dobra chronionego prawem jakim jest życie i zdrowie ludzkie. W szczególności wolność od strachu i obawy o jego stan. Na szczególne nasilenie cierpień miały wpływ specyficzne okoliczności zdarzenia które zostały opisane szczegółowo powyżej. Dla przypomnienia wskazać należy, że pozwany zagwarantował pozwanemu pomoc w czasie pobytu w miejscu odmiennym kulturowo i o odmiennych standardach medycznych. Dał powodowi wystawiając polisę poczucie bezpieczeństwa, że jego życie i zdrowie nie zostanie narażone na niepotrzebne negatywne konsekwencje, tylko dlatego że pomoc nie zostanie udzielona na czas. Liczył też na to, że w sytuacji kryzysowej będzie mógł się skupić na sobie, a nie zajmować się organizacją doraźnej pomocy. W takim celu bowiem kupuje się polisy assistance.

Poczucie zagrożenia było szczególnie wysokie właśnie dlatego, że powód został pozostawiony sam sobie i znajdował się na innym kontynencie. Nie mógł po prostu wsiąść w samochód czy pociąg by wrócić do domu. Miał także świadomość, że dostęp do służby medycznej nie jest tak powszechny jak w naszym kraju chociażby z uwagi na niższy stopień rozwoju gospodarczego K. i tym samym niższe nakłady na opiekę zdrowotną.

Sąd uwzględnił także konieczność rekompensaty cierpień fizycznych związanych w koniecznością wykonania pracy związanej z organizacją pomocy medycznej i transportu. Powód bowiem nie mógł skupić się na swoim stanie zdrowia, oczekiwać na niezbędną pomoc i transport, lecz pomimo doznanego urazu zmuszony był na skutek bezczynności

pozwanego do wykonania pracy obejmującej czynności organizacyjne. Bez wątpienia spotęgowało to niepotrzebne cierpienia psychiczne w okresie od nastąpienia wypadku do momentu uzyskania doraźnej pomocy. Powód nie mógł bowiem np. spokojnie czekać na krześle na doraźną pomoc w placówce medycznej i załatwienie niezbędnych formalności administracyjnych przez rezydenta lecz musiał wykonać te czynności osobiście , w zastępstwie za pozwanego.

Mając to na uwadze sąd orzekł jak w pkt i sentencji wyroku na podstawie powołanych przepisów.

Roszczenie w zakresie szerszym sąd uznał za nieuzasadnione. W tym zakresie sąd miał na uwadze stosunkowo niedługi okres cierpień powoda, albowiem uznać należy, że momentem ich zakończenia jest moment wykonania zdjęcia RTG i poinformowania go od jego odczycie. Nadto sąd nie znalazł podstaw do kompensowania szkody w postaci zmarnowanego urlopu, albowiem obowiązek wynikający z umowy nie obejmował takiego skutku. Prawo do spokojnego wypoczynku zostało bowiem naruszone przez sam fakt doznania nieszczęśliwego wypadku, za który przecież pozwany odpowiedzialności nie ponosi.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 100 k.p.c. z uwagi na częściowe uwzględnienie roszczeń stron.

SR Dorota Podskalna-Baum