

**Sygn. akt: I C 1573/16**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 czerwca 2017 r.

Sąd Rejonowy w Gdyni I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Joanna Jank
Protokolant:	sekr. sądowy Katarzyna Chachulska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 2 czerwca 2017 r. w G.

sprawy z powództwa **J. M.**

**przeciwko (...) S.A. w W.**

**o zapłatę**

I. oddała powództwo

II. zasądza od powoda J. M. na rzecz pozwanego (...) S.A. w W. kwotę 5417 zł (pięć tysięcy czterysta siedemnaście złotych) z tytułu zwrotu kosztów postępowania

**I C 1573/16**

## UZASADNIENIE

Powód J. M. w pozwie wniesionym przeciwko G. Towarzystwu (...) SA z siedzibą w W. domagał się zasądzenia na swoją rzecz kwoty 60 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 1 października 2014 roku do dnia zapłaty oraz kosztami postępowania.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał że 6 listopada 2013 roku uczestniczył w wypadku samochodowym, wskutek którego został poszkodowany – doznał urazu nogi i przebywał na wielomiesięcznym zwolnieniu lekarskim. Odpowiedzialność za skutki wypadku ponosi pozwany jako ubezpieczyciel odpowiedzialności cywilnej sprawcy wypadku. Kwota dochodzona pozwem stanowi zadośćuczynienie z tytułu uszczerbku na zdrowiu, jakiego powód doznał w wyniku wypadku. Powód wskazał iż w toku postępowania likwidacyjnego prowadzonego przez pozwanego złożył 3 reklamacje: z dnia 25 października 2016 roku, z 27 października 2016 roku oraz 31 października 2016 roku. Pomimo upływu 30 dni wyznaczonych pozwanemu przez przepis art. 6 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego pozwany nie udzielił w zakreślonym terminie odpowiedzi na reklamację. W konsekwencji na podstawie art. 8 tej ustawy reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta. W przekonaniu powoda wskazany przepis art. 8 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego stanowi podstawę prawną uzasadniającą dochodzenie zasądzenia kwoty objętej żądaniem pozwu bez przeprowadzenia postępowania dowodowego odnośnie zasadności samego roszczenia.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa kwestionując je co do zasady i co do wysokości. Pozwany zarzucił przede wszystkim, iż przeprowadził wyczerpujące postępowanie likwidacyjne, w toku którego wielokrotnie informował powoda o odmowie uwzględnienia jego roszczeń wskazując przyczyny swojej decyzji. Podkreślał, iż powód w toku postępowania likwidacyjnego nie współpracował z ubezpieczycielem w celu ułatwienia likwidacji szkody, nie stawiał się na badania i nie dostarczył wymaganej przez ubezpieczyciela dokumentacji medycznej. Ubezpieczyciel podkreślił także iż powód nadużywa prawa podmiotowego wytaczając powództwo oparte na ustawie o rozpatrywanie reklamacji przez podmioty rynku finansowego z tego względu, iż w toku postępowania likwidacyjnego złożył kilkaset reklamacji niejednokrotnie kierując je na różne skrzynki mailowe, składając często kilka reklamacji tego samego dnia.

### ***Sąd ustalił następujący stan faktyczny***

W dniu 6 listopada 2013 roku miał miejsce wypadek samochodu spowodowany przez sprawcę ubezpieczonego w zakresie odpowiedzialności cywilnej u pozwanego, w którym do wypadku powód doznał urazu nogi.

*/besporne/*

W dniu 15 lipca 2014 roku powód zgłosił szkodę z tego tytułu u pozwanego jak w domagając się wypłaty w łącznej kwoty 668 527 zł i 7 gr wskazując iż w skład dochodzonego roszczenia wchodzi m.in. o zadośćuczynienie za cierpienie i utratę perspektyw zawodowych w kwocie 60 000 zł oraz trwały uszczerbek na zdrowiu w kwocie 60 000 zł.

*/ zgłoszenie szkody w aktach szkody/*

Decyzją z 10 października 2014 roku pozwany odmówił wypłaty odszkodowania powodowi informując, iż na obecnym etapie likwidacji szkody nie jest możliwe zaspokojenie roszczeń zgłoszonych przez powoda. Pozwany poinformował również, iż powodem odmowy wypłaty jest m.in. brak dokumentacji medycznej z udzielania pierwszej pomocy medycznej bezpośrednio po zdarzeniu z 6 listopada 2013 roku względnie oświadczenia poszkodowanego o zwolnieniu podmiotów medycznych z tajemnicy lekarskiej. Pozwany poinformował również, iż po złożeniu brakującej dokumentacji lekarskiej powód zostanie poinformowany o terminie komisji lekarskiej, która wydać ma orzeczenie odnośnie rozmiaru szkody w zakresie stanu zdrowia powoda.

*/ Decyzja karta 87 -88/*

W piśmie z 10 listopada 2014 roku stanowiącym odpowiedź na pismo powoda z 8 października 2014 roku ponownie poinformowano powoda że spełnienie zgłoszonych roszczeń nie jest możliwe z powodu braku dokumentacji, o którym informował pozwanych w decyzji z dziesiątego październik 2014 roku.

*/ pismo karta 89/*

W piśmie z 8 maja 2015 roku kierowanym do pozwanego w powód wskazał iż przesyła oświadczenie z wyszczególnieniem placówek medycznych w których leczył następstwa wypadku z 6 listopada 2013 roku

*pismo karta 108*

W piśmie z 29 maja 2015 roku stanowiącym odpowiedź na pismo powoda z 28 maja 2015 roku pozwany podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie wskazane w pismach z 10 października 2014 roku i 10 listopada 2014 roku i ponownie podkreślił, iż w związku z brakiem dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i wysokości odszkodowania w sprawie zajęto stanowisko odmowne co do wypłaty odszkodowania.

*/ pismo karta 117/*

W piśmie z 2 czerwca 2015 roku powód ponownie wyszczególnił każdy z roszczeń, których realizacji domagał się od pozwanego wnosząc o uzasadnienie braku wypłaty w przypadku każdej z pozycji dotyczącej roszczeń wymienionych w piśmie.

/Pismo karta 121 122/

W piśmie z 16 czerwca 2015 roku pozwany ponownie poinformował powoda że podtrzymuje dotychczasowe stanowisko w sprawie przedstawione w piśmie z 10 października 2014 roku wraz z jego uzasadnieniem.

/Pismo karta 123/

W piśmie z 20 listopada 2015 roku, stanowiącym odpowiedź na łącznie 26 wiadomości elektronicznych jakie wpłynęły od powoda w dniach 2 października 2015 i 20 listopada 2015 roku pozwany ponownie odmówił wypłaty odszkodowania na rzecz powoda. W uzasadnieniu pisma wskazał m.in. iż z jednej strony powziął wątpliwości co do okoliczności faktycznych samego zdarzenia, co stanowiło podstawę do zgłoszenia zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa dotyczącego wyłudzenia odszkodowania do właściwych organów ścigania prowadzonego przez prokuraturę Rejonową w Warszawie pod sygn.. 2 Ds. 10 71/15. Nadto pozwany wskazał, iż powód nie stawiał się na badania lekarskie, które miały być przeprowadzone przez firmę (...) pierwotnie powód poprosił o kontakt przedstawicieli firmy (...) za 2 tygodnie z uwagi na pobyt w G. zaś po upływie 2 tygodni przestał odbierać telefony od tej firmy. Sytuacja ta uniemożliwia firmie kontakt z powodem i ustalenie z powodem dogodnego miejsca i terminu komisji lekarskiej, zaś brak opinii medycznej w przedmiotowej sprawie uniemożliwia ustalenie następstw zdrowotnych i ich rozmiaru, a tym samym jest podstawą odmowy uznania zgłoszonych przez powoda roszczeń. Pozwany wskazał także, iż powód nie wykazał aby na skutek wypadku doszło do urazu krążka międzykręgowego ponieważ na podstawie analizy dokumentacji medycznej pozwany stwierdził, że zgłaszane dolegliwości nie są związane z urazem.

/ Pismo karta 125 126/

W kolejnym piśmie z 10 lutego 2016 roku stanowiącym odpowiedź na korespondencję powoda z 12 stycznia 2016 i 11 stycznia 2016, 13 stycznia 2016, 15 stycznia 2016 i 16 stycznia 2016 w pozwany po raz kolejny poinformował powoda o przyczynach odmowy wypłaty świadczeń m.in. z tytułu roszczenia o zadośćuczynienie. Pozwany ponownie wskazał, iż brak wielokrotnie wnioskowanych dokumentów uniemożliwia mu faktyczną ocenę wysokości szkody w tym zakresie. Pozwany podkreślił po raz kolejny że powód nie stawiał się na badania lekarskie, które miały być przeprowadzone przez firmę (...), a brak opinii lekarskiej odnośnie stanu zdrowia powoda uniemożliwia uwzględnienie jego roszczeń z tytułu zadośćuczynienia. W piśmie tym pozwany ustosunkował się także do wszystkich pozostałych roszczeń zgłoszonych przez powoda.

/ Pismo karta 131 13/

W reklamacji z 17 stycznia 2016 roku powód domagał się m.in. aby ubezpieczyciel wskazał mu ustaloną przez siebie procentowo wysokość odniesionego przez powoda uszczerbku na zdrowiu, na podstawie wyłącznie dokumentacji medycznej przedstawionej przez powoda oraz bezsporną część zadośćuczynienia.

W odpowiedzi na powyższą reklamację pozwany zawarł w kolejnym piśmie kierowanym do powoda w dniu 16 lutego 2016 roku, stanowiącym odpowiedź na korespondencję powoda 17 stycznia 2016 roku, 18 stycznia 2016 roku 22 stycznia 2016 roku odpowiedź, iż dla oceny wysokości uszczerbku na zdrowiu doznanego przez powoda na skutek wypadku niezbędne jest przeprowadzenie badań przez komisje lekarskie, na które to badania powód konsekwentnie nie stawiał się. Argumentacja pozwanego była analogiczna, jak w piśmie z 10 lutego 2016 r.

/ pismo karta 135 136 /

W odpowiedzi na kolejną reklamację powoda złożoną e-mailem z 29 kwietnia 2016 roku pozwany wskazał, iż podstawą prawną wszystkich decyzji odmownych jest przepis art. 361 § 1 kodeksu cywilnego ponieważ w ocenie G. Towarzystwo (...) SA brak jest adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem a szkodą zgłoszoną przez powoda

/ e-mail hal karta 243/

Analogiczne stanowisko zajął pozwany w kolejnej wiadomości e-mail skierowanej do powoda z 6 lipca 2016 roku ponownie wskazując iż podstawą prawną wszystkich decyzji odmownych był przepis art. 361 § 1 kodeksu cywilnego

/wiadomość e-mail karta 256/

W kwietniu 2016 roku powód stawiał się ostatecznie na 2 komisje lekarskie: ortopedyczną i chirurgiczną odmówił natomiast udział w komisji psychologicznej.

okoliczność bezsporna

Decyzją z 6 lipca 2016 roku pozwany zmienił swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie i przyznał powodowi m.in. zadośćuczynienie w kwocie 11 000 zł które zostało powodowi wypłacone.

/ Decyzja karta 237/

Powód złożył reklamację od powyższej decyzji, na którą pozwany odpowiedział w dniu 4 sierpnia 2016 roku wskazując, iż wszystkie kwestie przedstawione w reklamacjach powoda były już wielokrotnie poruszane i wyjaśnione we wcześniejszych odpowiedziach. Pozwany wskazał, iż przesłana przez powoda korespondencja nie wnosi nic nowego do sprawy tym samym pozwany podtrzymał dotychczasowe stanowisko oraz wyjaśnienia wraz z dotychczasowo przedstawioną argumentacją, w tym argumentację przedstawioną w decyzji z 6 lipca 2016 roku.

/Odpowiedź na reklamację karta 269/

W toku postępowania likwidacyjnego powód złożył około 400 reklamacji niejednokrotnie kierując do pozwanego kilkanaście reklamacji tego samego dnia, kierując je na różne skrzynki e-mailowe. W ramach tych reklamacji, powód domagał się m.in. aby ubezpieczyciel wskazał mu ustaloną przez siebie procentowo wysokości odniesionego przez powoda uszczerbku na zdrowiu na podstawie wyłącznie dokumentacji medycznej przedstawionej przez powoda oraz bezsporną część zadośćuczynienia. W korespondencji kierowanej do pozwanego powód domagał się także wskazania dokumentu sprzed 1 października 2014 roku, w którym pozwany domagał się nadesłania przez powoda dokumentów. W swoich reklamacjach wielokrotnie domagał się także udzielenia odpowiedzi na pytanie o podstawy rozbijania w poszczególnych roszczeniach wynikających z 1 zdarzenia na szkody o różnych numerach, domagał się potwierdzenia że pozwany bezprawnie odmówił spełnienia jego roszczeń, informacji odnośnie formy współpracy reprezentującego pozwanego profesjonalnego pełnomocnika, żądał udzielenia odpowiedzi na pytanie czy każda reklamacja podlega raportowaniu do rzeczownika finansowego.

/okoliczność bezsporna/

W dniu 25 października 2016 roku w powód złożył reklamację, w której domagał się w odpowiedzi na pytanie o stopień uszczerbku wynikający z dostarczonej dokumentacji, to jest potwierdzenia lub zaprzeczenia istnienia części bezspornej roszczenia oraz potwierdzenia przez G., iż w żadnym piśmie do powoda nie wskazał błędu w jego wyliczeniach, nie przedstawił swoich wyliczeń, a także nie wskazał podstawy prawnej odmowy wypłaty tegoż roszczenia rok.

/reklamacja karta 11/

W dniu 27 października 2016 roku w powód złożył kolejną reklamację w której domagał się wskazania dokumentów sprzed 1 października 2014 roku, w którym G. żąda od powoda dokumentów, o których mowa w e-mailu G. z 5 lipca 2016 roku. Nadto w związku z zaistnieniem przesłanek do zadziałania dyrektywy art. 8 ustawy reklamacyjnej powód wniósł o wydanie decyzji o wypłacie żądanego w reklamacji roszczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku z 6 listopada 2013 roku w kwocie 60 000 zł + odsetki.

/ Reklamacja karta 16/

W dniu 31 października 2016 roku powód złożył kolejną reklamację dotyczącą jego trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz żądaniem bezzwłocznej wypłaty odszkodowania wraz z odsetkami

/reklamacja karta 20 /

### **Sąd zważył, co następuje**

Powyższy stan faktyczny był w całości bezsporny pomiędzy stronami, zaś rozstrzygnięcie sprawy zależało wyłącznie od prawnej oceny ustalonych powyżej okoliczności faktycznych. Kwestią niezwykle istotną dla rozstrzygnięcia i kierunku prowadzonego postępowania dowodowego w sprawie był dokonany przez powoda wybór prawnej i jednocześnie faktycznej podstawy dochodzonego roszczenia. Powód wyraźnie sprecyzował na pierwszej rozprawie w sprawie, że roszczenia swego dochodzi wyłącznie w oparciu o art. 8 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, zaś jego podstawą faktyczną jest brak odpowiedzi pozwanego na reklamacje powoda z 25.10, 27.10 i 31.10 2014 r. Powód wyraźnie zrezygnował z badania merytorycznej zasadności jego roszczenia w oparciu o przepis art. 445 k.c. i z prowadzenia dowodów w tym kierunku, wnioskowanych przez pozwanego w odpowiedzi na pozew, uznając, iż dla uwzględnienia jego roszczenia wystarczające będzie ustalenie przez sąd, że powód zgłosił określone reklamacje pozwanemu, a ten na nie nie odpowiedział. Brak odpowiedzi na reklamacje jest w ocenie powoda równoznaczny z uznaniem zgłoszonego w reklamacji roszczenia za uzasadnione.

W związku z tak sprecyzowanym stanowiskiem powoda sąd oddalił wnioski dowodowe pozwanego zmierzające do ustalenia wysokości uszczerbku na zdrowiu powoda i rozmiaru jego krzywdy, opierając swoje rozstrzygnięcie na analizie przebiegu postępowania likwidacyjnego w kontekście przesłanek sformułowanych w przepisie art. 8 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego. Przepis ten musi być interpretowany łącznie z przepisami art. 5 – 9 oraz art. 2.2 tej samej ustawy.

Zgodnie ustawową definicją zawartą w art. 2.2 reklamacja to wystąpienie skierowane do podmiotu rynku finansowego przez jego klienta, w którym klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez podmiot rynku finansowego;

Zgodnie z przepisem art. 5 po złożeniu przez klienta reklamacji, zgodnie z wymogami, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1, podmiot rynku finansowego rozpatruje reklamację i udziela klientowi odpowiedzi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.

Przepis art. 6 stanowi, że odpowiedzi, o której mowa w art. 5 ust. 1, należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. Odpowiedź, o której mowa w art. 5 ust. 1, powinna zawierać w szczególności:

- 1) uzasadnienie faktyczne i prawne, chyba że reklamacja została rozpatrzona zgodnie z wolą klienta;
- 2) wyczerpującą informację na temat stanowiska podmiotu rynku finansowego w sprawie skierowanych zastrzeżeń, w tym wskazanie odpowiednich fragmentów wzorca umowy lub umowy;
- 3) imię i nazwisko osoby udzielającej odpowiedzi ze wskazaniem jej stanowiska służbowego;
- 4) określenie terminu, w którym roszczenie podniesione w reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą klienta zostanie zrealizowane, nie dłuższego niż 30 dni od dnia sporządzenia odpowiedzi.

Zgodnie z przepisem art. 8 w przypadku niedotrzymania terminu określonego w art. 6, a w określonych przypadkach terminu określonego w art. 7, reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta.

Ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego obowiązuje od października 2015 r., w związku z czym na gruncie jej stosowania nie utrwalilo się jeszcze orzecznictwo czy poglądy doktryny, zawierające próby wykładni cytowanego wyżej przepisu art. 8 ustawy. Nie ulega jednak wątpliwości, że przepis ten jest podobny w swej

treści do nieobowiązującego już przepisu art. 8.3 ustawy z dnia 27 lipca 2002 r. o szczególnych warunkach sprzedaży konsumenckiej oraz o zmianie Kodeksu cywilnego, czy też art. 7a Ustawy o prawach konsumenta z dnia 30 maja 2014 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 827), względnie art. 561<sup>5</sup> k.c.

Wspólnym mianownikiem wszystkich przywołanych przepisów jest przewidziany w nich skutek nierozpoznania reklamacji/żądania w terminie. W takim przypadku przyjmuje się, że przedsiębiorca/sprzedawca uznał reklamację za uzasadnioną czy też rozpatrzył ją zgodnie z wolą klienta. Na gruncie omawianych przepisów powstały wątpliwości w doktrynie i orzecznictwie, co do skutków prawnych braku odpowiedzi na reklamację. W szczególności niejasnym było, czy brak odpowiedzi na reklamację przesądza o zasadności roszczenia konsumenta i wyklucza możliwość obrony sprzedawcy/przedsiębiorcy w ewentualnym procesie przeciwko niemu, czy też pociąga za sobą wyłącznie skutek w postaci przypisania sprzedawcy oświadczenia woli o uznaniu roszczenia. Większość komentatorów uznawała, że celem komentowanego przepisu jest zdyscyplinowanie sprzedawcy/przedsiębiorcy do wyrażenia jednoznacznego stanowiska odnośnie do zgłoszonych przez konsumenta żądań. Z milczeniem sprzedawcy związana jest reguła interpretacyjna, zgodnie z którą brak reakcji oznacza uznanie zgłoszonych żądań za uzasadnione. Tym samym uznać należy, że sprzedawca uznaje za zasadne zgłoszenie wady przez kupującego, jak również uznaje żądania zgłoszone przez konsumenta i wyraża zgodę na zaproponowany przez niego sposób zadośćuczynienia obowiązkom rękojmiowym (T. Gotowski, Kodeks Cywilny Tom. II kOmentarz., M. Pecyna, Ustawa o sprzedaży konsumenckiej, s. 154). Skutkiem prawnym braku odpowiedzi na reklamację w ustawowym terminie jest złożenie przez kontrahenta konsumenta oświadczenia woli o uznaniu roszczenia, a tym samym przerwanie biegu przedawnienia, . E. C., w: G., Komentarz, t. II, art. 561<sup>5</sup>, Nb 1, oraz J. J., w: G., M., Komentarz, 2016, art. 561<sup>5</sup> KC, Nb 2). Wywiera ono też np. skutki w zakresie ciężaru dowodu [J. J., w: G., M., Komentarz, 2016, art. 561<sup>5</sup> KC, Nb 2, powołując się na A. K., w: Ustawa (red. J. Jezioro), art. 8, Nb 43]. Ponadto, powoduje ono powstanie pomiędzy stronami stosunku obligacyjnego.

W ocenie sądu z przytoczonych poglądów można wywnioskować, że brak odpowiedzi na reklamację w ustawowym terminie pociąga za sobą skutek w postaci złożenia przez przedsiębiorcę milczącego oświadczenia woli o uznaniu roszczenia, a nie skutek w postaci zasadności samego roszczenia. Każdy z komentowanych przepisów, mimo różnych dat wejścia w życie, jest sformułowany zawsze w analogiczny sposób: ustawodawca każdorazowo używa sformułowania „przyjmuje się, że sprzedawca/przedsiębiorca uznał reklamację/żądanie za uzasadnione”. Nigdy, na przestrzeni kilkunastu lat, wprowadzając w życie kolejne, podobnie brzmiące przepisy, ustawodawca nie posłużył się w nich sformułowaniem „roszczenie/ żądanie uznaje się za zasadne” Konsekwencja ustawodawcy przy tworzeniu i formułowaniu kolejno wprowadzanych w życie przepisów nie może być uznana za przypadkową i powinna być interpretowana zgodnie z zasadą racjonalności ustawodawcy. Pierwszą regułą wykładni pozwalającą na zrealizowanie tej zasady jest wykładnia literalna, a dopiero, gdy ta nie daje jednoznacznych wyników, stosowanie kolejnych reguł interpretacji przepisu. Literalna wykładnia każdego z powołanych przepisów nie daje w przekonaniu sądu, podstaw do uznania, że zamiarem ustawodawcy było pozbawienie sprzedawcy/przedsiębiorcy możliwości obrony przeciwko zgłaszanemu wobec niego roszczeniu, a wyłącznie przypisanie mu złożenia określonej treści oświadczenia woli o uznaniu roszczenia. Należy podkreślić, że wątpliwości interpretacyjne na temat skutków prawnych braku terminowej odpowiedzi sprzedawcy na reklamację pojawiały się w doktrynie już na gruncie najstarszego, z historycznego punktu widzenia, przepisu art., 8 ust. 3 ustawy o sprzedaży konsumenckiej (...) Pomimo tego ustawodawca wprowadzając w życie „najmłodszy” przepis art. 8 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, w dalszym ciągu nie zmienił jego brzmienia i nie przesądził, że brak odpowiedzi na reklamację oznacza, że będące jej przedmiotem roszczenie jest zasadne. Z tych względów, mając na uwadze wyniki wykładni literalnej w połączeniu z wykładnią historyczną, Sąd rozpoznający sprawę skłania się do poglądu, że brak odpowiedzi na reklamację w terminie trzydziestodniowym powoduje wyłącznie ten skutek, że przerzuca ciężar dowodu nieistnienia roszczenia na przedsiębiorcę i pociąga ze sobą wszystkie te skutki, jakie prawo wiąże z uznaniem roszczenia. Z tych względów Sąd nie podziela podglądu wyrażonego w uzasadnieniu wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 2012 r. IV CSK 75/12, zgodnie z którym sprzedający, który nie udzielił w ustawowym terminie określonym w art. 8 ust. 3 wymienionej ustawy odpowiedzi na żądanie naprawy albo wymiany towaru, nie może następnie w procesie kwestionować swojej odpowiedzialności za niezgodność towaru z umową.

W konsekwencji Sąd nie podzielił też poglądu powoda, jakoby sam fakt nieudzielenia mu odpowiedzi na reklamacje zgłoszone w październiku 2016 r. powodował powstanie po jego stronie zasadnego roszczenia o wypłatę kwoty 60 000 zł z tytułu zadośćuczynienia za uszczerbek na zdrowiu, bez konieczności badania przesłanek tego roszczenia na gruncie przepisów art. 444 k.c. i art. 445 k.c. Powód tymczasem wyraźnie domagał się ograniczenia postępowania dowodowego wyłącznie do ustalenia faktu złożenia reklamacji i braku odpowiedzi na nią, rezygnując z postępowania dowodowego, które chciał w sprawie przeprowadzić pozwany. W tej sytuacji, nawet gdyby Sąd uznał (o czym poniżej), że pozwany rzeczywiście nie zachował terminu do udzielenia powodowi odpowiedzi na reklamację, byłoby to, w świetle przeprowadzonej wyżej wykładni art. 8 ustaw, niewystarczające dla wydania wyroku uwzględniającego powództwo.

Niezależnie jednak od powyższego, nawet gdyby nie podzielić poglądów Sądu odnośnie wykładni przepisu art. 8 ustawy, w rozpoznawanej sprawie nie byłoby podstaw do uwzględnienia powództwa stanowiącego w ocenie sądu klasyczny przykład nadużycia prawa podmiotowego (art. 5 k.c.). Analiza przebiegu postępowania likwidacyjnego pozwala jednoznacznie stwierdzić, że powód nadużywał prawa do reklamacji, zgłaszając niejednokrotnie kilkanaście reklamacji tego samego dnia, na różne skrzynki mailowe, niejako czekając na to, aż ubezpieczyciel pogubi się w napływającej do niego lawinowo korespondencji i nie odpowie na którąś reklamację w terminie. Powód przyznał, że złożył około 400 reklamacji i składa je nadal, mimo wytoczenia powództwa o zapłatę. Reklamacje powoda noszą różne wieloznakowe numery i niejednokrotnie dotyczą kwestii wielokrotnie wyjaśnianych przez pozwanego. Próba przeczytania wszystkich reklamacji i odpowiedzi na nie, o ile nie jest czyniona na bieżąco, kończy się niepowodzeniem, ponieważ powód w swej korespondencji celowo p[owraca wciąż do tych samych wątków, jednocześnie mnożąc je i rozbijając na różne problemy, często odbiegające od istoty zgłoszonych roszczeń (np. pytanie o podstawę rozbijania roszczeń z jednego zdarzenia na kilka numerów szkody, pytanie o formę współpracy G. z prawnikiem, pytanie o raportowanie reklamacji do Rzecznika Praw Ubezpieczonych itp.)

Należy również wskazać, iż niewątpliwie w dacie wniesienia pozwu, jak i w dacie składania wymienionych nim reklamacji z 25, 27 i 31 października 2016 r., stanowiących podstawę żądania, powód znał odmowne stanowisko ubezpieczyciela co do roszczenia o zadośćuczynienie z tytułu uszczerbku na zdrowiu przekraczającego kwotę 11 000 zł. Powód otrzymał bowiem decyzje z 5 lipca 2016 r, w której pozwany częściowo uwzględnił jego roszczenia. Od decyzji tej powód złożył reklamację z 6 lipca, na którą otrzymał odpowiedź z 4 sierpnia 2016 r. Z odpowiedzi tej wynikało, że pozwany podtrzymuje swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie. Powód zarzucał, iż taka odpowiada nie spełniała wymogów formalnych, o których mowa w art. 5 ustawy, ponieważ nie wskazywała podstawy prawnej podjętej decyzji ani jej uzasadnienia. Stanowisko powoda można byłoby uznać za zasadne, gdyby odpowiedź ubezpieczyciela była pierwszą i jedyną, jakiej udzielił powodowi. Pozwany tymczasem, począwszy od października 2014 r. wielokrotnie uzasadniał powodowi, swoje stanowisko w sprawie tłumacząc je najpierw brakiem wymaganej dokumentacji medycznej (dokumentacja z udzielenia pierwszej pomocy), następnie brakiem współpracy ze strony powoda i jego niestawiennictwem na powoływane przez pozwanego komisje lekarskie. Pozwany wskazywał też podstawę prawną swoich decyzji odmownych wskazując na brak związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem a szkodą (art. 361 § 1 k.c.) Pozwany zawarł też uzasadnienie w decyzji z 5 lipca 2016 r.. Należy przy tym wskazać, iż w ocenie sądu pozwany nie był obowiązany podawać powodowi procentowej wysokości ustalonego u niego uszczerbku na zdrowiu, ponieważ nawet sąd w postępowaniu o zadośćuczynienie nie ma obowiązku ustalić procentowego uszczerbku na zdrowiu, a jeżeli nawet czyni takie ustalenia, to wielkość uszczerbku określona procentowo ma co najwyżej znaczenie pomocnicze dla ustalenia rozmiaru zadośćuczynienia. W związku z powyższym odpowiedź na reklamację z 6 lipca 2016 r., udzielona 4 sierpnia 2016 r. odwołująca się do poprzednio zajmowanego przez ubezpieczyciela i wielokrotnie przedstawianego powodowi stanowiska była w przekonaniu sądu odpowiedzią spełniającą kryteria z art. 5 ustawy. Jednocześnie odpowiedź ta kończyła definitywne postępowanie likwidacyjne i zwalniała pozwanego z obowiązku prowadzenia dalszej korespondencji z powodem dotyczącej tych samych, rozpoznanych już przez pozwanego roszczeń.

Dalsze składanie przez powoda kolejnych reklamacji prowadzi do wypaczenia celu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego. Celem tym, jak wskazano powyżej jest zdyscyplinowanie przedsiębiorcy i skłonienie go do tego, aby w określonym terminie przedstawił klientowi swoje stanowisko oraz odpowiednio je umotywował. W niniejszej sprawie pozwany temu obowiązkowi zadośćuczynił wydając decyzje odmowną z 10

października 2014 r. (wówczas ustawa o rozpatrywaniu reklamacji jeszcze nie obowiązywała i nie obowiązywały też formalne wymogi dotyczące odpowiedzi) oraz kolejne decyzje, w których informował powoda o braku podstaw do uwzględnienia roszczenia o zadośćuczynienie z powodu niestawiennictwa na komisjach lekarskich. Podkreślić należy, że nawet jeżeli decyzje pozwanego nie były zasadne merytorycznie, to niewątpliwie powód motywy tych decyzji znał i jeśli się z nimi nie zgadzał, mógł wystąpić o zapłatę z odpowiednim powództwem, o czym było wielokrotnie informowany. Zaznaczyć trzeba w tym miejscu, że z art. 5 - 8 ustawy nie wynika, iż odpowiedź ubezpieczyciela ma być zasadna, słuszna i prawidłowa. Ma być po prostu umotywowana, po to aby klient był w stanie zapoznać się z przyczynami podjętej decyzji i ewentualnie podważać je następnie w postępowaniu sądowym. W niniejszej sprawie powód niewątpliwie znał motywy decyzji ubezpieczyciela, nawet jeżeli nie były one merytorycznie uzasadnione. W tym miejscu zaznaczyć należy, iż z uwagi na zakresłone przez powoda ramy postępowania dowodowego, Sąd nie oceniał zasadności decyzji ubezpieczyciela i , a jedynie badał przebieg postępowania likwidacyjnego pod kątem przesłanek tzw. ustawy reklamacyjnej. W efekcie tego badania Sąd doszedł do przekonania, że pozwany przepisów tej ustawy nie naruszył i zakończył postępowanie likwidacyjne odpowiedzią na reklamacje z 6 lipca 2017 r.

W konsekwencji, będące podstawą powództwa reklamacje z 25, 27 i 31 października 2016 r. nie mogą uzasadniać roszczenia powoda, nawet gdyby uznać, że pozwany na nie nie odpowiedział. Postępowanie likwidacyjne musi się kiedyś zakończyć i nie może być sztucznie przeciągane przez klienta tylko po to, aby wykreować podstawę swoich roszczeń. Analizując sposób postępowania powoda polegający na lawinowym wręcz zarzucaniu ubezpieczyciela reklamacjami , nie sposób oprzeć się wrażeniu, że powód liczy na to, że pracownicy pozwanego zwyczajnie „pogubią się w takiej ilości korespondencji i nie zdążą odpowiedzieć na którąś z reklamacji, co wykreuje po stronie powoda jakieś korzystne dla niego roszczenie. Działanie takie nie zasługuje na ochronę prawną i musi być potraktowane jako nadużycie prawa podmiotowego (art. 5 k.c.) Oceniając postępowanie powoda nie można też tracić z pola widzenia jego postawy wobec procedur ubezpieczyciela w toku postępowania likwidacyjnego (odmowa przedłożenia dokumentacji medycznej z pierwszej pomocy po zdarzeniu, odmowa zwolnienia placówki, która udzielała tej pomocy z tajemnicy lekarskiej – powód złośliwie zwolnił z tajemnicy wszystkie inne placówki, przedstawiając przewrotną argumentację, jakoby przesłany mu druk oświadczenia nie dotyczył akurat pogotowia ratunkowego, wielomiesięczna odmowa uczestnictwa w komisjach lekarskich). Niewątpliwie postępowanie takie nie mieściło się w ramach wyznaczonych przez przepis art. 354 k.c. zasad współpracy wierzyciela i dłużnika przy wykonaniu zobowiązania.

Na zakończenie wskazać należy, iż w przekonaniu sądu pozwany miał prawo wstrzymać się z wydaniem ostatecznej decyzji w sprawie roszczeń powoda do czasu zakończenia postępowania przygotowawczego, prowadzonego w wyniku zgłoszenia zawiadomienia przez pozwanego o podejrzeniu popełnienia przestępstwa wyłudzenia odszkodowania. Nawet jeśli postępowanie takie toczyło się w sprawie, a nie przeciwko powodowi, zasadnym było niewypłacanie powodowi odszkodowania do czasu jego zakończenia. Wynik postępowania nie był znany, nie wydano postanowienia odmowie jego wszczęcia i trudno wymagać od ubezpieczyciela, aby wypłacał odszkodowanie osobie, co do której miał podejrzenia o próbie wyłudzenia odszkodowania. Po prawomocnym umorzeniu postępowania, pozwany wydał decyzje z 5 lipca 2016 r., w której częściowo zaspokoił roszczenia powoda.

Z tych względów na podstawie art.8 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego a contrario i art. 5 k.c. Sąd orzekł jak w sentencji .

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. obciążając nimi powoda jako stronę przegrywającą spór. Koszty zasądzone na rzecz pozwanego obejmują opłatę skarbową od pełnomocnictwa i wynagrodzenie zawodowego pełnomocnika w stawce wynikającej z przepisu § 2pkt. 6 Rozp. Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych.