

Sygn. akt IV Ca 453/19

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 września 2019 roku

Sąd Okręgowy w Płocku IV Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie następującym:

Przewodniczący – Sędzia Barbara Kamińska

Sędzia Małgorzata Michalska

Sędzia Renata Wanecka (spr.)

Protokolant: Katarzyna Lewandowska

po rozpoznaniu na rozprawie 26 września 2019r. w P.

sprawy z powództwa Z. A.

przeciwko MetLife Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Rejonowego w Płocku z 5 grudnia 2018 r.

sygn. akt I C 2639/17

1. oddala apelację;
2. zasądza od Z. A. na rzecz MetLife Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 1.800 (tysiąc osiemset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego za II instancję.

Sygn. akt IV Ca 453/19

## UZASADNIENIE

Z. A. w pozwie złożonym do Sądu Rejonowego w Płocku wniósł o zasądzenie na jego rzecz od MetLife Towarzystwa (...) S. A. z siedzibą w W. kwoty 29.222,64 zł z odsetkami za opóźnienie od 15 sierpnia 2017r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu powód wskazał, że dochodzona przez niego należność stanowi uzupełnienie odszkodowania za następstwa wypadku, jakiemu uległ on 12 listopada 2016r. w związku z wypłatą części odszkodowania, poniżej sumy ubezpieczenia wynikającej z umowy ubezpieczenia „(...) Powód twierdził, że nie został zapoznany z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, nie jest nimi związany i dlatego stoi na stanowisku, że powinien otrzymać odszkodowanie w wysokości odpowiadającej pełnej sumy ubezpieczenia.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa twierdząc, że powód był należycie poinformowany o treści ogólnych warunków ubezpieczenia. MetLife Towarzystwo (...) S. A. z siedzibą w W. wykonało należycie swoje zobowiązanie, wypłacając odszkodowanie w wysokości zgodnej z umową.

Wyrokiem z 5 grudnia 2018r. Sąd Rejonowy w Płocku oddalił powództwo i nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.

#### Sąd Rejonowy ustalił:

W dniu 5 lipca 1998 r. Z. A. za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego złożył wniosek o zawarcie: umowy ubezpieczenia na życie, umowy dodatkowej (...) oraz umowy dodatkowej (...)

Do powyższych wniosków dołączono załączniki, szczegółowe umowy ubezpieczenia oraz ogólne warunki ubezpieczenia.

W treści polisy wskazano, iż dołączone ogólne warunki ubezpieczenia, warunki, wymienione w Szczegółowej Umowie (...), postanowienia dotyczące świadczeń i wszelkie pozostałe warunki stanowią integralne części niniejszej polisy.

W dniu 17 sierpnia 1998 r. pozwany potwierdził własnoręcznym podpisem otrzymanie polisy ubezpieczeniowej nr (...), wystawionej na podstawie jego wniosku nr (...). Ponadto oświadczył, iż rozumie i przyjmuje do wiadomości warunki wymienione w polisie i stwierdza, że została wystawiona zgodnie z jego życzeniem.

W dniu 12 listopada 2016 r., podczas prac polowych Z. A. uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, na skutek którego jego prawa ręka została zmiażdżona przez mechanizm rozrzutnika. Przeprowadzono operację ręki, a następnie w wyniku krytycznego niedokrwienia, wykonano amputację kończyny górnej prawej na poziomie  $\frac{1}{3}$  bliżej ramienia.

W związku z powyższym uznano powoda za trwale i całkowicie niezdolnego do pracy w gospodarstwie rolnym.

W piśmie z 25 lipca 2017 r. pozwany przyznał Z. A. kwotę 43.833,96 zł z tytułu trwałego inwalidztwa skutek nieszczęśliwego wypadku.

Powód w dniu 18 sierpnia 2017 r. wniósł o ponowne rozpoznanie sprawy i przyznanie dopłaty do odszkodowania w wysokości 29.222,64 zł.

Pismem z 5 września 2017 r. pozwany odmówił uznania reklamacji oraz powołał się na załącznik do umowy dodatkowej „Asekuracja+”. W załączniku wskazano, iż z tytułu całkowitej straty jednego ramienia lub jednej dłoni przysługuje w przypadku kończyny prawej świadczenie w wysokości 60 % sumy ubezpieczenia. Podstawą do orzeczenia stopnia inwalidztwa jest punkt 103a Tabeli norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku. Lekarz konsultant ocenił pourazowe inwalidztwo na poziomie 60% sumy ubezpieczenia.

Dokonując oceny prawnej, Sąd I instancji podniósł, że podstawą dochodzonego roszczenia jest zawarta pomiędzy stronami 5 lipca 1998r. umowa ubezpieczenia. W tej dacie powód zawarł bowiem trzy umowy: podstawową (...) do 60 roku życia, umowę (...) na wypadek trwałego inwalidztwa lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, z której to wywodzi swoje roszczenie oraz umowę dodatkową (...) -ubezpieczenie na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa małżonki oraz dzieci.

Pozwany, po zgłoszeniu mu wypadku ubezpieczeniowego, nie kwestionował swojej odpowiedzialności i wypłacił powodowi odszkodowanie, jednak w wysokości 60% sumy ubezpieczenia - zgodnie z załącznikiem do umowy dodatkowej Asekuracja+.

Trzonem żądania pozwu było twierdzenie, iż w chwili zawarcia umowy powód nie otrzymał ogólnych warunków ubezpieczenia o nazwie U. (...) (...), a skoro tak, strony powinna wiązać treść umowy, nie zaś inne ustalenia zawarte w OWU. Powód wskazał, iż po zawarciu umowy otrzymał jedynie wniosek, pismo zatytułowane Polisa ubezpieczeniowa, polisa nr (...) zatytułowana „szczegółowa umowa ubezpieczenia” oraz załącznik do umowy dodatkowej Rodzina, które nie dotyczą jednak umowy „(...) Dodał, że wymieniona polisa nr (...) nie zawiera żadnych postanowień odsyłających do ogólnych warunków ubezpieczenia lub innych przepisów. Nie ma w niej też zapisu, że takie przepisy zostały ubezpieczonemu doręczone lub że się z nimi zapoznał. W tej sytuacji, zdaniem powoda, winien mieć zastosowanie

obowiązujący wówczas art. 812 § 1 kc stanowiący, że zakład ubezpieczeń obowiązany jest podać w dokumencie ubezpieczenia tekst OWU, na których podstawie umowa jest zawarta. Jednak w umowie posiadanej przez powoda informacji takiej ubezpieczyciel nie podał. Zgodnie art. 385 § 1 kc w brzmieniu z roku 1990, ogólne warunki umów, wzory umów lub regulaminy wydawane przez stronę upoważnioną do tego przez właściwe przepisy i w ich granicach, wiążą drugą stronę, jeżeli zostały jej doręczone przy zawarciu umowy. W razie, gdy posługiwanie się nimi jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiążą one także wtedy, gdy druga strona mogła z łatwością dowiedzieć się o ich treści. Inne ogólne warunki umów, wzory umów czy regulaminy wiążą drugą stronę tylko wtedy, gdy znając ich treść wyraziła zgodę na włączenie ich do treści umowy.

Według twierdzeń powoda ani przy zawarciu umowy, ani później, żadne ogólne warunki ubezpieczenia dotyczące umowy „(...)” nie zostały mu przekazane, nie był również informowany o ich zmianie. Z kolei art. 385<sup>(1)</sup> kc z roku 1990 przewidywał, że w razie sprzeczności treści umowy z ogólnymi warunkami umów, wzorem umowy lub regulaminem, strony są związane umową. W świetle powyższego do umowy ubezpieczenia dodatkowego „(...)” ma zastosowanie polisa (...) pod tytułem „Szczegółowa umowa ubezpieczenia” z datą wystawienia, tj. 23 lipca 1998 r. oraz przepisy Kodeksu cywilnego. W umowie podstawowej (polisa nr (...)) pod tytułem (...) z datą wystawienia 23 lipca 1998 r. pod pozycją „umowy dodatkowe”, widnieje zapis, że w przypadku trwałego inwalidztwa ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu sumę 40.000 zł. Ubezpieczenie to obejmuje okres do 5 lipca 2017r. Suma była waloryzowana w 2007 r. i mimo wzrostu składki, wyniosła 73.056,60 zł. Taka kwota winna zostać wypłacona powodowi.

Zdaniem Sądu I instancji, twierdzenie powoda, iż nie otrzymał OWU do umowy „(...)” nie wytrzymuje krytyki w świetle dokumentów załączonych przez pozwanego.

Po pierwsze Sąd nie dał wiary, iż powód nie otrzymał jedynie OWU dotyczących umowy „(...)” w sytuacji, kiedy to otrzymał OWU do umowy Senior i Rodzina. Jeśli powód rzeczywiście ich nie otrzymał, otrzymując inne, to zdaniem Sądu, winien zwrócić się do ubezpieczyciela o ich niezwłoczne nadesłanie, wszak polisa, jak wynika z jej treści, odwołuje się do nich bezpośrednio, a nadto powód pisemnie poświadczył, że dokumenty te otrzymał (o czym poniżej). Sąd podkreślił, iż powód zawarł nie jedną, a trzy umowy, otrzymując do nich dodatkowe dokumenty. Trudno uwierzyć, iż powód nie otrzymał dokumentów dotyczących tylko tej jednej umowy.

Po drugie – w ocenie Sądu I instancji - otrzymana przez powoda polisa w swej treści odwołuje się wprost do tych dokumentów dodatkowych. Wskazuje, iż dołączone do niej ogólne warunki ubezpieczenia, warunki wymienione w szczegółowej umowie ubezpieczenia, postanowienia dotyczące świadczeń i wszelkie pozostałe warunki, stanowią integralne części niniejszej polisy. Pozwany przedstawił nadto potwierdzenie otrzymania polisy przez powoda. Brak jest zatem podstaw do uznania za wiarygodne twierdzenia powoda, iż nie otrzymał on jedynie OWU do umowy „(...)” zaś wszelkie inne otrzymał.

Po trzecie, jeśli powód twierdził, iż rzeczywiście ogólnych warunków ubezpieczenia do tej właśnie umowy nie otrzymał, pomimo pisemnego poświadczenia, to zgodnie z art. 6 k.c., winien okoliczność tę udowodnić. Tymczasem powód nie powołał żadnych dowodów w postaci chociażby zeznań świadków: np. żony, dzieci, agenta ubezpieczeniowego, na potwierdzenie tego faktu. Zatem same jego głośne twierdzenia, wobec braku dowodu potwierdzającego tą okoliczność i wobec pisemnego pokwitowania otrzymania polisy, której integralną część stanowiły ogólne warunki ubezpieczenia, są – zdaniem Sądu Rejonowego - niewystarczające do uwzględnienia żądania pozwu.

Po czwarte wreszcie, Sąd zaznaczył, iż powód aż do momentu zdarzenia nie kwestionował tego, iż OWU do umowy „(...)” nie zostały mu dostarczone, pomimo iż był informowany o tym, że suma ubezpieczenia była waloryzowana, jak również o zmianie wysokości składki.

Po piąte – Sąd wskazał, iż powód otrzymał kilka dokumentów, zawarł bowiem nie jedną, lecz trzy umowy ubezpieczenia – (...), „Asekuracja+” oraz (...). „Szczegółowa mowa ubezpieczenia” nie jest polisą i nie jest samodzielnym dokumentem, lecz jest informacją o rodzaju świadczeń i wysokości sum ubezpieczenia w zakresie

poszczególnych zdarzeń losowych. Wynikają z niej nie nazwy zawartych umów, lecz rodzaje świadczeń z tytułu wystąpienia określonego w umowach zdarzenia i sumy ubezpieczenia. Odnośnie umowy dodatkowej (...) wskazane są dwa ryzyka: trwałe inwalidztwo wskutek NW powoda z sumą ubezpieczenia 40.000 zł oraz śmierć wskutek NW z sumą ubezpieczenia 20.000 zł. Zatem dokument ten nie stanowi polisy, lecz jest dokumentem dodatkowym, określającym sumę ubezpieczenia w razie zaistnienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych i wyłącznie na jego podstawie, nie jest możliwe ustalanie należnego powodowi odszkodowania.

Po szóste, rzeczywiście w odpowiedzi na reklamację przedstawiciel pozwanego powołał się na orzeczenie lekarza konsultanta MetLife oraz na art. 103 a Tabeli norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz ogólne warunki ubezpieczenia umowy dodatkowej „(...)” z załącznikiem, przysyłając w załączeniu kopie tych dokumentów. Tabela norm to dokument następcy prawnego ubezpieczyciela - (...) L., tymczasem umowa była zawiera z A. L., a więc jest to bezspornie dokument, który w dniu zawarcia umowy nie istniał. Powód dołączył jednak do tego pisma otrzymane przez pozwanego: treść umowy dodatkowej „(...)” z 17 marca 1997 r. oraz załącznik do tej umowy z 17 marca 1997 r., a więc obowiązujące w dacie zawarcia umowy.

Wszystkie powyższe okoliczności doprowadziły Sąd I instancji do przekonania, iż niewiarygodnym jest twierdzenie powoda, że nie otrzymał ogólnych warunków ubezpieczenia, tj. umowy wraz z załącznikiem do umowy dodatkowej „(...)” A skoro tak, jego roszczenie nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd wskazał, że zgodnie z art. 805 § 5 kc podstawą wypłaty świadczenia z umowy ubezpieczenia jest zajście zdarzenia przewidzianego w umowie. Pozwany otrzymał zgłoszenie wraz z dokumentacją medyczną 3 lipca 2017r. Skierował powoda na konsultację ortopedyczną. W wyniku przeprowadzonego badania, lekarz orzecznik współpracujący z Towarzystwem ustalił trwałą pourazową dysfunkcję organizmu w postaci utraty prawie całkowitej prawej, dominującej kończyny prawej na wysokości  $\frac{1}{3}$  górnej ramienia. W wyniku dokonanych ustaleń, Towarzystwo pismem z 25 lipca 2017 r. przyznało powodowi świadczenie z umowy w wysokości 60% sumy ubezpieczenia, co odpowiadało kwocie 43.833,96 zł, tj. maksymalnej możliwości świadczenia odpowiadającej utracie górnej, dominującej kończyny ubezpieczonego.

Zgodnie z art. 3 (Częściowe i trwałe inwalidztwo) Towarzystwo wypłaci z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, wyrażoną w tabeli świadczeń w procentach część sumy ubezpieczenia wymienionej w Szczegółowej Umowie (...), jeżeli: ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku, choćby jedno z wymienionych w tabeli świadczeń uszkodzeń ciała uważane za częściowe i trwałe inwalidztwo stwierdzone zostało w terminie 180 dni od daty ww nieszczęśliwego wypadku, bezpośrednią i wyłączną przyczyną inwalidztwa były wyżej wymienione obrażenia fizyczne.

Zgodnie z treścią tabeli, stanowiącej załącznik do umowy dodatkowej „(...)” z tytułu całkowitej straty jednego ramienia lub jednej dłoni przysługuje w przypadku kończyny prawej świadczenie w wysokości 60% sumy ubezpieczenia.

Decyzją z 25 lipca 2017 r. pozwany przyznał powodowi kwotę 43.833,96 zł z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, tj. 60% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku. W ocenie Sądu Rejonowego, pozwany spełnił swoje świadczenie zgodnie z umową.

O kosztach procesu Sąd orzekł w oparciu o art. 102 kpc.

Apelację od wyroku złożył Z. A., zaskarżając go w całości i zarzucił naruszenie:

- art. 232 kpc w zw. z art. 6 kc, mające wpływ na wynik sprawy, przez niewłaściwe zastosowanie tych przepisów i bezpodstawne obciążenie powoda przedstawieniem dowodu niedoręczenia mu przez pozwanego ogólnych warunków ubezpieczenia (...)” w sytuacji, gdy powód zaprzeczył, że dokumenty te zostały mu doręczone, co powinno skutkować przeniesieniem na pozwanego ubezpieczyciela ciężaru dowodu, iż wymienione dokumenty doręczył powodowi w dniu zawarcia umowy, pod rygorem niezwiązania powoda owu „Asekuracja+”, dlatego że pozwany wywodził z

wymienionych owu skutki prawne, polegające na zmniejszeniu świadczenia dla powoda ze 100 % do 60% sumy ubezpieczenia;

- 233 § 1 kpc, mające wpływ na treść wyroku, przez wyprowadzenie z materiału dowodowego w postaci dokumentów: „Potwierdzenia otrzymania polisy”, „Szczegółowej umowy ubezpieczenia” z 23 lipca 1998r. i „Polisy ubezpieczeniowej” bez daty, wniosków sprzecznych z ich treścią, a ponadto wbrew doświadczeniu życiowemu i regułom logicznego myślenia, uznanie za nieprawdopodobne, by pozwany nie doręczył powodowi owu „Asekuracja +”, doręczając dokumenty wymienione powyżej oraz owu (...) i owu (...), co oznacza przyjęcie założenia, iż pozwany ubezpieczyciel nie mógł popełnić błędu, mimo iż z materiału dowodowego wynika, że ubezpieczyciel popełnił wiele innych poważnych błędów, działając nieprofesjonalnie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia z powodem.

Mając na uwadze powyższe zarzuty, powód wniosł o zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie od pozwanego na jego rzecz 29.222,64 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 15 sierpnia 2017 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenie kosztów procesu za obie instancje.

MetLife Towarzystwo (...) S.A. w W. w odpowiedzi na apelację wniosła o jej oddalenie i zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów procesu za II instancję.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy w istotnej dla rozstrzygnięcia części akceptuje ustalenia faktyczne Sądu I instancji. Trzeba się jednak zgodzić z apelującym, że Sąd nieprawidłowo rozłożył ciężar dowodu i tym samym naruszył art. 6 kc. Rację ma powód, że skoro zaprzeczył on, że zapoznał się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (...) to pozwanego obciążało wykazanie, iż tego obowiązku dopełnił. Trudno sobie wyobrazić w praktyce, w jaki sposób Z. A. miałby udowodnić fakt, że nie otrzymał takiego załącznika do polisy. Ponieważ to ubezpieczyciel wywodzi skutki prawne z postanowień uregulowanych szczegółowo w ogólnych warunkach umowy, toteż on powinien przedstawić na tę okoliczność dowody.

Jak wynika z analizy materiału dowodowego, (...) S.A. podjęła taką próbę i przedstawiła dokumenty, które w jej ocenie świadczą o tym, że Z. A. został powiadomiony o ogólnych warunkach umowy ubezpieczenia potwierdzonego polisą (...)

Pierwszym z nich jest potwierdzenie otrzymania polisy, dotyczące polisy nr (...), tj. ubezpieczenia (...). W dalszej treści Z. A. potwierdził, że rozumie i przyjmuje do wiadomości warunki wyżej wymienionej polisy. Literalna wykładnia treści oświadczenia woli powoda nie prowadzi do jednoznacznego wniosku, iż tym samym otrzymał na piśmie ogólne warunki umowy ubezpieczenia.

Dokument zatytułowany „Polisa ubezpieczeniowa”, zawierający stwierdzenie: „Dołączone ogólne warunki ubezpieczenia, warunki wymienione w szczegółowej umowie ubezpieczenia, postanowienia dotyczące świadczeń i wszelkie pozostałe warunki, stanowią integralną część niniejszej polisy”, o tyle niewiele wnosi do sprawy, że tzw. „Polisa ubezpieczeniowa” ma dość ogólnikowy charakter i nie można przyjąć, że odnosi się również do polisy nr (...), potwierdzającej zawarcie ubezpieczenia (...) Ponadto dokument został opatrzony podpisem wyłącznie Prezesa Zarządu Towarzystwa, będącego poprzednikiem prawnym pozwanego.

Dowodem na otrzymanie szczegółowych warunków ubezpieczenia (...) mogłaby być „Umowa dodatkowa (...) wraz z załącznikiem, gdyby jednocześnie pozwany przedstawił jakikolwiek dowód ich doręczenia powodowi.

Opisane wyżej dowody w wysokim stopniu uprawdopodobniają, że Z. A. otrzymał dokumenty, z których wynikały szczegółowe warunki umowy „(...)ale jednoznacznie tej okoliczności nie potwierdzają i w tym zakresie zarzut naruszenia art. 233 kpc również jest zasadny.

Niemniej jednak zaskarżony wyrok odpowiada prawu.

Żądanie powoda odwołuje się do treści art. 385 § 1 kc w brzmieniu nadanym mu ustawą z 28 lipca 1990 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny (Dz.U.1990.55.321) i obowiązującą w momencie zawierania umowy ubezpieczenia „(...)który stanowił, że ogólne warunki umów, wzory umów lub regulaminy wydawane przez stronę upoważnioną do tego przez właściwe przepisy i w ich granicach wiążą drugą stronę, jeżeli zostały jej doręczone przy zawarciu umowy.

Z. A. wywodzi zatem, że skoro nie doręczono mu ogólnych warunków ubezpieczenia, to nie są one wiążące dla stron, zaś ubezpieczyciel powinien wypłacić mu całą sumę ubezpieczenia, a nie tylko jej część, tj. 60% – zgodnie z danymi ujawnionymi na polisie ubezpieczenia (...)

Strona powodowa zdaje się nie dostrzegać dalszej części przytoczonego przepisu, który przewiduje, że w razie gdy posługiwanie się nimi (ogólnymi warunkami umowy) jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiążą one także wtedy, gdy druga strona mogła z łatwością dowiedzieć się o ich treści. Nie ma wątpliwości, że w stosunkach między stronami umowy ubezpieczenia, ogólne warunki umów stosowane są powszechnie i posługiwanie się nimi jest na pewno zwyczajowo przyjęte. Nie było żadnych przeszkód, aby Z. A. z łatwością dowiedział się o ich treści, tym bardziej, że do pozostałych umów zawieranych w tym samym dniu – jak twierdzi – wszystkie szczegółowe warunki ubezpieczenia otrzymał i były mu znane.

Wobec powyższego, zdaniem Sądu Okręgowego, nie zachodzą w sprawie okoliczności pozwalające na pominięcie ogólnych warunków umowy „A.+”. Te zaś na wypadek częściowego i trwałego inwalidztwa przewidywały część sumy ubezpieczenia (tu: 60%), a nie całą sumę.

Na marginesie tylko warto dodać, że analogiczne rozwiązanie strony przyjęły w odniesieniu do umowy ubezpieczenia (...), gdzie również mowa jest o wypłacie jedynie procentowej części świadczenia na wypadek częściowego i trwałego inwalidztwa.

Z tych wszystkich względów, mimo słuszności niektórych zastrzeżeń pod adresem toku rozumowania Sądu Rejonowego, zaskarżony wyrok odpowiada prawu, a apelacja okazała się nieuzasadniona.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy oddalił apelację, stosując art. 385 kpc.

O kosztach procesu za II instancję Sąd orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik, przy czym wysokość wynagrodzenia pełnomocnika pozwanego została ustalona zgodnie z § 10 ust. 1 pkt. 1 w zw. z § 2 pkt. 5) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

M. M.B. R. W.

## ZARZĄDZENIE

odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć(...)

21 października 2019r.

R. W.