

Sygnatura akt I C 923/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Koło, dnia 10 listopada 2016 r.

Sąd Rejonowy w Kole I Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSR Elżbieta Winiarska

Protokolant: st.sekr.sąd Donata Makowska

po rozpoznaniu w dniu 27 października 2016 r. w Kole

na rozprawie

sprawy z powództwa M. K.

przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W.

o zapłatę

I. Zasądza od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz powoda M. K. kwotę 26.394,00 zł. (słownie: dwadzieścia sześć tysięcy trzysta dziewięćdziesiąt cztery 00/100 złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 19 marca 2016 roku do dnia zapłaty.

II. Zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.817,00zł. tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

III. Nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Rejonowego w Kole kwotę 1.320,00 zł. tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sędzia

Elżbieta Winiarska

UZASADNIENIE

Powód M. K. częściowo ubezwłasnowolniony i działający za pomocą swojej matki i jednocześnie kuratora E. K. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 26.394,00 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 19 marca 2016 r. do dnia zapłaty w związku z zakończeniem okresu ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci TYP J III potwierdzonego polisą z dnia 1 października 1997 r. o numerze (...). W uzasadnieniu podał, że pozwany ustalił wartość należnego świadczenia z tytułu zakończenia okresu ubezpieczenia wynosi 14.973,00 zł. Powód wskazał, że ustalona przez pozwanego kwota została wyliczona błędnie z pominięciem regulacji zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Zdaniem powoda należna ubezpieczonemu kwota świadczenia powinna zostać ustalona wraz z udziałem w zysku i powinna uwzględniać podwyżkę składki i sumy ubezpieczenia nie niższą niż 85% wskaźnika zysku z lokat funduszu ubezpieczeniowego za ostatni rok bilansowy. Tymczasem warunek ten nie został przestrzegany przez pozwanego, co realnie wpłynęło na wysokość proponowanego przez ubezpieczyciela świadczenia. Powód wskazał, że na podstawie podanych przez pozwanego wskaźników zysku z lokat należne jemu świadczenie wynosi 26.394,00 zł.

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa podnosząc, że wartość należnego powodowi świadczenia z tytułu zakończenia okresu ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci wyniosła 14.973,00 zł i została wyliczona zgodnie z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia i jest prawidłowa. Pozwany opisał, że przy umowach ubezpieczenia zawartych na czas oznaczony środki pochodzące ze składek zabezpieczają ryzyko ponoszone przez

pozwanego, a zyski z lokat funduszu ubezpieczeniowego pomnażają walory ubezpieczenia wszystkich klientów ujęte w propozycjach podwyżki sumy ubezpieczenia i składki. Pozwany ustala wysokość podwyżki składki i sumy ubezpieczenia za ostatni rok bilansowy i uwzględnia udział ubezpieczonego w zysku. Natomiast po upływie okresu ubezpieczenia osobie uposażonej wypłacana jest suma ubezpieczenia wraz z należnym udziałem w zysku. Pozwany wskazał, że wyliczenia powoda nie uwzględniają stopy technicznej, która pomniejszyła wskaźnik zysku z lokat, o czym powód został poinformowany pisemnie po wejściu w życie regulacji dotyczących o działalności ubezpieczeniowej.

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 22 września 1997 roku S. K. zawarł z pozwanym (...) Zakładem (...) na życie umowę ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci (na życie matki lub ojca) TYP J III/ WARIANT A potwierdzoną polisą numer (...) wskazując jako osobę uposażoną powoda M. K.. Początkową sumę ubezpieczenia oznaczono na 7.000 zł, a okres trwania ubezpieczenia na 18 lat od daty 1 października 1997 r. Ubezpieczający zobowiązał się w umowie do opłacania składek w kwocie 33,80 zł miesięcznie.

Integralną częścią umowy były ogólne warunki ubezpieczenia (dalej: owu), w których § 3 i 19 postanowiono, że pozwany wypłaca uposażonemu dziecku sumę ubezpieczenia wraz z należnym udziałem w zysku. Maksymalna wysokość podwyżki i sumy ubezpieczenia na kolejny rok trwania ubezpieczenia miała być ustalana przez ubezpieczyciela na podstawie wskaźnika zysku z lokat funduszu ubezpieczeniowego za ostatni rok bilansowy, przy czym nie mogła być niższa niż 85 % tego wskaźnika. Ubezpieczony był powiadamiany corocznie o wysokości maksymalnej podwyżki składki i sumy ubezpieczeń wyliczonej przez pozwanego na miesiąc przed każdą rocznicą polisy.

Przed zawarciem umowy ubezpieczający wraz z żoną E. K. rozmawiali z agentem ubezpieczeniowym, który zapewnił, że zebrane pieniądze wystarczą na zabezpieczenie przyszłości uposażonego. Składka ubezpieczeniowa w ciągu trwania umowy wzrastała – w 1999 r. wyniosła 44,30 zł, a w 2015 r. 72,10 zł.

W 2005 r. poinformowano ubezpieczającego, że aktualna suma ubezpieczenia stanowi podstawę ustalania wysokości świadczeń, a stopa techniczna – oznacza stopę oprocentowania stosowaną we wzorach aktuarialnych dotyczących obliczeń składek i rezerw ubezpieczenia na życie oraz wskazano wysokość obowiązującej stopy technicznej.

Po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia powód powinien otrzymać od pozwanego kwotę 26.394 zł, co wynika z poniższych wyliczeń.

Rok	Wskaźnik zysku	Rok	Przyjęty przez ubezpieczyciela maksymalny wskaźnik indeksacji	Przyjęta przez ubezpieczyciela suma ubezpieczenia	Maksymalny wskaźnik indeksacji zgodny z § 18 o.w.u.	Suma ubezpieczenia wyliczona przy użyciu wskaźnika indeksacji zgodnego z § 18 o.w.u.
1996				7.000,00		7.000,00
1997	18,06 %	1998	17,00 %	8.190,00	17,00 %	8.190,00
1998	15,03 %	1999	12,00 %	9.173,00	12,78 %	9.237,00

1999	12,96 %	2000	9,00 %	9.999,00	11,02 %	10.255,00
2000	13,98 %	2001	9,00 %	10.899,00	11,88 %	11.473,00
2001	12,96 %	2002	8,00 %	11.171,00	11,02 %	12.737,00
2002	12,87 %	2003	7,00 %	12.595,00	10,94 %	14.130,00
2003	9,12 %	2004	4,00 %	13.099,00	7,75 %	15.225,00
2004	8,20 %	2005	2,80 %	13.466,00	6,97 %	16.286,00
2005	9,00 %	2006	3,50 %	13.937,00	7,65 %	17.532,00
2006	8,50 %	2007	3,30 %	14.397,00	7,23 %	18.800,00
2007	5,79 %	2008	0,75 %	14.505,00	4,92 %	19.725,00
2008	1,63 %	2009	0,00 %	14.505,00	1,39 %	19.999,00
2009	5,84 %	2010	0,80 %	14.621,00	4,96 %	20.991,00
2010	5,23 %	2011	0,22 %	14.653,00	4,45%	21.925,00
2011	5,34 %	2012	0,32 %	14.700,00	4,54 %	22.920,00
2012	6,30 %	2013	1,20 %	14.876,00	5,36%	24.149,00
2013	5,37 %	2014	0,35 %	14.928,00	4,56 %	25.250,00
2014	5,33 %	2015	0,30 %	14.973,00	4,53%	26.394,00

Pismem z dnia 11 stycznia 2016 r. pełnomocnik powoda wystąpił do pozwanego o wskazanie kwoty świadczenia należnego uposażonemu w związku z zakończeniem okresu ubezpieczenia. Pismem z dnia 5 lutego 2016 r. pozwany poinformował powoda, że wartość należnego mu świadczenia wynosi 14.973,00 zł.

Pismem z dnia 1 marca 2016 r. pełnomocnik powoda skierował do pozwanego ostateczne przedsądowe wezwanie do zapłaty żądając kwoty 26.394,00 zł. W odpowiedzi, pismem z dnia 25 marca 2016 r. pozwany odmówił zapłaty żądanej kwoty jednocześnie uzależniając wypłatę świadczenia w wysokości 14.973,00 zł od złożenia przez matkę powoda E.

K. prawomocnego postanowienia sądu rodzinnego zezwalającego na przejęcie wypłaconej kwoty. Pomimo wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy z dnia 9 maja 2016 r., pozwany nie znalazł podstaw do zmiany swojego stanowiska.

W dniu 19 listopada 2012 r. E. K. została ustanowiona kuratorem częściowo ubezwłasnowolnionego powoda, który choruje na dziecięce porażenie mózgowie, powierzając jej zarząd majątkiem syna.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie następujących dokumentów: polisa nr (...) wraz owu – k. 10 – 12 v, zaświadczenie – k. 13, pismo z dn. 11.01.2016 r. – k. 16, pismo z dn. 12.02.2016 r. – k. 17, wezwanie do zapłaty z dn. 01.03.2016 r. – k. 20 – 21, pismo z dn. 07.04.2016 r. – k. 22 – 25, wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy z dn. 09.05.2016 r. – k. 26 – 27, pismo z dn. 09.06.2016 r. – k. 28 oraz E. K. – k. 67 – 67 v/

Sąd uznał za wiarygodne zeznania złożone przez kuratora powoda, ponieważ znalazły one potwierdzenie w dokumentach zebranych w sprawie. E. K. ze względu na upływ czasu oraz fakt, że ubezpieczającym był jej były mąż nie знаła szczegółów zawartej umowy i jej zeznania sąd wykorzystał pomocniczo opierając się przede wszystkim na dokumentach.

Wartość dowodowa dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy nie budzi żadnych wątpliwości i dlatego sąd dokonał rozstrzygnięć na ich podstawie.

Sąd zważył, co następuje :

Podstawą prawną roszczenia powoda stanowi art. 805 k.c. zgodnie z którym zakład ubezpieczeń winien wypłacić ubezpieczonemu po upływie okresu ubezpieczenia świadczenie w umówionej wysokości, zaś ubezpieczony powinien opłacać składkę. Natomiast art. 829 § 1 pkt. 1 k.c., stanowi że obowiązkiem ubezpieczyciela wynikającym z umowy ubezpieczenia jest spełnienie określonego w tej umowie świadczenia w przypadku dożycia przez ubezpieczoną określonego wieku.

Między stronami spór stanowiło czy ubezpieczyciel prawidłowo wywiązał się ze swoich zobowiązań względem pozwanego dlatego sąd dokonał ustaleń jaka treść umowy łączyła strony przez cały okres jej trwania. W tym celu sąd dokonał analizy ogólnych warunków ubezpieczenia, które stanowiły integralną część zawartej umowy ubezpieczenia i określały prawa i obowiązki stron. Zgodnie z pierwotną wersją § 19 pkt 3 owu w zw. z pkt 2 – maksymalna podwyżka składki i sumy ubezpieczenia nie może być niższa od wskaźnika zysku z lokat funduszu ubezpieczeniowego za ostatni rok bilansowy.

Zgodnie z informacjami podanym przez pozwanego – w 2005 r. doszło do zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia co wynikało z art. 245 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124 z 2003 r., poz. 1151 ze zm.) w tym zakresie, że zdefiniowano pojęcie „stopy technicznej” i określono jej wysokość, jednak nie wskazano, jaki wpływ ma ta wartość na wysokość świadczeń należnych ubezpieczonemu. Dalej, pozwany podał, że w 2010 r. zmienił treść ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie indeksacji składki i sumy ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 384¹ k.c., ubezpieczyciel ma możliwość wydania w czasie trwania umowy ubezpieczenia (stosunku umownego o charakterze ciągłym) wzorca umownego (m.in. ogólnych warunków umów) jednostronnie modyfikującego tę umowę ze skutkiem wiążącym dla kontrahenta, jeśli dopełni przesłanek inkorporacji wzorca określonych w art. 384 k.c. i jeśli ubezpieczony nie skorzysta z uprawnienia do wypowiedzenia umowy. Powszechnie przyjmuje się w orzecznictwie i doktrynie prawa, że jeśli zmiana dotyczy stosunku prawnego istniejącego między stronami to stronie wydającej wzorec przysługuje skuteczne prawo do jednostronnej modyfikacji umowy tylko w przypadku, gdy wynika to z odrębnego wyraźnego przepisu ustawowego albo gdy treść istniejącego stosunku prawnego między stronami zawiera klauzulę modyfikacyjną, zezwalającą jednej ze stron umowy na zmianę jej warunków bez konieczności uzyskania akceptacji kontrahenta. Art. 384 1 k.c. normuje wyłącznie tryb dokonywania takich modyfikacji, natomiast nie stwarza uprawnienia do ich dokonywania; niedopuszczalne byłoby, aby jedna ze stron stosunku prawnego mogła arbitralnie kształtować treść stosunku prawnego, mimo że druga strona nie wyraziła na to zgody i nie była uprzedzona o możliwości zmodyfikowania wzorca umownego (tak np. M. Bednarek [w:] „System

prawa prywatnego. Prawo zobowiązań – część ogólna. Tom 5” pod red. E Łętowskiej, Warszawa 2006, s. 601 – 602 z powołaniem się na W. Pyziola, „Umowa rachunku bankowego”, Warszawa 1997, s. 30).

Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z 20 stycznia 2011 r. I CSK 218/10 spełnienie się ustawowych przesłanek związania adresata wzorca umowy jego treścią **nie nadaje temu wzorcowi charakteru umowy**. Umowa zawarta między stroną będącą twórcą wzorca umowy i jej kontrahentem - adresatem wzorca, jest odrębną czynnością prawną kreującą węzeł obligacyjny. Jednak treść tego stosunku obligacyjnego wyznaczają wówczas nie tylko postanowienia zawartej między stronami umowy, ale także i postanowienia wzorca umowy (a więc również regulaminu) ustalonego przez jedną ze stron, o ile spełniona została przesłanka związania tym wzorcem drugiej strony umowy tj. adresata wzorca. Wzorec musi być wręczony drugiej stronie przed zawarciem umowy. Kontrahent musi mieć możliwość zapoznania się z pełną treścią wzorca, czytelnego i w języku polskim, nie wystarczy ustna informacja o treści wzorca, jego wywieszenie i udostępnianie na życzenie. Tylko w razie gdy posługiwanie się wzorcem jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiąże on także wtedy, gdy druga strona mogła z łatwością dowiedzieć się o jego treści – w umowach zawieranych z konsumentami dotyczy to tylko umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego (np. umowa przewozu środkami komunikacji miejskiej i związane z regulaminem świadczenia usług wywieszonym w każdym pojeździe). Niespełnienie powyższych wymagań skutkuje tym, że nie dochodzi do zawarcia umowy z użyciem wzorca – strony nie są związane treścią wzorca.

W przedmiotowym stanie faktycznym strona pozwana nie miała upoważnienia do dokonania takiej modyfikacji. Zgodnie z informacjami przedstawionymi w odpowiedzi na pozew było to jednostronne działanie pozwanego zaakceptowane przez Komisję Nadzoru Finansowego, nie mające umocowania ustawowego. Tymczasem w umowie łączącej strony, jak również w stanowiących jej integralną część ogólnych warunkach ubezpieczenia, brak jest klauzuli modyfikacyjnej uprawniającej pozwanego do jednostronnego dokonania takiej zmiany. Wobec tego w opinii sądu oświadczenie woli ubezpieczyciela z roku 2010 nie mogło doprowadzić do skutecznej modyfikacji postanowień umowy łączącej strony – co oznacza, że § 19 ogólnych warunków ubezpieczenia obowiązywał przez cały okres trwania umowy w pierwotnym brzmieniu.

Wobec powyższych ustaleń sąd obliczając należną powodowi wysokość sumy ubezpieczenia opierał się na pierwotnym brzmieniu § 19 pkt. 3 owu. Powyższe postanowienie umowne wprowadza dolną granicę maksymalnej podwyżki, stwierdzając, że wysokość tego wskaźnika nie może być niższa niż 85 % wskaźnika zysku z lokat funduszu ubezpieczeniowego za ostatni rok bilansowy; innymi słowy – w sytuacji, gdy powód nie zadeklarował pisemnie odmiennej woli - w danym roku suma należnego jemu ubezpieczenia winna wzrosnąć o wskaźnik określony przez ubezpieczyciela, jednak nie mniej niż o 85 % wskaźnika zysku z lokat funduszu ubezpieczeniowego za poprzedni rok bilansowy. Tymczasem z analizy bilansu rachunku uposażonego wynika warunek ten był wypełniony przez ubezpieczyciela tylko 1998 r., co realnie wpłynęło na wysokość ostatecznie ustalonego na rzecz powoda świadczenia. Sąd zobrazował to w tabeli znajdującej się w powyżej, posiłkując się informacjami przedstawionego przez samego pozwanego w bilansie zawartym w odpowiedzi na pozew i modyfikując je w taki sposób, aby wyliczenia spełniały warunek z § 18 pkt. 3 owu.

Wobec powyższego powód powinien otrzymać kwotę 26.394,00 zł tytułem realizacji przedmiotowej umowy. O odsetkach sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. zgodnie z roszczeniem powoda od dnia 19 marca 2016 r. czyli po upływie 14 – dniowego terminu do zapłaty z wezwania do zapłaty.

O kosztach postępowania sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. obciążając nimi pozwanego jako stronę przegrywającą proces. W związku z wynikami postępowania sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.817,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego i ponadto nakazał ściągnąć od pozwanego na rzecz Sądu Rejonowego w Kole kwotę 1.320 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych, na które składa się opłata od pozwu.

SSR Elżbieta Winiarska