

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 7 maja 2013 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi oddalił powództwo A. W. skierowane przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę kwoty 20.000,00 zł tytułem uzupełnienia świadczenia przysługującego jej z umowy zawartej z ubezpieczycielem i nie obciążył powódki obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.

Z uzasadnienia tego orzeczenia wynika, że A. W. w dniu 3 października 1996 r. zawarła z pozwanym umowę ubezpieczenia na wypadek śmierci i dożycie typu J II według wariantu A. Jako sumę ubezpieczenia wskazano 9.000,00 zł, a czas trwania umowy określono na 15 lat, począwszy od dnia 1 listopada 1996 r. Integralną częścią umowy były ogólne warunki ubezpieczenia, w których § 3 i 18 postanowiono, że w razie dożycia przez ubezpieczonego umówionego okresu ubezpieczenia (...) wypłaca mu sumę ubezpieczenia wraz z udziałem w zysku, przy czym suma ubezpieczenia i składka miały corocznie wzrastać. Maksymalna wysokość podwyżki w kolejnym roku 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. Ubezpieczona po opłaceniu podwyższonej składki nabywała prawo do podwyżki sumy ubezpieczenia o taki sam procent, była powiadamiana corocznie o wysokości maksymalnej podwyżki składki i sumy ubezpieczeń wyliczonej przez pozwanego i w przypadku, gdy nie wyraziła odmiennej woli, ubezpieczyciel dokonywał podwyżki maksymalnej.

Przed zawarciem umowy A. W. rozmawiała z pośrednikiem ubezpieczeniowym, który m.in. przedstawił jej folder zawierający symulację skutków zawarcia umowy. W opisanym tam przykładzie osoba ubezpieczona zawierająca umowę w wieku 40 lat na okres lat 25 z sumą ubezpieczenia wynoszącą 10.000,00 zł miała po zakończeniu umowy otrzymać kwotę 286.000,00 zł, jeśli przyrost składki i sumy ubezpieczenia będzie co roku wynosić 15 %. Przy przyjęciu tych samych założeń uposażony miał otrzymać 70.757,00 zł, jeżeli ubezpieczony zmarłby po 15 latach trwania umowy.

Pozwany corocznie informował powódkę o wyliczonej przez siebie wysokości maksymalnej podwyżki składki i sumy ubezpieczenia na kolejny rok trwania umowy. A. W. nigdy nie zdecydowała się podwyżkę niższą od wskazanej przez ubezpieczyciela. Zmiany wskaźnika indeksacji i sumy ubezpieczenia, a także wskaźnika zysku z lokat funduszu ubezpieczeniowego wyglądały następująco w kolejnych latach trwania umowy:

Rok	Wskaźnik zysku z lokat	rok	Maksymalny wskaźnik indeksacji	Suma ubezpieczenia po maksymalnej podwyżce	
1996	23,20 %	1997	23,00 %	11.070,00	
1997	18,06 %	1998	17,00 %	12.952,00	
1998	15,03 %	1999	12,00 %	14.506,00	
1999	12,96 %	2000	9,00 %	15.812,00	
2000	13,98 %	2001	9,00 %	17.235,00	

2001	12,96 %	2002	8,00 %	18.614,00	
2002	12,87 %	2003	7,00 %	19.917,00	
2003	9,12 %	2004	4,00 %	20.714,00	
2004	8,20 %	2005	2,80 %	21.294,00	
2005	9,00 %	2006	3,50 %	22.039,00	
2006	8,50 %	2007	3,30 %	22.766,00	
2007	5,79 %	2008	0,75 %	22.937,00	
2008	1,63 %	2009	0,00 %	22.937,00	
2009	5,84 %	2010	0,80 %	23.120,00	
2010	5,23 %	2011	0,22 %	23.171,00	

W dniu 20 czerwca 2005 r. poinformowano powódkę, że aktualna suma ubezpieczenia stanowi podstawę ustalania wysokości świadczeń, a stopa techniczna – wynosząca w wypadku przedmiotowej umowy 5 % - oznacza stopę oprocentowania stosowaną we wzorach aktuarialnych dotyczących obliczeń składek i rezerw ubezpieczenia na życie. W piśmie z dnia 22 lutego 2010 r. pozwany przesłał A. W. informację o dokonaniu zmiany § 18 ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczącego corocznego podwyższania składki maksymalnej.

Okres ubezpieczenia zakończył się w dniu 31 października 2011 r. i ubezpieczyciel wypłacił powódce 23.171,00 zł.

Sąd I instancji wskazał na art. 805 k.c., zgodnie z którym zakład ubezpieczeń winien wypłacić ubezpieczonej po upływie okresu ubezpieczenia świadczenie w umówionej wysokości, zaś ubezpieczona powinna opłacać składkę. W ocenie Sądu brak jest podstaw do przyjęcia, że pozwany w nieprawidłowy sposób wyliczał należną powódce sumę ubezpieczenia, bądź błędnie określał wskaźniki corocznej indeksacji lub wskaźniki zysku z lokat finansowych – wobec czego stwierdzić trzeba, że pozwany należycie wykonał swoje zobowiązanie umowne przez wypłatę kwoty 23.171,00 zł. Nie przypisano wręczeniu powódce folderu przez pośrednika ubezpieczeniowego znaczenia, jakie próbowała mu nadać A. W., w szczególności Sąd nie podzielił poglądu, że stanowiło to ofertę zawarcia umowy. Wskazano, że w folderze nie określono istotnych postanowień umowy ubezpieczenia, a podane w nim dane były jedynie przykładowe i wyraźnie podawały założenia, które warunkowały wypłatę kwoty 286.000,00 zł czy 70.757,00 zł, a które w przypadku powódki nie miały miejsca. Zdaniem Sądu, powódka winna była liczyć się z tym, że podwyżka sumy ubezpieczeniowej nie będzie wynosić co roku 15 %, ponieważ zależy to od koniunktury panującej na rynku i rentowności instrumentów finansowych, w które inwestować będzie ubezpieczyciel.

Sąd Rejonowy uznał również, że brak jest podstaw do dokonania waloryzacji świadczenia w oparciu o art. 358¹ § 3 k.c., ponieważ w czasie trwania umowy nie zaistniała przesłanka w postaci istotnej zmiany siły nabywczej pieniądza. W tej sytuacji powództwo zostało oddalone, a przy rozstrzygnięciu o kosztach procesu Sąd zastosował art. 102 k.p.c. z uwagi

na to, że w okolicznościach sprawy powódka miała podstawy, aby czuć się rozgoryczona wysokością wypłaconego jej świadczenia i podjąć próbę weryfikacji słuszności stanowiska ubezpieczyciela na drodze sądowej.

Z przedmiotowym wyrokiem nie zgodziła A. W., zaskarżając go w części oddalającej jej powództwo i wnosząc o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. Skarżąca twierdziła, że Sąd I instancji winien był uwzględnić przedstawioną przez nią „zdrowo-rozsądkową” argumentację, zgodnie z którą – w myśl zasad wyrażonych w art. 354 i 355 k.c. oraz przy dokonaniu wykładni oświadczeń woli zgodnie z zasadami współżycia społecznego, jak wymaga tego art. 65 k.c. – zawarcie przez nią przedmiotowej umowy nie powinno było skutkować wypłatą sumy ubezpieczenia stosunkowo nieznacznie przekraczającej sumę wpłaconych składek. Przytoczyła rozstrzygnięcie Sądu Najwyższego wydane w sprawie II CSK 64/06 oraz zarzuty, jakie w tamtej sprawie skarżący postawił orzeczeniu niższej instancji, ale nie wskazała, czy takie same zarzuty, jej zdaniem, są zasadne także w odniesieniu do zaskarżonego rozstrzygnięcia, a jeśli tak, to dlaczego.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniósł o jej oddalenie i zasądzenie na jego rzecz kosztów zastępstwa procesowego za II instancję. Zaznaczył, że przedmiotowa umowa ubezpieczenia nie była prostą formą oszczędzania, a wpłacana składka w części była przeznaczana na pokrycie ryzyka udzielonej ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci ubezpieczonej.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelację należy uznać za częściowo zasadną. Prawdą jest, że skarżąca nie przedstawiła w swojej apelacji ważkiej argumentacji przemawiającej za podzieleniem jej stanowiska, ograniczając się w zasadzie do akcentowania swojego rozgoryczenia wysokością wypłaconego jej świadczenia, jednak Sąd II instancji ma obowiązek zbadać prawidłowość zastosowania w sprawie przepisów materialnoprawnych, choćby nie były one przedmiotem wyraźnie sformułowanych zarzutów apelacyjnych.

Sąd I instancji prawidłowo ustalił stan faktyczny, który zresztą był bezsporny między stronami, a czynności Sądu w tym zakresie nie były przedmiotem zarzutów apelacyjnych. Sąd Okręgowy ustalenia te podziela i przyjmuje w całości za swoje.

Podstawą prawną roszczenia A. W. jest art. 805 k.c. w związku z art. 829 § 1 pkt. 1 k.c., zgodnie z którym obowiązkiem ubezpieczyciela wynikającym z umowy ubezpieczenia jest spełnienie określonego w tej umowie świadczenia w przypadku dożycia przez ubezpieczoną określonego wieku. Punktem wyjścia dalszych rozważań zmierzających do ustalenia, czy pozwany wywiązał się w całości ze swoich zobowiązań względem powódki, będzie stwierdzenie, że przez cały okres trwania przedmiotowej umowy jej brzmienie pozostało niezmienione. Jej częścią były ogólne warunki ubezpieczenia; w 2005 r. ubezpieczyciel oświadczył, że dokonuje ich jednostronnego uzupełnienia o dodatkowe postanowienia, a w 2010 r. w ten sam sposób złożył oświadczenie o zmianie ich § 18 decydującego o sposobie wyliczenia należnej A. W. 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. Hipoteza tego przepisu obejmuje zarówno sytuacje, gdy wzorzec umowy jest wydawany po raz pierwszy, jak i te, kiedy wzorzec użyty podczas zawierania umowy został następnie zmodyfikowany. Powszechnie przyjmuje się w orzecznictwie i doktrynie prawa, że w tym ostatnim wypadku stronie wydającej wzorzec 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. 384¹ 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).

Zmiana ogólnych warunków ubezpieczenia w roku 2005 miała swoją podstawę w 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.), jednak nie modyfikowała treści § 18 tych warunków decydującego o wyliczeniu wysokości sumy ubezpieczenia. W nowo wprowadzonych postanowieniach zdefiniowano pojęcie „stopy technicznej” i określono jej wysokość, jednak nie wskazano, jaki wpływ ma ta wartość na wysokość świadczeń należnych ubezpieczonej. Z kolei zmiana dokonana w 2010 r. zmieniła treść § 18 ogólnych warunków ubezpieczenia, jednak nie miała swojego oparcia w unormowaniu ustawowym zezwalającym na korektę wcześniejszych uzgodnień stron decyzją wyłącznie jednej z nich. W samej umowie stron, jak również w stanowiących jej integralną część ogólnych warunkach ubezpieczenia, brak jest klauzuli modyfikacyjnej uprawniającej pozwanego do jednostronnego dokonania takiej zmiany. W przekonaniu Sądu Okręgowego oświadczenie woli ubezpieczyciela z roku 2010 nie mogło doprowadzić do skutecznej modyfikacji postanowień umowy łączącej strony – oznacza to, że § 18 ogólnych warunków ubezpieczenia obowiązywał przez cały okres trwania umowy w pierwotnym brzmieniu.

Szczególnie istotny w kontekście dalszych rozważań staje się § 18 pkt. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia w związku z punktem 2 tego paragrafu. Suma ubezpieczenia należna pozwanej – jak prawidłowo ustalił Sąd I instancji – wzrastała co roku o maksymalną wysokość wskaźnika podwyżki. 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 pozwana nie zadeklarowała pisemnie odmiennej woli - w danym roku suma należnego jej ubezpieczenia winna wzrosnąć o wskaźnik określony przez ubezpieczyciela, jednak nie mniej niż o 85 % wskaźnika zysku z lokat funduszu ubezpieczeniowego za poprzedni rok bilansowy. Trzeba tu zauważyć, że – jak wynika ze wskaźników podanych przez samego pozwanego (k. 55) – warunek ten nie był przestrzegany przez ubezpieczyciela, co realnie wpłynęło na wysokość ostatecznie wypłaconego powódce świadczenia. Obrazuje to poniższa tabela:

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	23,20 %	1997	23,00 %	11.070,00	23,00 %	11.070,00
1997	18,06 %	1998	17,00 %	12.952,00	17,00 %	12.952,00
1998	15,03 %	1999	12,00 %	14.506,00	12,78 %	14.607,00
1999	12,96 %	2000	9,00 %	15.812,00	11,02 %	16.217,00
2000	13,98 %	2001	9,00 %	17.235,00	11,88 %	18.144,00

2001	12,96 %	2002	8,00 %	18.614,00	11,02 %	20.143,00
2002	12,87 %	2003	7,00 %	19.917,00	10,94 %	22.347,00
2003	9,12 %	2004	4,00 %	20.714,00	7,75 %	24.079,00
2004	8,20 %	2005	2,80 %	21.294,00	6,97 %	25.714,00
2005	9,00 %	2006	3,50 %	22.039,00	7,65 %	27.681,00
2006	8,50 %	2007	3,30 %	22.766,00	7,23 %	29.682,00
2007	5,79 %	2008	0,75 %	22.937,00	4,92 %	31.142,00
2008	1,63 %	2009	0,00 %	22.937,00	1,39 %	31.575,00
2009	5,84 %	2010	0,80 %	23.120,00	4,96 %	33.141,00
2010	5,23 %	2011	0,22 %	23.171,00	4,45%	34.616,00

Łatwo zauważyć, że o ile w latach 1997 i 1998 przyjęty przez ubezpieczyciela wskaźnik maksymalnej podwyżki sumy ubezpieczenia nie jest niższy od 85 % wskaźnika zysku z lokat funduszu ubezpieczeniowego za poprzedni rok bilansowy, o tyle we wszystkich latach następnych maksymalna podwyżka nastąpiła o wskaźnik niższy niż 85 % wskaźnika zysku z lokat funduszu ubezpieczeniowego za poprzedni rok bilansowy – oznacza to naruszenie § 18 pkt. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia. W rzeczywistości w latach 1999 – 2011 – zgodnie z postanowieniami umownymi – suma ubezpieczenia wzrastała o wskaźniki wyższe, stanowiące 85 % wskaźnika zysku z lokat funduszu ubezpieczeniowego za poprzedni rok bilansowy. Przy podwyższaniu sumy ubezpieczenia w myśl umowy stron A. W. powinna otrzymać od ubezpieczyciela świadczenie równe 100 % należycie podwyższonej sumy ubezpieczenia i wynoszące 34.616,00 zł. Ponieważ pozwany wypłacił jej 23.171,00 zł, różnica między świadczeniem należnym a wypłaconym wynosi 11.445,00 zł. Sąd I instancji nieprawidłowo zastosował w rozpoznawanej sprawie art. 805 k.c. w związku z art. 829 § 1 pkt. 1 k.c., uznając, że ustalony stan faktyczny uzasadnia stwierdzenie, iż pozwany w pełni wywiązał się względem powódki ze swoich obowiązków wynikających z tego przepisu i łączącej strony umowy. Uzasadnia to zmianę zaskarżonego wyroku w oparciu o art. 386 § 1 k.p.c. przez zasądzenie od (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz A. W. kwoty 11.445,00 zł i oddalenie żądań powódki o zasądzenie należności przewyższającej tę kwotę. W pozostałym zakresie apelacja okazała się niezasadna i Sąd Okręgowy oddalił ją na podstawie art. 385 k.p.c.

Na marginesie wspomnieć trzeba, że te same argumenty przemawiają także za zwiększeniem obowiązków umownych A. W. w zakresie uiszczania składki, ponieważ § 18 pkt. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia przewidywał podwyższenie jej o ten sam wskaźnik, o który podwyższana była suma ubezpieczenia. Przedmiotem niniejszej sprawy był jednak zakres obowiązków pozwanego, a nie powódki, więc kwestia ta nie była przedmiotem kognicji Sądu i nie wpływała na treść rozstrzygnięcia – choć zapewne ubezpieczycielowi przysługuje wzajemna wierzytelność wobec powódki nadająca się ewentualnie do potrącenia.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd orzekł w oparciu o art. 100 k.p.c., rozliczając je proporcjonalnie do zakresu, w jakim powódka odniosła sukces w jego toku. A. W. wygrała sprawę na etapie tego postępowania w 57,23 %, przegrywając w 42,77 %, a więc winna zwrócić ubezpieczycielowi 42,77 % poniesionych przez niego kosztów. Na koszty te składa się wynagrodzenie reprezentującego pozwanego pełnomocnika procesowego w kwocie 1.200,00 zł, a zatem powódka winna zwrócić swojemu przeciwnikowi kwotę 513,24 zł ($1.200,00 \text{ zł} \times 42,77 \% : 100 \% = 513,24 \text{ zł}$).

O kosztach postępowania apelacyjnego, jakie za zwolnioną od ich ponoszenia powódkę wyłożył Skarb Państwa w kwocie 1.000,00 zł, orzeczono na podstawie art. 113 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. Nr 90 z 2010 r., poz. 594 ze zm.). Oznacza to, że pozwany winien zwrócić Skarbowi Państwa kwotę 572,30 zł, a pozostała część wyłożonej sumy – 427,70 zł – będzie ściągana z roszczenia zasądzonego w wyroku na rzecz skarżącej.