

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 30 listopada 2015 roku sprecyzowanym w piśmie z dnia 15 grudnia 2015 roku S. M. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 27.180 złotych tytułem waloryzacji sumy ubezpieczenia wynikającej z umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy pozwanym a ojcem powoda Z. M.. W ocenie powoda wypłacona mu jako uprawnionemu przez pozwanego z tytułu powyższej umowy kwota 1.400 zł jest rażąco zaniżona i jest niezgodna z warunkami umowy oraz zasadami współżycia społecznego. Prawidłowa wysokość świadczenia przysługująca powodowi to w jego ocenie kwota 28.580 zł.

W odpowiedzi na pozew pozwany Zakład nie uznał powództwa, wniósł o jego oddalenie oraz o zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazano, że wypłacona kwota 1.400 zł jest została wyliczona zgodnie z warunkami zawartej umowy. W ocenie pozwanego ewentualne zasądzenie na rzecz powoda żądanej kwoty naruszy przepisy ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia rodzinnego na życie TYP D jak również interes pozwanego i zasady współżycia społecznego.

Wyrokiem z 22 listopada 2016 r., I C 837/15, Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi oddalił powództwo i nie obciążył powoda kosztami postępowania.

U podstaw powyższego rozstrzygnięcia legły następujące ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Rejonowy:

W dniu 20 października 1978 roku ojciec powoda Z. M. wyraził zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia rodzinnego na życie na podstawie znanych mu warunków tego ubezpieczenia oraz upoważnił zakład pracy do potrącania składki ubezpieczeniowej z wynagrodzenia za pracę, bądź z zasiłków chorobowych i macierzyńskich lub z wypłat z innych tytułów. Suma ubezpieczenia wynosiła 36.000 zł., składka wynosiła 72 zł miesięcznie, a ubezpieczenie miało typ D. Z. ta została wyrażona poprzez złożenie podpisu na deklaracji przystąpienia. W dniu 9 października 1982 roku nastąpiła zmiana w ubezpieczeniu. Suma ubezpieczenia została podwyższona do kwoty 60.000 zł., składkę podwyższono na kwotę 150 zł. miesięcznie, typ ubezpieczenia na D I.

W dniu 20 listopada 1984 roku Z. M. zawarł z pozwanym kolejną deklarację zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia rodzinnego na życie na podstawie znanych mu warunków tego ubezpieczenia oraz upoważnił zakład pracy do potrącania składki ubezpieczeniowej miesięcznie z wynagrodzenia za pracę, bądź z zasiłków chorobowych i macierzyńskich lub z wypłat z innych tytułów, typ D III z sumą ubezpieczenia 100 000 zł. i składką 300 zł.

Powyższe umowy grupowego ubezpieczenia rodzinnego na życie - typ D zostały zawarte na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia rodzinnego na życie - typ D, zatwierdzone decyzją Ministra Finansów z dnia 7 sierpnia 1973r. nr (...), ze zmianami zatwierdzonymi decyzjami Ministra Finansów nr (...) -83/84 z dnia 29 grudnia nr FR (...) -109/80 i z dnia 20 czerwca 1984 roku nr (...) -83/84. Utraciły one moc na podstawie Obwieszczenia Prezesa Państwowego Zakładu (...) w sprawie ogłoszenia ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia rodzinnego na życie z dnia 22 listopada 1985 r. (M.P. nr 44, poz. 288). Zgodnie z powyższym obwieszczeniem ogólne warunki wymienione w ust. 1 wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1986 r. i mają zastosowanie do wszystkich umów grupowego ubezpieczenia rodzinnego na życie typu D, D I, (...), (...), i (...), w tym również do umów zawartych przed dniem 1 stycznia 1986 r.. Obwieszczeniem Prezesa (...) ogłoszone zostały ogólne warunki grupowego ubezpieczenia rodzinnego na życie, stanowiące załącznik do niniejszego obwieszczenia, zatwierdzone uchwałą nr 35 Rady Ubezpieczeniowej z dnia 3 października 1985 r..

Zgodnie z § 1 OWU niniejsze ogólne warunki stosuje się do umów grupowego ubezpieczenia rodzinnego na życie, zawieranych przez uspołecznione i nie uspołecznione zakłady pracy. W myśl § 2 OWU użyte w ogólnych warunkach określenia oznaczały: 1) (...) - Państwowy Zakład (...), 2) Ubezpieczający - zakład pracy zawierający umowę ubezpieczenia z (...), 3) Ubezpieczony - pracownik ubezpieczającego, jak również osoba indywidualnie kontynuująca grupowe ubezpieczenie na życie, Współubezpieczony – objętego ubezpieczeniem członka rodziny ubezpieczonego 5)

Uprawniony - osoba uprawniona do otrzymania świadczenia. Zgodnie z § 3 pkt 1 do ubezpieczenia mógł przystąpić pracownik zatrudniony u ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, zamieszkały stale w Polsce. Nadto zgodnie z § 6 ust. 1 owu suma ubezpieczenia ubezpieczonego, zależnie od umowy wynosiła w ubezpieczeniu typu D od 15.000 zł. do 45.000 zł (pkt 1) zaś w ubezpieczeniach typu D/1, D/II, (...) i (...) od 30.000 zł do 100.000 zł. (pkt 2) w przedziałach co 5.000 zł.

Obwieszczeniem Prezesa Państwowego Zakładu (...) z dnia 3 grudnia 1986 r. w sprawie ogłoszenia zmian w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia rodzinnego na życie wprowadzone zostały zmiany w ogólnych warunkach (M.P. nr 33 poz. 249), polegające na tym, iż zmieniono górną granicę sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniach typu DI, (...), (...) i (...), która po zmianie wynosiła od 30.000 zł. do 150.000 zł.

W dniu 20 listopada 1987 roku Z. M. podpisał kolejną deklarację zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia typ D III z sumą ubezpieczenia 150 000 zł. i składką 450 zł. Obwieszczeniem Prezesa Państwowego Zakładu (...) z dnia 21 czerwca 1988 roku nastąpiła zmiana w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie polegająca na zwiększeniu wysokości górnej granicy sumy ubezpieczenia ze 150.000 do 400.000 zł.

Pozwany zmienił sumę ubezpieczenia na kwotę 400.000 zł. od dnia 1 maja 1989 roku, a Z. M. wyraził na to zgodę. Umowa o pracę z Z. M. została rozwiązana z dniem 12 października 1989 roku w związku z jego przejściem na emeryturę.

Zgodnie z § 28 pkt 2 OWU prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na niezmienionych warunkach obowiązujących w ostatnim miesiącu, za który ubezpieczony opłacił składkę w zakładzie pracy przysługuje między innymi ubezpieczonemu, który przestał być pracownikiem. Jednakże na wniosek osoby indywidualnie kontynuującej ubezpieczenie może być podwyższana suma ubezpieczenia ubezpieczonego o kwoty dodatkowe za pobraniem dodatkowej składki. (§ 6 pkt 3 OWU).

Z. M. złożył wniosek o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia 400.000 zł. Zgodnie z § 6 ust. 2 OWU emerytom i rencistom kontynuującym ubezpieczenie typu (...) lub (...), podwyższa się corocznie sumę ubezpieczenia o 5 % w okresie pierwszych czterech lat indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia. Na dzień 1 listopada 1993 roku suma ubezpieczenia wynosiła 470.000 zł.

W dniu 26 października 1999 roku pozwany wystawił polisę (...) potwierdzająca indywidualnie kontynuowane grupowe ubezpieczenie rodzinne na życie, gdzie jako uprawniony wskazany został powód S. M.. Początek kontynuacji oznaczony był na dzień 1 listopada 1989 roku, a suma ubezpieczenia na 500 zł, ze składką kwartalną w wysokości 8,70 zł. W tej dacie nastąpiła jednoczesna zmiana wysokości sumy ubezpieczenia, która wynosiła 600,00 zł ze składką w wysokości 10,50 zł

W okresie od 1990 roku do 2008 roku ubezpieczony podwyższał corocznie sumę ubezpieczenia o 100 zł. Od 2009 roku aż do śmierci ubezpieczony nie korzystał z prawa corocznego podwyższania sumy ubezpieczenia.

Decyzją z dnia 8 września 2014 roku pozwany przyznał na rzecz powoda jako osobie uprawnionej z polisy kwotę 1400 zł. Powyższa kwota została powodowi wypłacona.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd I instancji stwierdził, że powództwo należało oddalić.

Uznał on, że zgodnie z treścią art. 805 par. 1 i 2 k.c. poprzez umowę ubezpieczenia - przy ubezpieczeniu osobowym - zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie, polegające na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu noszącej cechy umowy wzajemnej, świadczenia obu stron określone są wprost jako świadczenia pieniężne od początku powstania zobowiązania, a zatem ich wysokość może być zmieniana na podstawie art. 358 (1) par 3 k.c. przy zaistnieniu przesłanek ustawowych przewidzianych w tym przepisie. Na potwierdzenie tego stanowiska wskazał uchwałę składu

7-u sędziów Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 1992 roku sprawie III CZP 126\91 (OSNCP zeszyt nr 7-8 z 1992 roku, poz. 121).

Sąd Rejonowy stwierdził także, że zgodnie z treścią powołanego wyżej przepisu w razie istotnej zmiany siły nabywczej pieniądza po powstaniu zobowiązania, sąd może po rozważeniu interesów stron, zgodnie z zasadami współzycia społecznego, zmienić wysokość lub sposób spełnienia świadczenia pieniężnego chociażby były one ustalone w orzeczeniu lub umowie. Dla możliwości przeprowadzenia sądowej waloryzacji świadczenia pieniężnego na podstawie cytowanego przepisu konieczne jest wystąpienie kumulatywnie dwóch przesłanek ustawowych, a mianowicie zaistnienia spadku siły nabywczej pieniądza po powstaniu zobowiązania, mającego charakter spadku istotnego oraz rozważenia interesów każdej ze stron umowy i zasad współzycia społecznego, przemawiających za faktem przeprowadzenia waloryzacji, jej rozmiarami i sposobem. Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, Sąd I instancji uznał, że jest faktem bezspornym, iż umowa ubezpieczenia będąca podstawą rozważań została zawarta w 1989 roku (polisa ubezpieczenia została "wystawiona" w 1999 roku), a zatem rok 1989 należy traktować jako początek zobowiązania i moment jego powstania, gdyż od tej chwili świadczenia pieniężne każdej ze stron umowy zostały precyzyjnie określone. Termin zaś powstania zobowiązania należy traktować jako początkowy dla ustalenia, czy po jego zaistnieniu wystąpił istotny spadek siły nabywczej pieniądza. W ocenie Sądu Rejonowego, nie powinno budzić żadnych zastrzeżeń ani wątpliwości stwierdzenie, iż spadek siły nabywczej pieniądza, o jakim stanowi art. 358 (1) par 3 k.c. nastąpił po powstaniu zobowiązania.

Sąd Rejonowy zaznaczył, że decydującym dla rozstrzygnięcia sprawy jest jednak fakt, iż możliwość zwaloryzowania świadczenia nie dotyczy zobowiązania, które wygasło wskutek jego wykonania. Stwierdził też, że dominujący w orzecznictwie sądów powszechnych pogląd zakłada, że co do zasady nie można waloryzować świadczenia już wykonanego. W tzw. sprawach polisowych powodowie zazwyczaj udowadniają, że odmówili przyjęcia świadczenia lub uczynili to z odpowiednim zastrzeżeniem. Ponadto wedle ugruntowanego stanowiska judykatury, zmiana wysokości świadczenia mimo jego spełnienia w kwocie nominalnej jest możliwa tylko, gdy z zachowania wierzyciela wynika, że nie traktował spełnienia świadczenia za równoznaczne z wykonaniem zobowiązania. Wola wierzyciela może być przy tym przejawiana w różny sposób np. przez zastrzeżenie, że żąda waloryzacji świadczenia lub, że przyjmuje kwotę nominalną jako świadczenie częściowe, w ostateczności przez niezwłoczne wniesienie pozwu (tak m. in. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 maja 1997 roku wydanym w sprawie o sygn. akt II CKU 49/97 opubl. w Prok. i Pr. – wkł. 1997/12/28).

Według Sądu Rejonowego, w niniejszej sprawie powód nie wykazał, aby przyjmując w maju 2014 roku świadczenie pozwanego dokonywał jakichkolwiek zastrzeżeń mających na celu zawiadomienie dłużnika, iż przyjmuje kwotę 1400 jako świadczenie częściowe lub żąda jej waloryzacji. Do odpowiedzi na pozew załączono kopie pism pozwanego, z których wynika, iż kilka miesięcy po spełnieniu świadczenia zażądał od pozwanego dostarczenia mu dokumentacji związanej z zawartą umową oraz w następnych pismach, iż kwestionuje wysokość wypłaconego mu świadczenia. Jednakże wymiana korespondencji między stronami miała miejsce po spełnieniu świadczenia, które nastąpiło bez wyraźnego zastrzeżenia powoda, iż nie uznaje za prawidłowe wykonanie zobowiązania przez dłużnika.

Sąd I instancji stwierdził, że kolejnym kryterium jakim powinien kierować się sąd oceniając możliwość dokonania waloryzacji jest również czas między spełnieniem świadczenia a wytoczeniem powództwa. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2001 r. II CKN 537/00 LEX nr 52600, wskazano, iż „w sytuacji, gdy wierzyciel przyjmując świadczenia nie uznaje zobowiązania za wykonane, powinien z żądaniem waloryzacji wystąpić do sądu jak najszybciej, to jest bez zbędnej zwłoki”.

W ocenie Sądu I instancji, w niniejszej sprawie powód wystąpił do sądu dopiero po upływie półtora roku od otrzymania świadczenia, co wskazuje na fakt, iż przez długi okres czasu akceptował świadczenie w wysokości przerachowanej przez pozwanego. Zdaniem Sądu Rejonowego oznacza to, że nie ma żadnych względów społecznych, które uzasadniałyby teraz modyfikację świadczenia, skoro strona pozwana racjonalnie mogła oczekiwać, iż wywiązała się z zobowiązania.

Podsumowując powyższe wywody, Sąd I instancji uznał, że materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie nie wskazuje na to, że powód przyjmując świadczenie uczynił jakiegokolwiek zastrzeżenie, które wskazywałby, iż uznaje spełnienie świadczenia jedynie za częściowe i nie traktował spełnienia świadczenia przez pozwaną jako równoznacznego z wykonaniem zobowiązania. A skoro tak, zobowiązanie w tym zakresie wygasło wskutek jego wykonania, co uniemożliwia waloryzację świadczenia objętego pozwem.

O kosztach zastępstwa strony pozwanej Sąd I instancji rozstrzygnął w oparciu o przepis art. 102 k.p.c. odstępując od ich rozliczenia w oparciu o podstawową zasadę rozliczenia kosztów procesu, a mianowicie zasadę odpowiedzialności za jego wynik. Okoliczności niniejszej sprawy, w tym w szczególności jej przedmiot oraz fakt, że popierając powództwo powód działał w subiektywnym, ale usprawiedliwionym okolicznościami przekonaniu o słuszności jego racji w powiązaniu z porównaniem położenia stron, z których jedna – pozwana jest przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą a druga powód - osobą fizyczną, sprawiają, w ocenie Sądu Rejonowego, że rozliczeniu kosztów postępowania w niniejszej sprawie w oparciu o zasadę podstawową sprzeciwiałyby się względy słuszności.

Od powyższego wyroku apelację wniósł powód zaskarżając go w całości. Przedmiotowemu rozstrzygnięciu zarzucił:

1. naruszenie prawa procesowego poprzez przekroczenie granicy swobodnej oceny materiału dowodowego twierdzeniem, że reklamacja wysokości wypłaconego świadczenia złożona przez uprawnionego 1.10.2014 r., nie była oświadczeniem woli wyrażonym w sposób dostateczny;
2. błędne wskazanie terminu przyjęcia świadczenia będącego podstawą wyrokowania – zamiast maja 2014 r. powinien być nim wrzesień 2014 r.;
3. błędne wskazanie okresu podwyższania przez pozwaną sumy ubezpieczenia jako lata od 1990 do 2008, gdy były nimi tylko lata od 1999 do 2008;
4. naruszenie prawa materialnego poprzez nierozpoznanie postępowania w zakresie szerszym niż tylko waloryzacji sądowej, np. w zakresie niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania.

Powołując się na powyższe zarzuty, skarżący wniósł o uchylenie w całości zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji i o zasądzenie zwrotu poniesionych przez powoda kosztów apelacji.

Strona pozwana wniosła odpowiedź na apelację, w której wniosła o oddalenie apelacji powoda i o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za II instancję.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja powoda jest zasadna w części.

Rozpoczynając analizę zarzutów apelacji, należy odnieść się w pierwszej kolejności do zarzutu naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c., gdyż jedynie prawidłowo ustalony i oceniony stan faktyczny determinuje kierunek dalszych rozważań w aspekcie prawa materialnego.

Stosownie do powołanego przepisu art. 233 § 1 k.p.c., sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Ocena dowodów polega na ich zbadaniu i podjęciu decyzji, czy została wykazana prawdziwość faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. Celem działania sądu jest tu dokonanie określonych ustaleń faktycznych, pozytywnych bądź negatywnych i ostateczne ustalenie stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia. Według reguł utrwalonych w orzecznictwie, ocena zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i wydanie na podstawie tego orzeczenia przez sąd, nie narusza art. 233 § 1 k.p.c., jeżeli z zebranego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, bo takie działanie mieści się w przyznanych mu kompetencjach swobodnego uznania, którą z możliwych wersji przyjmuje za prawdziwą.

Wprawdzie wbrew zarzutowi apelacji Sąd Rejonowy nie tyle błędnie ocenił zgromadzony materiał dowodowy, ale w ogóle nie poczynił ustaleń w zakresie korespondencji prowadzonej pomiędzy stronami po wypłacie przyznanego świadczenia i jej skutków. Natomiast zgodzić się należy, że pomimo braku tych ustaleń ocena treści pism powoda była niepełna, a przez to błędna co w konsekwencji doprowadziło do nieprawidłowego zastosowania prawa materialnego.

Pozostając jednak nadal przy zarzucie naruszenia art. 233 k.p.c. Sąd Okręgowy stwierdził, że te ustalenia, które zostały poczynione nie są obarczone jakimkolwiek błędem i przyjął je za własne, natomiast w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy konieczne było ich uzupełnienie.

Sąd okręgowy dodatkowo ustalił:

Zgodnie z § 6 ust. 1 OWU sumę ubezpieczenia określa się w następujących granicach:

- 1) suma minimalna – 1 krotna wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia pracowników w gospodarce uspołecznionej, ogłaszane przez GUS;
- 2) suma maksymalna 8 krotna wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia pracowników w gospodarce uspołecznionej, ogłaszane przez GUS [okoliczność bezsporna, nadto OWU – k. 50].

Z. M. zmarł w dniu 25 sierpnia 2014 roku [okoliczność bezsporna, por. treść decyzji – k. 11, notatka – k. 62].

Uprawnionym z przedmiotowej umowy ubezpieczenia jest S. milcarz [okoliczność bezsporna].

Po otrzymaniu od strony pozwanej decyzji z 8 września 2014 roku o przyznaniu świadczenia w wysokości 1400 zł powód w piśmie z dnia 22 września 2014 roku zwrócił się do (...) o przekazanie umowy ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia stanowiących podstawę przyznania świadczenia [pismo – k. 104]. Następnie w dniu 1 października 2014 roku wniosek ten ponowił wskazując nadto, że oczekuje przedstawienia sposobu wyliczenia przyznanego świadczenia ponieważ ogólnych warunków przekazanych w odpowiedzi na pismo z września wynika inna suma ubezpieczenia. Wskazał, że w razie potrzeby skorzysta z drogi sądowej [pismo – k. 100].

W odpowiedzi na pisma powoda uznane za odwołanie pozwana Spółka poinformowała go w dniu 5 listopada 2014 roku, że po ponownej analizie sprawy podjęta została decyzja o dopłacie świadczenia w wysokości 8 zł [pismo – k. 80, decyzja – k. 72].

Strony prowadziły dalszą korespondencję dotyczącą podstaw wyliczenia świadczenia i jego wysokości, ale ubezpieczyciel podtrzymał swoje stanowisko i w kolejnych pismach, przesyłanych do lipca 2015 roku, informował S. M. o braku podstaw do zmiany decyzji i możliwości wystąpienia na drogę sądową [korespondencja i dokumentacja czynności (...) – k. 53-57, k. 60, 63-68].

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej wynosiło w 1988 roku – 53090 zł, w 1989 roku – 206758 zł, w 2013 roku – 3650,06 zł brutto i w 2014 roku – 3783,46 zł brutto [okoliczności bezsporne].

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 grudnia 1991 roku (Dz. U. 1991/119/522) będący stroną umowy Państwowy Zakład (...) został przekształcony w jednoosobową spółkę Skarbu Państwa – (...) Spółkę Akcyjną, która przejęła prawa i obowiązki byłego Państwowego Zakładu (...) i stała się stroną trwających umów ubezpieczenia.

(okoliczności znane Sądowi z urzędu)

W dniu 18 grudnia 1991 roku powołana została do życia również Spółka Akcyjna – (...) Zakład (...), której jednym z założycieli był (...) S.A.

(okoliczności znane Sądowi z urzędu)

W dniu 2 stycznia 1992 roku pomiędzy Zarządem (...) S.A. a (...) S.A. została zawarta umowa na podstawie, której Spółka ta przejęła od (...) S.A. portfel ubezpieczeń na życie, w tym ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci. Umowa ta została zatwierdzona decyzją Ministra Finansów z dnia 23 marca 1993 roku.

(okoliczności znane Sądowi z urzędu)

Sąd Okręgowy nie znalazł natomiast podstaw do ustalenia, że suma ubezpieczenia w dacie rozpoczęcia indywidualnej jej kontynuacji w 1989 roku wynosiła 5.000.000 zł przed denominacją, jak w apelacji twierdził powód. Po pierwsze wszystkie dokumenty z 1989 roku wskazują jednoznacznie, że suma ta wynosiła 400.000 zł i podlegała podwyższeniu o 5 % przez pierwsze cztery lata do kwoty 470.000 zł w 1993 roku (jak ustalił Sąd Rejonowy). Po drugie odmienne twierdzenie pozostaje w ewidentnej sprzeczności z zapisem § 6 ust. 1 OWU co do ograniczenia maksymalnej sumy ubezpieczenia do wysokości 8-krotnej wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia pracowników w gospodarce uspołecznionej, ogłaszanego przez GUS, na co powód wielokrotnie wskazywał wywodząc z tego zapisu uprawnienie do dokonania waloryzacji świadczenia. Oczywistym jest przy tym, że podstawą określenia górnej granicy sumy ubezpieczenia były obwieszczenia GUS za rok poprzedni, a zatem górna granicę w 1989 roku stanowiła kwota 424720 zł (53090 zł x 8).

Po uzupełnieniu ustaleń faktycznych możliwe staje się przejście do analizy dalszych zarzutów apelacyjnych.

W ocenie Sądu Okręgowego zarzut dokonania błędnej oceny zachowania powoda w kontekście akceptacji wysokości wypłaconego mu świadczenia w kwocie 1400 zł, a tym samym naruszenia przepisów o waloryzacji sądowej przez jej niedokonanie uznać należało za zasadny. Uwadze Sądu Rejonowego umknęło nie tylko to, że strona pozwana na żadnym etapie postępowania pierwszoinstancyjnego nie zgłosiła zarzutu wygaśnięcia zobowiązania w wyniku jego wykonania, ale przede wszystkim, że sam (...) nie miał żadnych wątpliwości co do charakteru pism powoda z 22 września i 1 października 2014 roku. W odpowiedzi z 7 listopada 2014 roku na te pisma, wyraźnie oznaczone jako odwoławcze, ubezpieczyciel dokonał weryfikacji wyliczeń i podjął decyzję o dopłacie kwoty 8 zł. Oczywistym jest zatem, że sam zobowiązany nie uznawał wówczas wykonania zobowiązania za właściwe i prowadzące do jego wygaśnięcia. Dalsza korespondencja prowadzona aż do lipca 2015 roku nie pozostawia żadnych wątpliwości co do zakwestionowania przez S. M. wysokości przyznanego mu świadczenia.

Tym samym chybiony był pogląd Sadu Rejonowego o braku możliwości waloryzacji świadczenia z uwagi na wygaśnięcie zobowiązania (...) wobec powoda jako uprawnionego.

Podstawą dokonania tzw. waloryzacji sądowej jest art. 358¹ § 3 k.c., zgodnie z treścią którego w razie istotnej zmiany siły nabywczej pieniądza po powstaniu zobowiązania, sąd może po rozważeniu interesów stron, zgodnie z zasadami współżycia społecznego, zmienić wysokość lub sposób spełnienia świadczenia pieniężnego chociażby były one ustalone w orzeczeniu lub umowie. Dla możliwości przeprowadzenia sądowej waloryzacji świadczenia pieniężnego na podstawie cytowanego przepisu konieczne jest wystąpienie kumulatywnie dwóch przesłanek ustawowych, a mianowicie zaistnienia spadku siły nabywczej pieniądza po powstaniu zobowiązania, mającego charakter spadku istotnego oraz rozważenia interesów każdej ze stron umowy i zasad współżycia społecznego, przemawiających za faktem przeprowadzenia waloryzacji, jej rozmiarami i sposobem.

Sąd I instancji prawidłowo uznał, że rok 1989 należy traktować jako początek zobowiązania i moment jego powstania, gdyż od tej chwili świadczenia pieniężne każdej ze stron umowy zostały precyzyjnie określone. Termin zaś powstania zobowiązania należy traktować jako początkowy dla ustalenia, czy po jego zaistnieniu wystąpił istotny spadek siły nabywczej pieniądza, a nie powinno budzić żadnych zastrzeżeń ani wątpliwości stwierdzenie, iż spadek siły nabywczej pieniądza, o jakim stanowi art. 358¹ § 3 k.c. nastąpił i to po powstaniu zobowiązania. Istotna zmiana siły nabywczej pieniądza, szczególnie jaskrawa w związku z hiperinflacją przełomu lat 80-tych i 90-tych jest wszak faktem powszechnie znanym.

W tej sytuacji pozostało Sądowi Okręgowemu rozważenie interesów obu stron umowy

i uwzględnienie zasad współzycia społecznego.

Interes powoda przemawia za takim ukształtowaniem wysokości świadczenia, aby spełniało ono, chociaż częściowo, swą pierwotnie zakładaną funkcję,

tj. zabezpieczyło powoda finansowo w sytuacji utraty osoby bliskiej – ojca objętego ubezpieczeniem na życie. Funkcja ta została unicestwiona przez utratę realnej wartości pieniądza po powstaniu zobowiązania. Interes ubezpieczyciela przemawia z kolei za tym, aby uwzględnić jego sytuację majątkową, tj. z jednej strony – bardzo dobre wyniki finansowe, a z drugiej – interes wszystkich ubezpieczonych, aby nie musieli ponosić finansowych konsekwencji obciążenia ich ubezpieczyciela ryzykiem umownym, a w dalszej kolejności także wpływ tych obciążeń na płynność finansową tego ubezpieczyciela i całego rynku ubezpieczeń. W ocenie Sądu, zasady współzycia społecznego wymagają, aby ciężar i negatywne konsekwencje niezależnej, nie dającej się przewidzieć w chwili zawarcia umowy okoliczności w postaci spadku wartości pieniądza poniosły obie strony.

Spełnienie powyższych przesłanek uzasadnia zastosowanie w przedmiotowej sprawie waloryzacji sądowej.

W tym stanie rzeczy, Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, iż celowym będzie przeprowadzenie waloryzacji poprzez zmianę wysokości świadczenia ubezpieczyciela przy zastosowaniu jako pomocniczego miernika przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w dacie powstania waloryzowanego zobowiązania oraz w dacie ekspirowania umowy.

Pamiętać przy tym należy, że aby właściwie określić należną wysokość świadczenia z punktu widzenia ustaleń stron w dacie jej zawarcia, a zatem wówczas spodziewanego efektu ekonomicznego uwzględnić należy wynagrodzenie stanowiące podstawę oznaczenia sumy ubezpieczenia, czyli za 1988 rok. Przesunięcie to dotyczy oczywiście również daty ekspirowania umowy, a zatem pomimo śmierci ubezpieczonego w 2014 roku należało przyjąć do wyliczeń przeciętne wynagrodzenie za 2013 rok, jak zresztą wskazywał sam powód. Oczywistym jest przy tym, że Z. M. podejmując decyzję o indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wiedział o jej podwyższeniu do 470.000 zł po pierwszych 4 latach i takiej kwoty mógł oczekiwać, a zatem stanowi ona punkt wyjścia. Kwotę tę należy odnieść do średniego miesięcznego wynagrodzenia z 1988 roku, które wynosiło wówczas 53.090 zł przed denominacją. Uzyskany wskaźnik 8,85 (470.000/53.090) należy odnieść do wynagrodzenia netto z 2013 roku, wynoszącego wówczas 3650,06 zł brutto miesięcznie. Kwota ta nie może jednak być porównana wprost do średniego wynagrodzenia w roku zawarcia umowy, gdyż zawiera w sobie podatek dochodowy od osób fizycznych wprowadzony w odniesieniu do wynagrodzenia za pracę dopiero od 1 stycznia 1992 roku, w miejsce wcześniejszego podatku od płac obciążającego przedsiębiorstwa. Nadto, w związku z reformą ubezpieczeń społecznych od 1 stycznia 1999 roku obejmuje także nie wliczane wcześniej w ogóle do wynagrodzenia składki na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, łącznie około 18 % tzw. ubruttowionej pensji. W konsekwencji, zdaniem Sądu, wynagrodzenie z daty zawarcia umowy, które nie było obciążone ani podatkiem dochodowym ani składką na ubezpieczenie społeczne odpowiada obecnemu pojęciu wynagrodzenia netto. Dla 2013 roku średnie wynagrodzenie netto wynosiło w przybliżeniu 2610,16 zł.

Iloczyn dwóch ostatnich liczb oznacza pełną waloryzację sumy ubezpieczenia i wynosi 23.107,46 złotych (8,85 x 2619,16 zł).

Należy jednak pamiętać, iż w przedmiotowej umowie ubezpieczenia składka nie była wpłacana jednorazowo, ale w miesięcznych, a następnie kwartalnych ratach uiszczanych przez cały okres ubezpieczenia. W konsekwencji dużo mniejsza jest w tego rodzaju umowach możliwość obracania przez ubezpieczyciela uzyskanym ze składki kapitałem i z założenia przeznaczona do wypłaty suma w dużej części stanowić ma jedynie ekwiwalent wpłaconej składki. Składki te wraz ze zmianami sumy ubezpieczenia zmieniały również swoją wysokość, a wobec braku określonego z góry okresu ubezpieczenia nie jest możliwe wyliczenie zwaloryzowanej składki podlegającej odliczeniu w sposób zastosowany przy obliczeniu pełnej waloryzacji świadczenia.

W przedmiotowej sprawie powód nie zgłosił żadnych dowodów na okoliczność swojej sytuacji majątkowej i życiowej, a zatem brak jest możliwości oceny czy zachodzą jakiegokolwiek okoliczności przemawiające za innym niż równy rozdziałem ryzyka pomiędzy stronami. Sąd Okręgowy uznał zatem, że powodowi powinno zostać wypłacone świadczenie w wysokości około 11.553 zł, a zatem odejmując wypłaconą kwotę 1408 złotych uznał za uzasadnione

zasądzenie na rzecz S. M. kwoty 10.000 złotych. Zasądzona kwota odpowiada wskazanym w pozwie kosztom godnego nagrobka dla zmarłego, a z drugiej strony nie obciąży zbyt mocno budżetu pozwanego, który jest prężnym zakładem ubezpieczeń i straty wynikające z tzw. starego portfela może sobie zrekompensować zyskami bieżącymi.

Sąd Okręgowy nie podzielił poglądu powoda jakoby oznaczenie w OWU granic minimalnej i maksymalnej sumy ubezpieczenia stanowiło wprowadzenie do umowy klauzuli waloryzacyjnej, jak również nie zalaż w okolicznościach sprawy podstaw do zasądzenia na rzecz S. M. jakiegokolwiek kwoty z tytułu odszkodowania za nienależyte wykonanie zobowiązania, na co powód wskazywał w apelacji.

Z powyższych względów Sąd Okręgowy na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i zasądził od pozwanej Spółki na rzecz powoda kwotę 10.000 zł tytułem dalszego zwaloryzowanego świadczenia. W pozostałym zakresie apelację powoda oddalił na podstawie art. 385 k.p.c. jako bezpodstawną.

W zakresie kosztów postępowania pierwszoinstancyjnego Sąd Okręgowy podzielił oceną Sadu rejonowego co do zasadności sięgnięcia do art. 102 k.p.c. i odstąpienia od obciążenia powoda kosztami procesu, które winien uiścić w związku z oddaleniem niemal 2/3 jego roszczenia.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł również na podstawie art. 102 k.p.c. odstępując od ich rozliczenia ze względu na poczucie sprawiedliwości, z którym kłóciło by się obciążenie powoda kosztami znacznie obniżającymi w efekcie należne mu świadczenie. Jak słusznie wskazał już Sąd Rejonowy za zastosowaniem art. 102 k.p.c. przemawia zarówno charakter zgłoszonego roszczenia i swoboda sądu w zakresie samego dokonania waloryzacji i jej wysokości, jak i porównanie pozycji w obrocie oraz możliwości finansowych stron, które pozostają w znacznej dysproporcji.