

Sygn. akt IX Ca 801/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 września 2018 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie IX Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Agnieszka Żegarska (spr.)
Sędziowie:	SO Mirosław Wieczorkiewicz SO Jacek Barczewski
Protokolant:	prac. sądowy Izabela Ważyńska

po rozpoznaniu w dniu 26 września 2018 r. w Olsztynie na rozprawie

sprawy z powództwa M. M.

przeciwko (...) Bank Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanej od wyroku Sądu Rejonowego w Olsztynie z dnia 21 lutego 2018 r., sygn. akt I C 1145/17,

I. oddała apelację,

II. zasądza od pozwanej na rzecz powódki kwotę 900 zł (dziewięćset złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu za instancję odwoławczą.

Mirosław Wieczorkiewicz Agnieszka Żegarska Jacek Barczewski

**Sygn. akt: IX Ca 801/18**

## UZASADNIENIE

Powódka M. M. domagała się zasądzenia od pozwanego (...) Bank S.A. w W. kwoty 6.894,64 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 kwietnia 2014 r. do dnia zapłaty i kosztami procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazała, że zawarła z pozwanym Umowę Grupowego (...) potwierdzoną polisą nr (...). Powódka zapłaciła pierwszą składkę w wysokości 4.500 zł, a następnie uiszczała miesięczną składkę regularną w kwocie 136 zł. Przedmiotem umowy było powiększenie aktywów netto funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat funduszu (polisolokata). Pozwany wypowiedział umowę z uwagi na bezskuteczny upływ okresu prolongaty na zapłacenie składki bieżącej. Zgodnie z zapisami umowy pozwany winien był wypłacić powódce wartość wykupu. Wartość rachunku udziałów zgromadzonych na lokacie powódki - na dzień rozwiązania umowy - wyniosła 2.347,04 zł, a wypłacono jej kwotę 325,36 zł. Powódka wpłaciła natomiast środki w kwocie 7.220 zł, a więc do wypłaty pozostała kwota 6.894,64 zł.

Pozwany domagał się oddalenia powództwa w całości i zasądzenia na jego rzecz od powódki kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazał, że nie ponosi odpowiedzialności za warunki umowy zastosowane przez ubezpieczyciela, poza tym nie pobierał od powódki składek ubezpieczeniowych. Pozwany jest jedynie ubezpieczającym, a tym samym nie przysługuje mu legitymacja bierna. Pozwany nie wypowiedział umowy ubezpieczenia, a - wbrew twierdzeniom powódki - wzorzec umowy nie został przez niego sporządzony.

Wyrokiem z dnia 21 lutego 2018 r., Sąd Rejonowy w Olsztynie zasądził od pozwanego na rzecz powódki 6.894,64 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 22 maja 2017 r. do dnia zapłaty (pkt I), oddalił powództwo w pozostałym zakresie (pkt II), zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 2.162 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (pkt III).

Sąd Rejonowy ustalił, że powódka M. M. dysponowała oszczędnościami i udała się do pobliskiego banku by założyć lokatę. Udała się do placówki w D., sygnowanej (...) Bank S.A. z siedzibą w W.. Po rozpytaniu o możliwość lokowania gotówki w pozwanym banku pracownik M. G., która uprzednio przeszła szkolenia u pozwanego na temat metod i sposobów komunikowania się klientami i polecenia produktów, poleciła powódce jeden z oferowanych produktów, jako lokatę kapitału w pozwanym banku. M. G. poleciła ten produkt jako przynoszący zysk w dłuższej perspektywie. Podając, że dodatkowym elementem umowy jest ubezpieczenie z podmiotem trzecim na wypadek śmierci, jako że umowa – połączenie lokaty i oszczędzania zawierana jest na 15 lat. Powódka podpisała deklarację przystąpienia do umowy ubezpieczenia (...), będąc przekonana, że zawiera umowę z pozwanym bankiem. Zwłaszcza, że na dokumencie, na którym sporządzono umowę było logo banku (G.). Także numer rachunku bankowego, na który powódka miała uiszczać składki był określony jako rachunek bankowy pozwanego (k- 12). Na dokumencie, na którym zawarto umowę figurowało także logo (...). M. G. zapewniła powódkę, że umowa ubezpieczenia na wypadek śmierci jest tylko dodatkową opcją. W treści umowy zawarto ustalenie, że powódka przystępuje do umowy ubezpieczenia na podstawie warunków ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). W ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) S.A. a (...) Bank S.A. W załączniku nr 1 do deklaracji przystąpienia ustalono, że celem funduszu jest osiągnięcie co najmniej 100% składki. Przy czym w okresie ubezpieczenia wartość rachunku udziałów może ulegać wahaniom, w szczególności być rażąco niższa niż suma wpłaconych składek. Podano, że z produktem łączy się ryzyko wynikające z możliwości nie wywiązania się emitenta instrumentów finansowych z płatności. Ustalono, że produkt wymaga comiesięcznych wpłat. Brak składki bieżącej skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej. W takim wypadku Towarzystwo (...) wypłaci ubezpieczonemu wartość wykupu, która może być znacząco niższa niż wysokość opłaconej składki pierwszej i składek bieżących. Wartość wykupu stanowi iloczyn wartości rachunku udziałów oraz stawki procentowej wartości rachunku udziałów właściwej dla roku polisowego, w którym nastąpił koniec okresu ubezpieczenia wskazanej w tabeli. Powódka podpisała deklarację przystąpienia i pouczenia nie czytając ich, działając w zaufaniu do pracownika M. G. i przekazanych informacji, z których wynikało, że jest to produkt długoterminowy, forma oszczędzania kapitału. M. G. nie informowała powódki o możliwości utraty składek w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy. Dopiero jakiś czas po zawarciu umowy, gdy powódka zaniepokojona artykułami w prasie na temat polisolokat, stawiała się placówce pozwanego, świadek poinformowała powódkę, że w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy może stracić.

Zgodnie z treścią § 3 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia obowiązujących dla wyżej opisanej umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia oraz dożycie przez ubezpieczonego ostatniego dnia ubezpieczenia (§ 3 ust. 2 o.w.u.). Stosownie do treści §3 ust. 3 o.w.u., w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia towarzystwo ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w § 15 pkt.1 o.w.u., tj. co do zasady sumę ubezpieczenia. Zgodnie z § 3 ust. 4 o.w.u. w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia towarzystwu ubezpieczeń wypłaca mu świadczenie określone w § 15 ust. 2 o.w.u., tj. określoną w tej części o.w.u. sumę ubezpieczenia (tj. tzw. wartość rachunku udziałów skorygowana o opłaty szczegółowo opisane w tym punkcie o.w.u). Z kolei § 3 ust. 5 o.w.u. stanowi o tym, że w przypadku złożenia dyspozycji wypłaty tzw. wartości

wykupu lub rezygnacji w okresie ubezpieczenia towarzystwu ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu wartość wykupu, o której mowa w § 18 o.w.u.

Stosownie do treści §18 o.w.u. ubezpieczony ma prawo do wartości wykupu w każdym czasie trwania okresu ubezpieczenia (§18 ust. 1), przy czym dyspozycja wypłaty wartości wykupu jest jednoznaczna z rezygnacją z ubezpieczenia. §18 ust. 4 o.w.u. stanowi o tym, że wartość wykupu stanowi iloczyn wartości rachunku udziałów oraz stawki procentowej wartości rachunków udziałów właściwej dla roku polisowego, w którym nastąpił koniec okresu ubezpieczenia, skorygowany o opłaty szczegółowo opisane w § 18 ust. 4 pkt. 1-3 o.w.u. Zgodnie z § 2 o.w.u. wartość rachunku udziałów to wartość udziałów jednostkowych zaewidencjonowanych na rachunku udziałów wyliczona jako iloczyn liczby udziałów jednostkowych oraz wartości udziału jednostkowego w dniu wyceny (§ 2 pkt. 41 o.w.u.), natomiast wartość udziału jednostkowego to wartość danego funduszu podzielona przez liczbę udziałów jednostkowych zgromadzonych w danym funduszu, ustalana w dniu wyceny w sposób zgodny z zapisami regulaminu (§2 pkt. 42 o.w.u.) – stosownie do treści § 2 pkt. 23 o.w.u. regulamin, o którym mowa w §2 pkt. 42 o.w.u., to regulamin funduszu (tj. ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, zdefiniowanego w §2 pkt. 12 o.w.u.) wskazujący zasady jego funkcjonowania, będący załącznikiem do ogólnych warunków ubezpieczenia.

Zgodnie z treścią § 2 ust 1 regulaminu funduszu o nazwie (...), wartość udziału jednostkowego to iloraz wartości aktywów netto funduszu na dzień wyceny oraz liczby wszystkich udziałów jednostkowych na dzień poprzedzający wycenę. Z kolei wartość aktywów netto funduszu to wartość wszystkich aktywów funduszu pomniejszona o zobowiązania opisane w § 2 ust. 5 regulaminu. Stosownie do treści § 4 ust. 2 środki funduszu są lokowane w obligacje emitowane przez (...) plc „z których wypłata oparta jest na Indeksie” (indeks ten określono w § 2 ust. 3 regulaminu jako (...) 3 I.) oraz w środki pieniężne. Zgodnie z § 4 ust. 6 regulaminu, końcowa wartość rachunku udziałów zostanie obliczona w oparciu o wartość wyżej wskazanych obligacji na podstawie wzoru wskazanego w tym punkcie regulaminu, odwołującego się m.in. do tzw. wartości zamknięcia wyżej wskazanego indeksu.

Na końcu ustalono, że powódka wpłacała na rachunek wskazany przez pozwanego kwoty: 4.500 zł, jako składkę pierwszą oraz 20 wpłat po 136 zł każda składki bieżącej, łącznie z tego tytułu 2.720 zł. W drugim roku trwania umowy powódka nie zapłaciła jednej składki. Skutkowało to wypowiedzeniem umowy oraz zwrotem powódce kwoty 325,36 zł. Decyzją z dnia 31 grudnia 2013r. nr (...) Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów bezprawne działania pozwanego banku, w tym w ramach produktu ubezpieczenia (...), polegające na przekazywaniu w trakcie prezentowania informacji dotyczących możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym cech produktów w placówkach banku oraz placówkach franchisingowych w sposób mogący wprowadzić konsumentów w błąd w zakresie ryzyka związanego z inwestowaniem środków pieniężnych w ramach przedmiotowych produktów poprzez eksponowanie korzyści związanych z inwestycją kosztem informacji kiedy inwestycja może nie przynieść zysku lub wygenerować straty, a także kosztów związanych z rozwiązaniem umowy w trakcie jej trwania, co stanowi nieuczciwą praktykę rynkową.

Sąd Rejonowy wskazał, że - zgodnie z treścią art. 829 § 2 k.c. - w umowie ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. W ocenie Sądu I instancji, powyższy wymóg stanowi ustawową przesłankę ważności czynności prawnej polegającej na złożeniu przez ubezpieczonego oświadczenia o woli skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej. Niespełnienie tego wymogu - stosownie do art. 58 § 1 k.c. - oznacza bezwzględną nieważność tego rodzaju czynności prawnej. Tymczasem w oświadczeniu powódki o przystąpieniu do ubezpieczenia, suma ubezpieczenia nie została wskazana, a więc oświadczenie jest nieważne i nie rodzi jakichkolwiek skutków prawnych. Oznacza to, że uiszczone przez pozwaną składki stanowią świadczenie nienależne, ponieważ zostały uiszczone w wykonaniu nieważnej czynności prawnej. Poza tym do złożenia wadliwego oświadczenia woli, doszło w placówce banku, który doprowadził do tego, że powódka złożyła tego rodzaju oświadczenie.

Dodatkowo Sąd I instancji wskazał, że umowa ubezpieczenia narusza art. 351<sup>1</sup> k.c., ponieważ kształtuje prawa i obowiązki stron w sposób niezgodny z naturą umowy ubezpieczenia i zasadami współzycia społecznego. W warunkach niniejszej sprawy, nie sposób bowiem ustalić wartości świadczenia należnego ubezpieczonemu na podstawie o.w.u. Wartość należnych ubezpieczonemu świadczeń na gruncie umowy ubezpieczenia, miała zostać ustalona nie w oparciu o jakiegokolwiek - obiektywnie weryfikowalne i powszechnie dostępne dane rynkowe - lecz w sposób wynikający z nieujawnionych w umowie i o.w.u. metod, kryteriów i danych, którymi posłuży się w tym celu osoba nie będąca stroną umowy. Umowa ubezpieczenia jest sprzeczna z zasadami współzycia społecznego, ponieważ została skonstruowana w taki sposób, że całość ryzyka inwestycyjnego wynikającego z umowy zawartej przez dwa podmioty wyspecjalizowane w przeprowadzeniu operacji finansowych (tj. bank i zakład ubezpieczeń) przerzuca na będącego konsumentem (w rozumieniu art. 22<sup>1</sup> k.c.) ubezpieczonego. Zakład ubezpieczeń z uwagi na treść ogólnych warunków ubezpieczenia, ani pozwany nie ponosi ryzyka inwestycyjnego, gdyż inwestuje środki wpłacane przez ubezpieczonych (tj. konsumentów przystępujących do ubezpieczenia) i otrzymuje świadczenia w postaci opłaty administracyjnej i wliczonej w nią tzw. opłaty za ryzyko (§ 14 o.w.u. oraz tabela opłat), jak również uprawnienie do zatrzymania szczegółowo określonej w tabeli opłat części składek wpłaconych przez ubezpieczonego, jeżeli przed czasem zrezygnuje on z dalszego udziału w ubezpieczeniu. Żadne z tych świadczeń zastrzeżonych dla ubezpieczyciela nie jest w jakimkolwiek stopniu uzależnione od ryzyka inwestycyjnego, a wysokość tych świadczeń - w przeciwieństwie do świadczenia należnego ubezpieczonemu - jest z góry ściśle określona.

Wobec przedstawionych argumentów, wyżej opisaną umowę ubezpieczenia oraz oświadczenie powódki o przystąpieniu do tego ubezpieczenia uznano za nieważne i niewywołujące skutków prawnych. Z tego względu sumy wpłacone przez powódkę stanowią świadczenie nienależne, podlegają zwrotowi na podstawie art. 405 k.c. w zw. z art. 410 § 1 k.c.

Na końcu Sąd Rejonowy wyjaśnił, że pozwany posiada legitymację bierną. Pozwany oferował bowiem powódce produkt, który nie gwarantował ochrony jej interesów. Naruszył więc zasady uczciwego postępowania, a tym samym obowiązany jest do naprawienia szkody, jaką wyrządził powódce, wprowadzając ją w błąd w trakcie oferowania produktu. O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku złożył pozwany, zaskarżając rozstrzygnięcie Sądu I instancji w części, tj. w zakresie zasądzającym od pozwanego na rzecz powódki M. M. kwotę 6.894,64 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie za okres od dnia 22 maja 2017 r. do dnia zapłaty oraz w zakresie rozstrzygającym o kosztach procesu.

Pozwany zarzucił zaskarżonemu orzeczeniu naruszenie:

naruszenie przepisów postępowania cywilnego w postaci:

1. art. 195 § 1 i § 2 k.p.c. poprzez brak wezwania do wzięcia udziału w sprawie w charakterze pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W., której współuczestnictwo w niniejszym sporze było konieczne, bowiem spółka ta wraz z Pozwanym Bankiem są stronami Umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) (umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek), do której to umowy ubezpieczenia Powódka jedynie przystąpiła, a której nieważność stwierdził Sąd Rejonowy,

art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

2. pominięcie w ocenie dowodu z dokumentu, przedłożonego przez pozwanego do akt sprawy w postaci (...) z dnia 12 lipca 2017 r., z którego wynika, że rachunek bankowy, na jaki powódka dokonywała wpłat tytułem składek ubezpieczeniowych należał do (...) S.A., a nie do pozwanego banku oraz że to wymieniony wyżej ubezpieczyciel był wyłącznym odbiorcą świadczeń powódki, a nie pozwany bank,

3. bezzasadne i sprzeczne ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym przyjęcie, że powódka uiszczała składki z tytułu przystąpienia do spornego ubezpieczenia na rachunek pozwanego banku, który te składki miał od

powódki przyjmować, w sytuacji gdy powódka wpłacała wyłącznie i bezpośrednio na rachunek ubezpieczyciela ( (...) S.A.), co wynika ze złożonego przez pozwanego (...) z dnia 12 lipca 2017 r., zgodnie z którym posiadaczem rachunku wskazanego w deklaracji przystąpienia do zapłaty składek jest wskazany wyżej ubezpieczyciel, co również wynika, wprost ze złożonych do akt sprawy warunków ubezpieczenia, w których w § 11 ust. 6 wskazano, że składki wpłacane są na rachunek ubezpieczyciela,

4. poczynienie istotnych ustaleń w sprawie w sposób sprzeczny z doświadczeniem życiowym i zasadami logicznego rozumowania, poprzez przyjęcie, że powódka została wprowadzona przez pozwanego w błąd w trakcie oferowania ubezpieczenia co możliwości utraty części składek w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy, w sytuacji gdy po pierwsze świadek M. G. nie zeznała, że w trakcie oferowania powódce ubezpieczenia nie poinformowała jej o opłatach likwidacyjnych, tylko że gdy powódka do niej przysła za jakiś czas o tych opłatach rozmawiały, a po drugie obowiązek poniesienia tych opłat wynika wprost z „Warunków ubezpieczenia” i „Tabeli Opłat i Limitów” oraz przede wszystkim z „Oświadczeń ubezpieczonego”, stanowiących załącznik nr 1 do Deklaracji przystąpienia (prosty jednostronicowy dokument zawierających najważniejsze cechy ubezpieczenia trzykrotnie własnoręcznie podpisany przez powódkę), co zostało przez Sąd Rejonowy całkowicie pominięte,

5. art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 235 § 1 k.p.c. poprzez poczynienie istotnych ustaleń faktycznych w sprawie, odnoszących się do sposobu zaoferowania powódce spornego ubezpieczenia, w oparciu o ustalenia faktyczne Prezesa UOKiK zawarte w decyzji nr (...), z pominięciem zasady bezpośredniości postępowania dowodowego, podczas gdy przedmiotowa decyzja dotyczy naruszenia zbiorowych interesów konsumentów, a nie indywidualnej i konkretnej sytuacji prawnej powódki i to w sytuacji, w której ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynikają okoliczności odmienne od przedstawionych w powołanej decyzji,

naruszenie przepisów prawa materialnego w postaci:

6. art. 808 § 1 k.c. w zw. z § 1 warunków ubezpieczenia w zw. z art. 58 § 1 k.c. poprzez uznanie, że powódka ma legitymację procesową czynną interes prawny do żądania stwierdzenia nieważności umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...)’ w zakresie odnoszącym się do wszystkich ubezpieczonych, a nie tylko w stosunku do powódki, w sytuacji gdy jako ubezpieczona nie jest stroną powołanej wyżej umowy ubezpieczenia (stronami są pozwany bank i ubezpieczyciel (...) S.A.), która to umowa stanowi nadto podstawę objęcia ubezpieczeniem wielu tysięcy ubezpieczonych takich jak powódka,

7. art. 808 § 1 k.c. w zw. z § 1 warunków ubezpieczenia w zw. z art. 58 § 1 k.c. poprzez uznanie, że łączna legitymacja procesowa bierna pozwanego banku oraz (...) L. Towarzystwo (...) S.A., będących stronami umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) nie jest w niniejszej sprawie konieczna i stwierdzenie nieważności powołanej umowy grupowego ubezpieczenia w sytuacji, w której (...) L. Towarzystwo (...) S.A. w ogóle nie brało udziału w postępowaniu i nie mogło podjąć obrony przed stawianymi zarzutami, a rozstrzygnięcie dotyczy jednocześnie wszystkich pozostałych ubezpieczonych takich jak powódka, dla których umowa grupowego ubezpieczenia, której nieważność stwierdził Sąd Rejonowy, stanowi podstawę świadczonej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej,

8. art. 808 § 1 k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c. poprzez stwierdzenie nieważności umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) zawartej pomiędzy (...) S.A. a Pozwanym Bankiem, której Sąd Rejonowy nie widział, nie badał jej treści i która nie znalazła się w ogóle w aktach sprawy,

9. art. 829 § 2 zd. 2 k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c. poprzez uznanie, iż powódka swoim oświadczeniem o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) nie objęła zgody na wysokość i sposób określenia sumy ubezpieczenia i stwierdzenie nieważności umowy, podczas gdy w okolicznościach przedmiotowej sprawy powódka swoim oświadczeniem o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia objęła nie tylko wysokość sumy ubezpieczenia (mniej), lecz również całą treść warunków ubezpieczenia (więcej), a więc również treść § 16 Warunków Ubezpieczenia, gdzie określono sumę ubezpieczenia w rozumieniu art. 829 § 2 zd.

2 k.c. w sposób typowy dla tego rodzaju umów ubezpieczenia, tj. poprzez wskazanie sposobu jej określenia najpóźniej w dacie wymagalności świadczenia, a taki sposób określania świadczeń jest powszechny w prawie cywilnym,

10. art. 6 ust. 1 pkt 7 Prawa bankowego w zw. z art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c. poprzez uznanie, że pozwany nie może, pod rygorem nieważności, zawrzeć umowy ubezpieczenia grupowego (ubezpieczenia na cudzy rachunek), bowiem przepisy ustawy - Prawo bankowe nie przewidują takiej możliwości, w sytuacji gdy zawieranie umów ubezpieczenia na cudzy rachunek przewidziane jest wprost w art. 6 ust. 1 pkt 7 ustawy - Prawo bankowe, bowiem niewątpliwie mieści się w ramach pojęcia „innych usług finansowych”,

11. art. 2 ust. 2 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym w zw. z art. 58 § 1 k.c. poprzez uznanie, że oferowanie przystąpienia do grupowego ubezpieczenia przez Pozwany Bank (ubezpieczającego) jest obejściem ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, w sytuacji gdy ustawodawca potraktował odrębnie taką kategorię czynności na tle przepisów art. 43 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tj. Dz. U. z 2011 r., Nr 177, poz. 1054) i wyraźnie je wyróżnił spośród innych czynności, jak np. pośrednictwo ubezpieczeniowe, a nadto ustawodawca wyraźnie zaakceptował i usankcjonował funkcjonowanie takich umów w, obrocie w przepisach przejściowych ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U., poz. 1844),

12. art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c. poprzez uznanie, że umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) jest niezgodna z naturą stosunku zobowiązaniowego oraz z zasadami współzycia społecznego, z uwagi na dowolny i niejasny sposób ustalenia wysokości należnych ubezpieczonemu świadczeń oraz jednostronny rozkład ryzyka na niekorzyść konsumenta, w sytuacji gdy w rzeczywistości ubezpieczyciel nie ma jakiegokolwiek dowolności w ustalaniu wysokości świadczeń, a także nie ma prawnego obowiązku szczegółowego przedstawienia w warunkach umowy metody wyceny aktywów, w które inwestowane są środki ze składek i sam także ponosi ryzyko związane z umową,

13. rażącego naruszenia art. 410 § 2 k.c. w zw. z art. 410 § 1 k.c. w zw. z - art. 405 k.c. poprzez uznanie, że w związku ze stwierdzeniem nieważności umowy ubezpieczenia grupowego, jak i samego oświadczenia powódki o przystąpieniu do tego ubezpieczenia, Pozwany Bank obowiązany jest do zwrotu wszystkich świadczeń powódki uiszczonych tytułem spornego ubezpieczenia, uznanych przez Sąd za nienależne, w sytuacji gdy powódka nie świadczyła na rzecz Pozwanego Banku żadnych kwot tytułem spornego ubezpieczenia, a jedynie wpłacała składki wyłącznie i bezpośrednio na rachunek ubezpieczyciela (...) S.A., co wszak wynika wprost z ustaleń Sądu poczynionych w sprawie, wobec czego brak jest jakichkolwiek podstaw prawnych do zasądzenia zwrotu świadczenia od podmiotu, który nie był odbiorcą tego świadczenia,

14. art. 12 ust. 1 pkt. 4 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym w zw. z art. 415 k.c. poprzez uznanie, że Pozwany 1 zobowiązany jest do naprawienia powódce szkody wynikającej z nieuczciwej praktyki rynkowej, podczas gdy w okolicznościach niniejszej sprawy nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, tj. działania pozwanego nie stanowiły nieuczciwej praktyki rynkowej wprowadzającej w błąd,

15. art. 2 ust. 8 w zw. z art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym poprzez uznanie, że zachowanie powódki mieści się w definicji „przeciętnego konsumenta” i tym samym uznanie, że działanie Pozwanego Banku w istotny sposób zniekształciło zachowanie rynkowe powódki i powodowało podjęcie przez powódkę decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjęła, podczas gdy z powyższego przepisu wynika, że „przeciętny konsument” posiada przymiot dobrze poinformowanego, uważnego i ostrożnego, co stoi w rażącej sprzeczności z postępowaniem powódki, która będąc dorosłym człowiekiem, doświadczonego życiowo, w pełni władz umysłowych ani przed podpisaniem umowy, ani po jej podpisaniu nie przeczytała otrzymanych dokumentów, a w tym nawet „Deklaracji przystąpienia” i jednostronicowego załącznika do Deklaracji „Oświadczenia ubezpieczonego”, który trzykrotnie podpisała,

16. art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c. poprzez jego bezzasadne niezastosowanie w okolicznościach przedmiotowej, pomimo podniesienia przez Pozwanego odpowiedniego zarzutu na rozprawie w dniu 14 lutego 2018 r.

Ponadto pozwany podniósł zarzut przedawnienia oraz przyczynienia się powódki do powstania szkody w jej majątku (polegającej na pobraniu opłaty likwidacyjnej) w całości (w 100%) - poprzez dobrowolne zaprzestanie opłacania przez powódkę składek, pomimo wyjaśnienia jej konsekwencji takiego działania jeszcze przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Mając powyższe na uwadze, pozwany wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w stosunku do pozwanego w całości,
2. zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego banku zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje wg norm przepisanych.
3. ewentualnie uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego, o zasądzenie których od powódki wnoszę według norm przepisanych.

W odpowiedzi powódka wniosła o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

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

Apelacja jest bezzasadna.

Kontrola instancyjna doprowadziła Sąd II instancji do przekonania, że zaskarżone orzeczenie - pomimo błędnych motywów rozstrzygnięcia - odpowiada prawu i ostatecznie zasługuje na akceptację.

Jednakże przed przystąpieniem do merytorycznej oceny apelacji, należy odnieść się do zarzutu przedawnienia podniesionego przez stronę pozwaną.

Zgodnie z przepisem art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c., roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem trzech lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się albo przy zachowaniu należytej staranności mógł się do wiedzieć o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę.

Pismem z dnia 15 kwietnia 2014 r., (...) S.A. poinformowało powódkę M. M. o wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej w związku z bezskutecznym upływem okresu prolongaty i wypłacie kwoty 325,36 zł tytułem rozliczenia wynikającego z umowy. Powódka została jednocześnie pouczone, że w przypadku wątpliwości dotyczących treści otrzymanego pisma, powinna skontaktować się ze swym doradcą w banku (k. 25).

Z tego właśnie pisma, powódka dowiedziała się o szkodzie (strata kwoty 6.894,64 zł) oraz osobie obowiązanej do jej naprawienia.

Oznacza to, że termin przedawnienia roszczenia z tytułu czynu niedozwolonego upływał po doręczeniu pisma z 15 kwietnia 2017 r., a pozew przeciwko pozwanemu wpłynął do Sądu Rejonowego w dniu 22 marca 2017 r. (k. 4).

Z tego też względu, Sąd Okręgowy uznał zarzut przedawnienia roszczenia dochodzonego pozwem za bezzasadny.

Z akt rozpoznawanej sprawy wynika, powódka M. M. w dniu 22 marca 2012 r., przystąpiła do umowy ubezpieczenia na podstawie warunków ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) S.A. a pozwanym (...) Bank S.A. (k. 12).

Ubezpieczenie obejmowało okres od 6 kwietnia 2012 r. do 5 kwietnia 2027 r., wysokość pierwszej składki określono na kwotę 4.500 zł, a składek bieżących na kwotę 136 zł.

Powódka spóźniła się z zapłatą jednej składki bieżącej, co skutkowało wypowiedzeniem umowy przez ubezpieczyciela (...) S.A. ze skutkiem na dzień 27 marca 2014 r. (k. 25).

Zgodnie z § 10 ust. 3 warunków ubezpieczenia, w przypadku bezskutecznego upływu okresu prolongaty (dodatkowy 12 dniowy okres na dokonanie wpłaty kolejnej składki bieżącej), Towarzystwo (...) wypłaci ubezpieczonemu wartość wykupu, zgodnie z postanowieniami § 18 warunków ubezpieczenia.

Pomimo wpłacenia przez powódkę w ramach umowy ubezpieczenia kwoty 7.220 zł - wartość wykupu została określona jedynie na kwotę 325,36 zł.

W niniejszej sprawie, M. M. domagała się zwrotu reszty wpłaconych środków w kwocie 6.894,64 zł (7.220 - 325,36 zł).

W zaprezentowanym stosunku prawnym powódka M. M. była ubezpieczonym, pozwany (...) Bank S.A. w W. był ubezpieczającym, a (...) S.A. w W. był ubezpieczycielem.

Niemniej jednak zaoferowany powódce produkt finansowy pod postacią ubezpieczenia na życie i dożycie był pochodną i elementem ustaleń umownych poczynionych pomiędzy pozwanym i ubezpieczycielem.

Bank oferował swoim klientom przystąpienie do przedmiotowej umowy oraz działał na rachunek swoich klientów. Z tego powodu, samoistna odpowiedzialność banku dotyczy działań faktycznych związanych z czynnościami związanymi z zawarciem umowy ubezpieczenia. Bank jako ubezpieczający nie występował w roli pośrednika ubezpieczeniowego, dlatego ubezpieczyciel (...) S.A. nie odpowiada za jego działania. Pozwany ponosi więc odpowiedzialność za sposób akwizycji ubezpieczenia.

Oznacza to, że w przypadku powstania sporu na tle omawianego stosunku prawnego - stosownie do okoliczności konkretnego przypadku - ubezpieczony może pozwać (...) Bank S.A. albo ubezpieczyciela (...) S.A.

W niniejszej sprawie, ubezpieczona M. M. zdecydowała się pozwać bank, powołując się w uzasadnieniu powództwa na okoliczności związane z nierzetelnym przedstawieniem produktu finansowego - umowy ubezpieczenia.

Z tego względu, rozważania prawne Sądu I instancji dotyczące: bezskuteczności oświadczenia powódki o przystąpieniu do ubezpieczenia oraz nieważności umowy łączącej (...) Bank S.A. i (...) S.A. były bezzasadne.

Taki wniosek płynie przede wszystkim z tego, że - stosownie do § 11 pkt 6 warunków ubezpieczenia - składka pierwsza oraz składki bieżące były wpłacane na rachunek Towarzystwa (...) wskazany w deklaracji przystąpienia.

Oznacza to, że w przypadku stwierdzenia bezskuteczności oświadczenia o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia, czy wręcz nieważności całej umowy ubezpieczenia grupowego (tak jak orzekł Sąd I instancji), to kwoty 6.894,64 zł nie można było zasądzić od (...) Bank S.A., ponieważ pozwany nigdy nie otrzymał nienależnego świadczenia w takiej wysokości.

Powódka kwotę 7.220 zł uiszczyła w całości na rzecz (...) S.A., a więc to zakład ubezpieczeń powinien zwrócić kwotę dochodzoną pozwem z tytułu nienależnego świadczenia.

Niemniej jednak powyższe stwierdzenie wcale nie oznacza, że powództwo przeciwko (...) Bank S.A. powinno zostać oddalone w całości.

Pełnomocnik powódki w piśmie procesowym z dnia 7 czerwca 2017 r. podniósł, że odpowiedzialności pozwanego wynika również z art. 415 k.c., ponieważ bank wprowadził powódkę w błąd co do istotnych elementów umowy ubezpieczenia (k. 71).



W ocenie Sądu Okręgowego, podstawę prawną odpowiedzialności pozwanego stanowi przepis art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym w zw. z powołanym art. 415 k.c.

Zgodnie z treścią tego pierwszego przepisu, w razie dokonania nieuczciwej praktyki rynkowej konsument, którego interes został zagrożony lub naruszony, może żądać naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych (np. art. 415 k.c.).

Zgodnie z ustawową definicją, praktyka rynkowa stosowana przez przedsiębiorców wobec konsumentów jest nieuczciwa, jeżeli jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcić zachowanie rynkowe przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu, w trakcie jej zawierania lub po jej zawarciu (art. 4 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym).

Z powyższego wynika, że nieuczciwa praktyka rynkowa ma miejsce również wtedy, gdy dane zachowanie jest wprawdzie zgodne z prawem, ale sprzeczne z dobrymi obyczajami.

Zgodnie z wyrokiem Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 27 kwietnia 2011 r. (XVII AmC 355/11), istotą dobrego obyczaju jest szeroko rozumiany szacunek dla drugiego człowieka. Dobre obyczaje odwołują się do takich wartości jak uczciwość, fachowość, rzetelność, szczerłość i lojalność. Sprzeczne z dobrymi obyczajami są działania uniemożliwiające realizację tych wartości, ale również takie, które wykorzystują naiwność i niewiedzę konsumenta. Naruszenie jest rażące, jeśli znacząco i poważnie odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw o obowiązków stron. Dodatkowo zachowanie to ma mieć istotny wpływ na decyzję konsumenta, czyli zniekształcać jego zachowanie w takim stopniu, że przy prawidłowym postępowaniu przedsiębiorcy konsument zachowałby się odmiennie, w szczególności nie zgodziłby się na zawarcie umowy w danym kształcie i na danych warunkach.

Wszystkie powyższe działania mają być oceniane w kontekście przeciętnego konsumenta. W doktrynie wyjaśniono, że pojęcie „przeciętnego” konsumenta zakłada średni poziom intelektualny, średni poziom spostrzegawczości i średni poziom wiedzy o zachowaniach innych uczestników rynku (A. Michalak, Przeciwdziałanie nieuczciwym praktykom rynkowym. Komentarz, opublikowany w Legalis).

Niemniej jednak nie można zapominać o tym, że konsument - nawet dobrze zorientowany i bardzo uważny - nie jest profesjonalistą. Jego wiadomości nie obejmują wiedzy specjalistycznej i nie potrafi on ocenić sytuacji tak jak profesjonalista. Nawet ostrożny, uważny konsument ma prawo do rzetelnej informacji, pozostającej w zgodzie z prawem, która nie będzie go wprowadzać w błąd (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 lutego 2015 r., VI ACa 567/14, Legalis 1285001).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy wskazać należy, że zachowanie pozwanego banku reprezentowanego przez pracownika M. G. przy zawieraniu umowy z powódką, stanowiło nieuczciwą praktykę rynkową.

Z zeznań powódki M. M. wynika, że przy podpisywaniu deklaracji nie została poinformowana o tym, że umowa de facto jest zawierana z (...) S.A., a (...) Bank S.A. jest jedynie ubezpieczającym. M. G. poprzestała jedynie na przedstawieniu powódce potencjalnych korzyści z zawarcia umowy (zaprezentowanie tabeli z spodziewanym zyskiem) i wskazaniu numeru rachunku bankowego, na który miały być wpłacane składki. Powódka nie została poinformowana o ryzyku związanym z zawarciem umowy - w szczególności o możliwości wypowiedzenia umowy przez ubezpieczyciela w razie 12 dniowej zwłoki w zapłacie składki bieżącej. Przy podpisywaniu deklaracji, powódce nie wyjaśniono takich pojęć jak wartość wykupu czy też wartość rachunku udziałów (k. 161-163 ).

Treść zeznań M. M., którym Sąd Okręgowy dał wiarę wskazuje na to, że była ona przekonana o zawarciu umowy lokaty z (...) Bank S.A. Powódka wskazała wręcz, że pracownik banku po prostu zaproponował jej lokatę. Informację o ryzyku związanym z zawarciem umowy, powódka otrzymała dopiero przy drugiej rozmowie z M. G.. Natomiast wiadomość

o zawarciu umowy z (...) S.A., a nie z (...) Bank S.A, powódka powzięła dopiero po wypowiedzeniu umowy przez ubezpieczyciela.

Przedstawione zeznania powódki, są zbieżne z zeznaniami pracownika banku (...) (k. 145 - 146).

Świadek ten zeznał, że dopiero podczas drugiej rozmowy M. M. została poinformowana o możliwej stracie przy wcześniejszym rozwiązaniu umowy.

M. G. wskazała również, że pracownicy pozwanego przeszli szkolenie, podczas którego omawiano sposoby prezentowania ubezpieczenia potencjalnym klientom. Otóż pracownicy banku mieli przedstawiać ubezpieczenie jako „projekt długoterminowy”. Z tego też względu, świadek okazał powódce jedynie tabelę z potencjalnymi zyskami, która miała przekonać M. M. do zawarcia umowy.

Przedstawione okoliczności stanowiły naruszenie dobrych obyczajów, które polegało na: braku informacji o rzeczywistej stronie umowy ( (...) S.A.), braku informacji dotyczących charakteru prawnego umowy (umowa ubezpieczenia a nie umowa lokaty bankowej), braku informacji o skutkach wypowiedzenia umowy oraz o skutkach zwłoki z zapłatą jednej raty bieżącej (możliwość nieodzyskania przeważającej części wpłaconego kapitału, brak objaśnienia pojęcia wartość wykupu i sposobu obliczania tej wartości).

Powódka jednoznacznie wskazała, że gdyby została poinformowana o tym, że produkt zaoferowany przez pracownika banku jest w rzeczywistości umową ubezpieczenia, to nie zdecydowałaby się na zawarcie tego stosunku prawnego (k. 162).

Należy przy tym zauważyć, że okoliczności rozpatrywanego przypadku wskazują, że u powódki mogło powstać uzasadnione przypuszczenie o zawarciu umowy z (...) Bank S.A.

Umowa została zawarta w placówce prowadzącej działalność pod szyldem pozwanego banku, stanowisko przy którym podpisano umowę nie zostało w jakikolwiek sposób wyodrębnione, warunki umowy zostały przedstawione przez pracownika banku, na deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia (k. 12), załączniku nr 1 do deklaracji przystąpienia (k. 14) i warunkach ubezpieczenia (k. 17) znajduje się logo pozwanego (getinżycie), pracownicy banku w swoim systemie mieli zapisane wszystkie dane umowy, a numer rachunku bankowego do zapłaty składek został oznaczony nazwą (...) Bank Spółka Akcyjna.

Nie ulega wątpliwości, że powyższe okoliczności mogły wywołać błąd u „przeciętnego” konsumenta, co do rzeczywistej strony umowy oraz charakteru nawiązanego stosunku prawnego. Powódka była bowiem przeświadczona, o zawarciu umowy lokaty ,która zawierała dodatkowe ubezpieczenia na wypadek jej śmierci.

Pozwany bank dopuścił się więc w ocenie Sądu Okręgowego wobec powódki będącej konsumentem nieuczciwej praktyki rynkowej, a tym samym - stosownie do wspomnianego już art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym - powódka może domagać się naprawienia szkody na zasadach ogólnych.

Zgodnie z art. 415 k.c.. kto z winy swojej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

Przesłankami powyższej odpowiedzialności są: szkoda, zawiniony i bezprawny czyn sprawcy oraz adekwatny związek przyczynowy pomiędzy czynem i powstałą szkodą (art. 361 § 1 k.c.).

Bezspornie powódka doznała szkody w kwocie 6.894,64 zł, ponieważ wpłaciła ubezpieczycielowi kwotę 7.200 zł a po rozwiązaniu umowy otrzymała jedynie 325,35 zł (7.220 - 325,36 zł = 6.894,64 zł). Nie ulega wątpliwości, że w rozpatrywanym przypadku ekwiwalentność świadczeń została rażąco zachwiana. M. M. wpłaciła kwotę 7.200 zł, którą ubezpieczyciel mógł zainwestować i osiągnąć zysk, a powódka z tego tytułu otrzymała jedynie symboliczne 325,36 zł. Z tytułu zawarcia przez powódkę umowy również bank osiągnął zysk( okoliczność przyznana – pismo pozwanego – k.124v).

Zachowanie pozwanego było również zawinione i bezprawne, co wynika także z poglądu wyrażonego przez Rzecznika Finansowego w piśmie z dnia 19 lutego 2018 r. (k. 171 - 198).

Rzecznik Finansowy wskazał bowiem, że zaoferowany powódce przez pozwanego produkt finansowy zawierał szereg postanowień jednostronnie niekorzystnych dla osoby przystępującej do ubezpieczenia (powódki), których faktycznego znaczenia przeciętny konsument nie był w stanie zrozumieć bez profesjonalnego doradztwa. Analizowany produkt finansowy był obciążony niekorzystnymi dla klientów zapisami, wbudowanymi od samego początku w konstrukcję umowy, a pozwany jako strona umowy ubezpieczenia nie może uchylać się od odpowiedzialności. Rzecznik Finansowy zauważył także, że ze względu na profesjonalny charakter działalności, bank wiedział o niekorzystnych postanowieniach umowy (k. 198).

Sąd Okręgowy dopuścił powyższy dokument jako dowód w sprawie, ponieważ z regulacji art. 382 k.p.c. wynika, że sąd rozpoznający apelację orzeka zarówno na podstawie materiału zgromadzonego w pierwszej, jak i w drugiej instancji (także w oparciu o nowe fakty i dowody).

Poza tym zauważyć należy, że Sąd I instancji zwrócił się do Rzecznika Finansowego o zajęcie stanowiska w sprawie już w dniu 30 maja 2017 r. (k. 69). Jednakże pismo zawierające pogląd w sprawie wpłynęło do Sądu Rejonowego dopiero w dniu 23 lutego 2018 r. (k. 171), a więc dwa dni po wydaniu zaskarżonego orzeczenia.

W końcu wskazać należy, że pomiędzy zachowaniem banku a szkodą powódki istnieje adekwatny związek przyczynowy. Gdyby pozwany postąpił zgodnie z zasadami profesjonalnej działalności i dobrymi obyczajami, powódka nie zdecydowałaby się na zawarcie umowy ubezpieczenia. Pozwany miał niewątpliwie wpływ na treść umów zawieranych ze swoimi klientami. Jego pracownicy dokonywali prezentacji produktu ubezpieczeniowego przedstawiając go w sposób nierzetelny, bez uprzedzenia o ogromnym ryzyku finansowym. Od pozwanego jako profesjonalisty należy oczekiwać, że treść umów zawieranych z jego klientami indywidualnymi będzie zrozumiała dla konsumenta i zgodna z przepisami prawa. Swoboda zawierania umów określona w art. 353<sup>1</sup> k.c. nie jest absolutna. Treść umowy nie może sprzeczna z ustawą ani z zasadami współżycia społecznego a nienależyte wykonanie umowy może być uznane za bezprawne w rozumieniu art. 415 k.c. (por. wyrok SN z 19 września 2013r., ICSK 687/12).

Wobec przedstawionych argumentów, apelacja nie mogła odnieść oczekiwanego przez stronę skarżącą skutku.

Na marginesie zaznaczyć należy, że Sąd I instancji błędnie rozpoznał niniejszą sprawę w postępowaniu uproszczonym.

Zgodnie z przepisem art. 505<sup>1</sup> k.p.c., w postępowaniu uproszczonym rozpoznaje się roszczenia wynikające z umów, jeżeli wartość przedmiotu sporu nie przekracza dwudziestu tysięcy złotych.

Tymczasem w piśmie procesowym z dnia 7 czerwca 2017 r. (k.71) pełnomocnik powódki podniósł, że odpowiedzialności pozwanego wynika również z art. 415 k.c. (czyn niedozwolony).

Oznacza to, że Sąd Rejonowy powinien rozpoznać sprawę z pominięciem przepisów o postępowaniu uproszczonym.

Niemniej jednak powyższe uchybienie Sądu niższej instancji, nie miało wpływu na treść zapadłego w sprawie orzeczenia.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy oddalił apelację pozwanego na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.

Mirosław Wieczorkiewicz Agnieszka Żegarska Jacek Barczewski