

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 24 marca 2014 r. wydanym w sprawie z powództwa B. K. (1) przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 10.850,00 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 24 marca 2014 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 2.960,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd I instancji ustalił, że w dniu 15 sierpnia 1988 r. matka powoda zawarła z poprzednikiem prawnym pozwanego umowę ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci wg. taryfy VIII. Wystawiona została polisa Nr (...)471.525/1, a jako uposażonego wskazano w niej powoda. Początek ubezpieczenia ustalono na dzień 1 września 1988 r., a czas trwania umowy na 23 lata. Składka miesięczna opłacana przez ubezpieczającego wynosiła 200,00 starych zł miesięcznie, a po upływie okresu ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązał się wypłacić kwotę 50.000,00 starych zł, podwyższaną o 28 % rocznie, a zatem kwotę 372.000,00 starych zł. W dniu 30 września 1988 r. ojciec powoda zawarł z tymże ubezpieczycielem umowę tego samego rodzaju (Nr 5.471.696/8) – gdzie jako ubezpieczonego wskazano powoda – z początkiem ubezpieczenia oznaczonym na dzień 1 listopada 1988 r., o identycznym czasie trwania, z taką samą składką i kwotą przewidzianą do wypłaty. Obecnie B. K. (1) ma 27 lat jest bezrobotny i pozostaje na utrzymaniu rodziców. Jego matka pobiera emeryturę w wysokości 1.100,00 zł miesięcznie, a ojciec rentę w kwocie 600,00 zł miesięcznie. Świadczenie z umów ubezpieczenia powód chciałby przeznaczyć na dalszą edukację. Sąd ustalił także, że w roku 1988 przeciętne miesięczne wynagrodzenie wynosiło 53.090,00 starych zł, a w II kwartale 2013 r. – 3.612,51 zł brutto (2.583,68 zł netto).

W oparciu o powyższy stan faktyczny Sąd wywiódł, że w myśl art. 805 § 1 i 2 k.c. zakład ubezpieczeń winien spełnić na rzecz uposażonego powoda świadczenia posagowe, a ubezpieczający zobowiązani byli opłacać umówione składki. Świadczenia obu stron miały charakter pieniężny od chwili powstania zobowiązania, zatem – stosownie do art. 358<sup>1</sup> § 3 k.c. – ich wysokość może zostać zmieniona przy zaistnieniu przesłanek przewidzianych w tym przepisie, w tym wypadku – w razie istotnej zmiany siły nabywczej pieniądza po powstaniu zobowiązania. Bezsporne jest w ocenie Sądu meriti, że na przełomie lat 80-tych i 90-tych XX wieku doszło do hiperinflacji, której skutkiem był postępujący spadek siły nabywczej pieniądza, nie ulega więc wątpliwości, że w rozpoznawanej sprawie opisana przesłanka została spełniona w odniesieniu do świadczenia ubezpieczyciela, co otwiera drogę do dokonania jego sądowej waloryzacji, przy której Sąd winien wziąć pod uwagę interesy obu stron umowy oraz zasady współżycia społecznego. Sąd zważył też, że interes ubezpieczonego polega na takim ukształtowaniu wysokości świadczenia, aby choć w pewnym zakresie spełniło ono swoją pierwotną funkcję, ponieważ zmiana siły nabywczej pieniądza unicestwiła całkowicie cel i rację bytu zawartych umów ubezpieczenia zaopatrzenia dziecka. Z drugiej strony wzięto pod uwagę sytuację majątkową ubezpieczyciela i - choć uwzględniono fakt wysokich i wciąż rosnących zysków prowadzonego przedsiębiorstwa – to wywiedziono jednak, że obciążanie pozwanego całością ryzyka umownego mogłoby doprowadzić do pogorszenia lub nawet utraty płynności finansowej i spowodowałoby w konsekwencji przerzucenie kosztów wypłaty wysokich kwot waloryzowanych świadczeń na innych ubezpieczających poprzez podwyższenie składek ubezpieczeniowych. Z kolei zasady współżycia społecznego wymagają, zdaniem Sądu Rejonowego, aby ciężar i negatywne konsekwencje niedającej się przewidzieć zmiany siły nabywczej pieniądza ponosiły obie strony umowy. Wskazano, że rodzice powoda uiszczający należne składki nie ponoszą odpowiedzialności za zaistniały stan rzeczy, a tym samym powód ma obecnie prawo domagać się świadczenia o realnej wartości ekonomicznej, jednak uwzględnić trzeba również fakt, że pozwany otrzymywał składki w wysokości nominalnej, które jedynie początkowo – przez krótki okres czasu – stanowiły pełny ekwiwalent świadczenia wzajemnego, przy czym zawarcie umów w roku 1988 spowodowało, że ich utraciły ten charakter znacznie wcześniej niż w przypadku umów zawieranych w latach 70-tych czy na początku 80-tych. Sąd wyraził przekonanie, że w tych realiach nie do pogodzenia z zasadami sprawiedliwości byłoby obciążenie ryzykiem finansowym wyłącznie jednej ze stron umowy, ponieważ prowadziłoby to do niesłusznego wzbogacenia jej kontrahenta.

Sąd I instancji wskazał, że ustawodawca pozostawił określenie wartości waloryzowanego świadczenia jego uznaniu, zastrzegając konieczność uwzględnienia kryteriów wynikających z art. 358<sup>1</sup> § 3 k.c., ale nie wyznaczając innych, co zapewnia elastyczność rozstrzygnięcia niezbędną na tle różnych stanów faktycznych; nie jest dopuszczalne zatem mechaniczne przeliczanie świadczenia w oparciu o jeden, wybrany z góry, wskaźnik waloryzacji. Możliwe jest natomiast pomocnicze wykorzystanie pewnego elementu, który pozwoli ustalić rząd wielkości świadczenia należnego uposażonemu – i jako takie Sąd potraktował wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, mając na uwadze, że wyznacza ono ramy dostępności określonych dóbr materialnych zarówno w dacie zawarcia umowy jak i obecnie. W chwili zawarcia umów rodzice powoda spodziewali się uzyskać z każdej z nich po upływie wskazanego w niej okresu kwotę 372.000,00 starych zł, która stanowiła wówczas równowartość 7 przeciętnych miesięcznych wynagrodzeń. Odnosząc tę wielkość do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w II kwartale 2013 r., Sąd otrzymał należność wynoszącą 18.085,76 zł, a następnie zważył, że żądana pozwem kwota świadczenia z każdej umowy w kwotach po 5.425,00 zł wynosi ok. 30 % tej sumy, co pozwala uznać to roszczenie za zasadne, jako że należności określone na takie kwoty nadają zobowiązaniu pozwanego rozsądną treść, nie obciążając ubezpieczyciela ponad miarę, a jednocześnie mają realną wartość ekonomiczną pozwalającą powodowi choć w części zrealizować cel umowy. Ryzyko umowne obciąża obie strony w podobnym stopniu, co usprawiedliwione jest z jednej strony trudną sytuacją finansową uposażonego, a drugiej – profesjonalnym charakterem działalności ubezpieczyciela i osiąganymi przez niego dodatnimi wynikami finansowymi. Jednocześnie Sąd nie podzielił poglądu ubezpieczyciela, że jako podstawę ewentualnych wyliczeń winien był przyjąć obniżone sumy ubezpieczenia. W tej sytuacji żądanie pozwu uwzględniono w całości, zasądając od pozwanego na rzecz powoda kwotę 10.850,00 zł z ustawowymi odsetkami – należnymi na podstawie art. 481 § 1 k.c. – od daty wydania orzeczenia ze względu na konstytutywny charakter wyroku. O kosztach postępowania orzeczono w oparciu o art. 98 k.p.c., obciążając nimi w całości ubezpieczyciela jako stronę przegrywającą proces.

Wyrok Sądu Rejonowego zaskarżył apelacją pozwany w zakresie, w jakim na rzecz powoda zasądzono kwotę przekraczającą 3.200,00 zł i domagając się jego zmiany poprzez obniżenie przyznanej B. K. (1) należności do kwoty 3.200,00 zł, odpowiednią korektę orzeczenia o kosztach procesu przed Sądem I instancji i zasądzenia zawrotu kosztów postępowania apelacyjnego. Skarżący zarzucił wyrokowi Sądu Rejonowego, że:

- narusza art. 358<sup>1</sup> § 3 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i podwyższenie sumy przysługującej powodowi z obu polis w sposób nieuwzględniający interesu ubezpieczyciela;
- narusza § 24 ogólnych warunków jednostkowych ubezpieczeń na życie poprzez nieuwzględnienie faktu zamiany ubezpieczenia na bezskładkowe z obniżoną sumą ubezpieczenia;
- oparty jest na ustaleniach sprzecznych z zebrany materiał dowodowy, ponieważ nie uwzględniają one zmiany ubezpieczenia na bezskładkowe, pomimo przedłożenia przez pozwanego dokumentów potwierdzających zaprzestanie opłacania składek przez ubezpieczonego i nieudowodnienia przez powoda, że składki te były opłacane.

W odpowiedzi na apelację powód zażądał jej oddalenia i zasądzenia od skarżącego na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

#### **Sąd Okręgowy ustalił dodatkowo następujące okoliczności faktyczne:**

Obydwie przedmiotowe umowy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci zostały zawarte na podstawie ogólnych warunków jednostkowych ubezpieczeń na życie oraz taryf składek za te ubezpieczenia (M.P. Nr 48 z 1985 r., poz. 318), które stanowią ich integralną część. § 24 tych ogólnych warunków w związku z ich § 23 przewidywał, że w sytuacji, gdy ubezpieczony zalega z opłatą składek, natomiast wcześniej opłacał je przez okres 2 lat lub dłuższy, ubezpieczenie wraz z upływem 3 miesięcy od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki ulega automatycznej zmianie na wolne od opłacania dalszych składek, jednak z obniżoną sumą ubezpieczenia (polisy, k. 8).

Składki z umowy Nr (...)471.525/1 opłacane były przez rodziców powoda do dnia 30 czerwca 1992 r. (za okres 46 miesięcy), jak również z umowy Nr (...)471.696/8 do tej samej daty (za okres 44 miesięcy) (okoliczność przyznana przez pozwanego).

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

Apelacja ubezpieczyciela jest w znacznej części zasadna.

Sąd I instancji w uzasadnieniu swojego wyroku wyraził pogląd, że przy dokonywaniu waloryzacji w rozpoznawanej sprawie nie ma podstaw do przyjmowania do obliczeń obniżonej sumy ubezpieczenia, jednak w żaden sposób nie uzasadnił swojego stanowiska. Konsekwencją tego było niepoczynienie jakichkolwiek ustaleń faktycznych w zakresie uiszczania składek ubezpieczeniowych przez ubezpieczających oraz skutków ewentualnych zaniechań w tym zakresie na tle postanowień zawartych umów ubezpieczenia. Należy zgodzić się ze skarżącym, że problem zmiany ubezpieczenia na bezskładkowe ma kardynalne znaczenie dla wyliczenia wysokości świadczeń należnych B. K. (1), zważywszy, iż to od tej okoliczności zależy wysokość sum ubezpieczenia, na otrzymanie których mógł w przyszłości liczyć powód, co z kolei stanowiło jeden z najważniejszych czynników, na których Sąd I instancji oparł swoje wyliczenia waloryzacyjne. W toku postępowania powód twierdził, że jego rodzice opłacali składki przez cały okres trwania umów, jednak okoliczności tej w żaden sposób nie wykazał, choć to na nim – jako na osobie wywodzącej z określonego faktu skutki prawne – spoczywał w myśl art. 6 k.c. ciężar przedstawienia dowodów uczynienia zadość swoim umownym zobowiązaniom. Ubezpieczyciel przyznał, że składki były uiszczane tylko za pewien czas, zdecydowanie krótszy od okresów trwania umów – i tylko w takim zakresie możliwe było uznanie twierdzeń powoda o spełnianiu jego świadczeń za wiarygodne. Niewykazanie uiszczania ich w okresie późniejszym skutkowało musiło przyjęciem, że po dniu 30 czerwca 1992 r. rodzice B. K. (2) zaprzestali wywiązywania się z umownych obowiązków, czego skutkiem, zgodnie z warunkami jednostkowych ubezpieczeń na życie, była zmiana ubezpieczenia na bezskładkowe, z obniżoną sumą ubezpieczenia, wynoszącą, stosownie do wyliczeń pozwanego, których sposób dokonania nie był kwestionowany przez powoda, w przypadku umowy Nr (...)471.515/1 – 8.333,00 stare zł, a w przypadku umowy Nr (...)471.696/8 – 7.970,00 starych zł. Wobec powyższego konieczne było odpowiednie uzupełnienie ustaleń faktycznych dokonanych przez Sąd I instancji, natomiast w pozostałym zakresie ustalenia Sądu meriti trzeba uznać za prawidłowe i niewymagające korekty; Sąd odwoławczy podziela je i uznaje za własne. Jednocześnie zaznaczyć należy, że ubezpieczyciel w żaden sposób nie udowodnił, aby wraz z obniżeniem sumy ubezpieczenia zmieniło się jej coroczne oprocentowanie – fakt ten nie wynika z postanowień umownych ujawnionych w polisach, a dotyczące go twierdzenia zawarte w odpowiedzi na pozew pozostały gołosłowne.

Korekty natomiast wymagają pomocnicze wyliczenia Sądu Rejonowego zmierzające do ustalenia wysokości zwaloryzowanych świadczeń, jako że bezzasadnie przyjęto tam za podstawę kwotę, której wypłata gwarantowaną była jedynie przy założeniu, że składki będą płacone przez cały okres ubezpieczenia. Tak jednak nie stało się w okolicznościach rozpoznawanej sprawy, a suma ubezpieczenia wynikająca z obu umów uległa obniżeniu ze względu na zaprzestanie uiszczania składek. W odniesieniu do wcześniej zawartej umowy konieczne było zatem pomnożenie nominalnej sumy ubezpieczenia 50.000,00 starych zł przez coroczną stopę oprocentowania wynoszącą 28 % w okresie składkowym, co dało kwotę 53.667,00 stare zł ( $50.000,00 \times 28 \% \text{ rocznie} \times 44 \text{ miesiące} : 12 \text{ miesięcy/rok} = 53.667,00 \text{ zł}$ ). Z kolei w okresie bezskładkowym oprocentowanie dotyczyło obniżonej sumy ubezpieczenia, co razem z obniżoną sumą ubezpieczenia dało kwotę 53.053,00 stare zł [ $8.333,00 \text{ zł} + (8.333,00 \text{ zł} \times 28 \% \text{ rocznie} \times 230 \text{ miesiące} : 12 \text{ miesięcy/rok}) = 53.053,00 \text{ zł}$ ]. Łącznie więc z umowy Nr (...)471.515/1 winien otrzymać 106.720,00 starych zł ( $53.053,00 \text{ zł} + 53.667,00 \text{ zł} = 106.720,00 \text{ zł}$ ), co stanowiło 2.01 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w 1988 r. ( $106.720,00 \text{ zł} : 53.090,00 \text{ zł} = 2,01$ ). Natomiast w odniesieniu do umowy późniejszej należało pomnożyć nominalną sumę ubezpieczenia 50.000,00 starych zł przez coroczną stopę oprocentowania wynoszącą 28 % w okresie składkowym, co dało kwotę 51.333,00 stare zł ( $50.000,00 \times 28 \% \text{ rocznie} \times 42 \text{ miesiące} : 12 \text{ miesięcy/rok} = 51.333,00 \text{ zł}$ ). Z kolei w okresie bezskładkowym oprocentowanie dotyczyło obniżonej sumy ubezpieczenia, co razem z obniżoną sumą ubezpieczenia dało kwotę 51.114,00 stare zł [ $7.970,00 \text{ zł} + (7.970,00 \text{ zł} \times 28 \% \text{ rocznie} \times 232 \text{ miesiące} : 12 \text{ miesięcy/rok}) = 51.114,00 \text{ zł}$ ]. Łącznie więc z umowy Nr (...)471.696/8 winien otrzymać 102.447,00 starych zł

(51.333,00 zł + 51.114,00 zł = 102.447,00 zł), co stanowiło 1,93 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w 1988 r. (102.447,00 zł : 53.090,00 zł = 1,93).

W rezultacie z obu umów B. K. (1) mógł liczyć na świadczenia wynoszące łącznie 3,94 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia netto. Odnosząc tę wielkość do wysokości przeciętnego wynagrodzenia z II kwartału 2013 r., otrzymujemy kwotę 10.180,00 zł (3,94 x 2.583,68 zł = 10.180,00 zł). Sąd odwoławczy, dzieląc stanowisko wyrażone w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, uznał, że obie strony umowy winny ponieść ryzyko nieoczekiwanej i radykalnej zmiany siły nabywczej pieniądza. Zgłoszony w apelacji zarzut błędnej wykładni prawa materialnego – w taki sposób, w jaki wywodził skarżący – jest bezzasadny. Sąd I instancji kierował się bowiem dyrektywami zawartymi w przepisie art. 358<sup>1</sup> § 3 k.c., szczegółowo uzasadniając i rozważając interes obu stron umowy i, czyniąc to, z pewnością nie naruszył interesu ubezpieczyciela. Przepis ten nie zawiera precyzyjnego określenia w oparciu, o jakie kryteria należy przeprowadzać waloryzację świadczenia pieniężnego. Niekwestionowany jest w orzecznictwie pogląd, że istota waloryzacji dokonywanej przez Sąd oznacza przywrócenie świadczeniom wynikającym ze zobowiązań pieniężnych ich pierwotnej wartości (tak np. w wyroku SN z 2 grudnia 1999 r., III CKN 489/98, OSNC Nr 7 – 8 z 2000 r., poz.130). W wypadku umowy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci przedmiotem waloryzacji jest świadczenie pieniężne ubezpieczyciela będące elementem jego zobowiązania od chwili zawarcia umowy, bez względu na określony umową termin spełnienia tego świadczenia. Jak stwierdził bowiem Sąd Najwyższy w wyroku z 29 listopada 2001r. V CKN 489/00, OSNC Nr 7 – 8 z 2002 r., poz. 104, przedmiotem waloryzacji musi być świadczenie pieniężne w wysokości odzwierciedlającej przedmiot zobowiązania ubezpieczyciela z chwili powstania zobowiązania, nawet wtedy, gdy świadczenie w określonej umową wysokości ma być spełnione dopiero po upływie dłuższej trwającego okresu ubezpieczenia. Sąd odwoławczy jest jednak zdania, że krzywdzące dla powoda byłoby przyjęcie – jak uczynił to Sąd meriti - że jego obciąża to ryzyko w stopniu przeszło dwukrotnie większym niż ubezpieczyciela. Z tych przyczyn Sąd II instancji uznał, biorąc pod uwagę kryteria waloryzacji przewidziane w art. 358<sup>1</sup> § 3 k.c., że należytą waloryzacją należnych powodowi świadczeń będzie w okolicznościach rozpoznawanej sprawy określenie wysokości należnego mu z umów świadczenia na łączną sumę 4.000,00 zł.

Konstatacja taka uzasadnia zmianę zaskarżonego wyroku poprzez obniżenie zasądzonej na rzecz B. K. (1) sumy do kwoty 4.000,00 zł i oddalenie powództwa w pozostałym zakresie, a podstawą prawną takiej decyzji Sądu II instancji jest art. 386 § 1 k.p.c. Wymusza to także korektę rozstrzygnięcia o kosztach procesu w postępowaniu pierwszoinstancyjnym. Powód wygrał proces tylko w 37 %, co przy zastosowaniu wynikającej z art. 100 k.p.c. zasady stosunkowego rozliczenia kosztów postępowania skutkowałoby koniecznością dokonania przez niego zwrotu na rzecz pozwanego części poniesionych kosztów. W realiach rozpoznawanej sprawy Sąd odwoławczy jest zdania, że od tej zasady należałoby odstąpić, stosując dobrodziejstwo art. 102 k.p.c. B. K. (1) jest w złej sytuacji finansowej, a zasądzenie od niego jakichkolwiek kwot z tytułu zwrotu kosztów procesu powodowałoby zmniejszenie należności, która zgodnie z celem umów ubezpieczenia jego zaopatrzenia umożliwić mu miała odpowiedni start życiowy i poprawienie statusu majątkowego na progu dorosłego życia. Dodatkowo za nieobciążaniem go kosztami postępowania przemawia trudność precyzyjnego oszacowania przez B. K. (1) wysokości należnych mu świadczeń, a tym samym żądania pozwu, zważywszy, że wysokość zwaloryzowanych świadczeń zależy ostatecznie od uznania Sądu. Z kolei apelacja w zakresie, w jakim dotyczyła kwoty 800,00 zł – także, zdaniem skarżącego, bezzasadnie od niego zasądzonej – uległa oddaleniu w oparciu o art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd odwoławczy orzekł również przy zastosowaniu art. 102 k.p.c., uznając, że - ze względu na powołane wyżej okoliczności i argumenty – w rozpoznawanej sprawie zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek w rozumieniu tego przepisu przemawiający za nieobciążaniem B. K. (1) obowiązkiem zwrotu kosztów procesu.