

Sygn. akt II C 484/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 04 marca 2016 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi, II Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodnicząca: SSR A. Z.

Protokolant: staż. M. P.

po rozpoznaniu w dniu 23 lutego 2016 roku

na rozprawie

sprawy z powództwa Ł. K.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego (...) Zakładu (...) na (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz Ł. K. kwotę 1.710,87 zł (jeden tysiąc siedemset dziesięć złotych osiemdziesiąt siedem groszy);
2. oddala powództwo w pozostałej części;
3. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanego.

Sygn. akt II C 484/14

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 2 lipca 2014 roku, ostatecznie skierowanym przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W., powód Ł. K. wniósł o zasądzenie na swoją rzecz kwoty 12.730,84 złotych z tytułu polisy nr (...)488/5 oraz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych, w szczególności kwoty 17 złotych tytułem opłaty skarbowej od udzielonego pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu stanowiska, powód wskazał, iż w dniu 12 maja 1988 roku jego rodzice zawarli z pozwanym umowę ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci na kwotę 200.000 starych zł. W 1988 roku kwota ubezpieczenia została podwyższona o 28 % - do kwoty 256.000 starych złotych. Powód wyjaśnił, że kwota 256.000 starych złotych stanowiła 4,82 średniego miesięcznego wynagrodzenia w 1988 roku, obecnie zaś średnie miesięczne wynagrodzenie pomnożone przez ten wskaźnik wynosić będzie 16.974,45 złotych. Powód oświadczył, że rozkładając ryzyko inflacji na obie strony, dochodzi 75 % powyższej kwoty.

(pozew k. 2-4, pełnomocnictwo k. 6, wnioski o dopozwanie k. 34-35, postanowienie k.47)

W odpowiedzi na pozew, (...) Spółka Akcyjna w W., wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych. Pozwany potwierdził fakt zawarcia w dniu 12 maja 1988 roku umowy zaopatrzenia dzieci odnoszącej się do powoda. Podniósł także, iż ze względu na zaleganie z opłatą składek od dnia 1 czerwca 1992 roku polisa zmieniona została automatycznie na bezskładkową z obniżoną sumą ubezpieczenia. Pozwany oświadczył, że o powyższej zmianie powiadomił ubezpieczonego w piśmie z dnia 15 grudnia 1994 roku. Pozwany

wskazał, że obniżona suma ubezpieczenia bezskładkowego wyniosła 47.800 starych złotych. W ocenie pozwanego żądanie powoda w świetle obowiązujących warunków umowy ubezpieczenia jest nadmiernie wygórowane.

(odpowiedź na pozew k.66-68)

W toku postępowania stanowiska stron nie uległy zmianie.

(protokół rozprawy k.109)

Na rozprawie w dniu 23 lutego 2016 roku pełnomocnik powoda popierał powództwo. Podnosił, że przekształcenie ubezpieczenia w bezskładkowe ze względu na nieuiszczenie składek nie zostało udowodnione. Podkreślono, że ubezpieczony zaprzestał płacenia składek z uwagi na rezygnację ze strony pozwanego z ich pobierania, co miało być powszechną praktyką ubezpieczycieli.

Pełnomocnik pozwanego nie uznał powództwa, wnosił o jego oddalenie. Wskazywał, że ciężar udowodnienia, że składki były uiszczane zgodnie z pierwotną umową spoczywa na stronie powodowej. Wyjaśnił, że w latach 90-tych XX wieku, ze względu na hiperinflację, ubezpieczyciel zwalniał ubezpieczonych z obowiązku uiszczania składek. Osoby ubezpieczone otrzymywały informację na piśmie, że ustaje obowiązek ich uiszczania składek oraz że przejmuje go (...). Zwolnienie nie dotyczyło jednak wszystkich ubezpieczonych. Na początku odnosiło się wyłącznie do umów zawartych po 1990 roku, po upływie 5-letniego okresu ubezpieczenia. Pełnomocnik pozwanego podkreślił, że zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, brak opłacania składek, powoduje automatyczną zmianę ubezpieczenia na bezskładkowe. Pozwany powołał się na kartę kontową załączoną do odpowiedzi na pozew, jako świadcząca o długości okresu opłacania składek w ramach polisy dotyczącej powoda.

Z kolei, pełnomocnik powoda wskazywał, że karta ta jak i inne dokumenty załączone do odpowiedzi na pozew, nie mają mocy dowodowej, gdyż stanowią wyłącznie kserokopie nie poświadczone za zgodność z oryginałem.

(protokół rozprawy k.120-122)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 12 maja 1988 roku została zawarta z Państwowym Zakładem (...) w Ł. umowa ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci według taryfy VIII, na dowód zawarcia której wystawiono polisę numer (...)(...) Jako uposażone dziecko został wskazany powód Ł. K.. Początek ubezpieczenia ustalono na dzień 1 czerwca 1989 roku, zaś czas jego trwania na okres 24 lat. W umowie, ubezpieczający – A. K. zobowiązał się do uiszczania składki miesięcznej w wysokości 860 starych złotych, ubezpieczyciel zaś – do wypłacenia po upływie okresu ubezpieczenia na rzecz uposażonego dziecka sumy ubezpieczenia w wysokości 200.000 starych złotych, która miała wzrastać corocznie zgodnie z załączonym dodatkiem do polisy.

Stosownie do treści § 23 Ogólnych Warunków Jednostkowych (...), w przypadku ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci, jeżeli ubezpieczony zalegał z opłatą składek, a składki były opłacone za okres krótszy niż 2 lata, umowa ubezpieczenia wygasła automatycznie z upływem 3 miesięcy od daty wymagalności pierwszej zaległej składki.

Zgodnie z § 24 Ogólnych Warunków Jednostkowych (...), załączonych do powyższej polisy, w sytuacji gdy ubezpieczony zalega z opłatą składek, a składki były opłacone za okres dwóch lat lub dłuższy, z upływem trzech miesięcy od daty wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczenie zmienia się automatycznie na bezskładkowe z obniżoną sumą ubezpieczenia.

Natomiast § 27 powyższych Ogólnych Warunków Jednostkowych (...) przewidywał, że w razie zmiany ubezpieczenia na bezskładkowe ubezpieczony w ciągu 6 miesięcy od daty wymagalności pierwszej niezapłaconej składki ma prawo do wznowienia ubezpieczenia do wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia. Wznowienie następuje z chwilą zapłacenia wszystkich zaległych składek przez ubezpieczonego. Na wniosek ubezpieczonego (...) mogło również wznowić ubezpieczenie według innych zasad. Ponadto, przewidziano także, iż (...) mogło wznowić ubezpieczenie nawet po

upływie 6 miesięcznego okresu od daty wymagalności pierwszej niezapłaconej składki, określając przy tym warunki wznowienia.

(dowód: umowa ubezpieczenia – koperta k.116, kserokopia k.8, wniosek o jednostkowe ubezpieczenie na życie k.69-69v, ogólne Warunki Jednostkowych (...) – koperta k. 95)

W dodatku numer 1 do polisy przewidziano podwyższenie nominalnej sumy ubezpieczenia w 1988 roku o 28 %.

(dowód: dodatek numer 1 do polisy – koperta k.116, kserokopia k.8 i k.70 v)

Po zawarciu umowy ubezpieczenia rodzice powoda opłacali składki, wpłacając je u agenta pozwanego. W trakcie trwania umowy rodzice powoda zaprzestali opłacania składek.

(dowód: zeznania świadka M. K. k.110-111)

Na przełomie lat 80-tych i 90-tych, wskutek zachodzących przemian gospodarczych, nastąpił w Polsce gwałtowny spadek realnej wartości pieniądza w konsekwencji procesów inflacyjnych, przybierających w niektórych okresach rozmiary hiperinflacji.

(okoliczność powszechnie znana- art.228 § 1 k.p.c.)

(...) Zakład (...) - Spółka Akcyjna został utworzony w 1991 jako następca prawny Państwowego Zakładu (...). W dniu 18 grudnia 1991 roku powołany został do życia (...) Spółka Akcyjna, który na mocy umowy z dnia 2 stycznia 1992 roku o przeniesieniu portfela ubezpieczeń na życie, przejął ubezpieczenia posagowe, wstępując w prawa i obowiązki strony z tytułu zawartych umów. Przejmując portfel ubezpieczeń pozwany otrzymał rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe w wysokości nominalnej kwoty składek. (...) Spółka Akcyjna nie uzyskała z budżetu państwa uzupełniających środków na waloryzację świadczeń.

(okoliczności bezsporne)

W dacie zawarcia umowy, czyli w roku 1988, przeciętne miesięczne wynagrodzenie wynosiło, zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 2 lutego 1989 roku, 53.090,00 starych złotych.

(dowód: Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 2 lutego 1989 r. w sprawie wysokości przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce społecznej w 1988 r., Monitor Polski 1989, nr 3 poz. 32)

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w styczniu 2016 roku wyniosło 4.101,36 złotych brutto, czyli 2.924,55 złotych netto.

(dowód: Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 16 lutego 2016 roku w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w styczniu 2016 roku, Dz.Urz.GUS.2016.7)

Pismem z dnia 20 lutego 2013 roku powód wezwał stronę pozwaną do zapłaty kwoty 13.233,53 zł z tytułu ubezpieczenia zapatrzenia dzieci.

(dowód: wezwanie do zapłaty k.9, kserokopia dowodu doręczenia k.10)

W odpowiedzi na powyższe wezwanie pozwany, wystąpił z propozycją ugody i wypłaty na rzecz powoda świadczenia w kwocie 1.100 zł.

(dowód: kserokopia pisma k.11)

Powód nie otrzymał świadczenia z przedmiotowej umowy ubezpieczenia.

(okoliczność bezsporna)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o dowody zaoferowane przez strony. Oceniając zebrany materiał dowodowy, Sąd zwrócił uwagę na kopię zawiadomienia, skierowanego do A. K., o zmianie polisy nr (...) w ubezpieczenie bezskładkowe (k.71). Nie zawiera ono podpisu osoby kierującej pismo do ubezpieczającego, nie zostało także poświadczona za zgodność z oryginałem. Nie złożono także dowodu jego nadania, bądź odbioru. Jednakże, w świetle treści ogólnych warunków ubezpieczenia i automatycznego przekształcenia się ubezpieczenia w bezskładkowe w przypadku zaprzestania opłacania składek okoliczność czy i kiedy pismo to zostało doręczone A. K. pozostaje bez znaczenia dla rozstrzygnięcia.

Także wydruk załączony do odpowiedzi na pozew, będący kartą kontową na dzień 30 września 2014 roku (k.71 v.) nie został podpisany i nie może być traktowany jako dokument. Zastrzeżenia budzą także „zmiany w ubezpieczeniu” załączone do odpowiedzi na pozew (k.72), których treść dodatkowo w żaden sposób nie pozwala na identyfikację umowy ubezpieczenia, której dotyczą, choć adnotacja zawiera pieczęć i podpis pracownika. Nie zawiera jednak numeru polisy, daty jej zawarcia, nazwiska ubezpieczającego czy uposażonego.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że, aby móc dokumentom tym przypisać charakter dokumentu prywatnego i przyznać im domniemanie ich prawdziwości i autentyczności pochodzenia zawartego w nich oświadczenia od wystawcy, który go własnoręcznie podpisał, niezbędne jest opatrzenie tego dokumentu podpisem. Dokumenty nie podpisane, nie stanowią dokumentu w rozumieniu art.245 k.p.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 grudnia 1980 roku, II URN 171/80, OSP 1981 rok, z. 7, poz. 126). To, jakie znaczenie dowodowe ma dokument prywatny nie podpisany przez jego wystawcę, sąd ocenia na podstawie art. 233 k.p.c. w kontekście całokształtu zebranego materiału dowodowego.

Oceniając zgromadzony materiał dowodowy, Sąd uznał za nieudowodnione twierdzenia strony powodowej, iż rodzice powoda zaprzestali wprowadzić opłacania składek na poczet przedmiotowej umowy ubezpieczenia, ale na skutek pisma (...) wzywającego do zaprzestania opłacania składek. Na powyższą okoliczność przeprowadzono jedynie dowód z zeznań świadka M. K.. Świadek zeznała wprowadzić, że wraz z mężem zaprzestała opłacania składek na skutek pisma otrzymanego od pozwanego wzywającego do zaprzestania opłacania składek, nie potrafiła jednak wskazać, kiedy miało to miejsce. Choć pismo dotyczyło niezwykle ważnych okoliczności z punktu widzenia zwartej umowy uposażenia syna, świadek nie zachowała tego pisma. Dodatkowo jak wynika z zeznań świadka, M. K. i jej mąż zawierali także umowę ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci na rzecz swojej córki. W ocenie Sądu, ogólne i nieprecyzyjne zeznania świadka M. K., będącej matką powoda, a zatem osobą zainteresowaną pośrednio wynikiem procesu, jawią się jako niewiarygodne. Zdaniem Sądu, nie stanowią dowodu na okoliczność, iż przedmiotowa umowa ubezpieczenia przekształciła się w ubezpieczenie bezskładkowe z inicjatywy poprzednika prawnego pozwanego. Jak podkreślał pozwany wprowadzić takie przekształcenia miały miejsce, ale nie dotyczyły wszystkich umów ubezpieczenia i nie miały charakteru powszechnego. Strona powodowa nie przedstawiła natomiast żadnych dokumentów wskazujących na okoliczność tego, iż taka propozycja przekształcenia umowy miała miejsce ani że została zaakceptowana przez ubezpieczonego A. K.. Nie wykazała także, iż owa oferta (...) nie wpływała na wysokość sumy uposażenia. Mając na uwadze zgromadzony materiał dowodowy za bezsprzeczne należało uznać, że składki były opłacane do roku 1992.

Sąd uznał także za nieudowodnioną okoliczność, iż ubezpieczony uiszczał składki przez okres dłuższy niż wskazywał pozwany. Do akt sprawy nie zostały złożone pokwitowania opłacania składek za przedmiotową polisę, mimo, iż M. K., zeznała że posiadała takie pokwitowania.

Jak stanowi przepis art. 6 k.c., ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. W myśl więc ogólnych zasad to na powodzie spoczywał ciężar udowodnienia faktów uzasadniających jego roszczenie (tak też Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 3 października 1969 roku, II PR 313/69, OSNCP 9/70, poz. 147), a w szczególności okoliczności przez jaki okres uiszczano składki na poczet zwartej umowy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci, a także jej ewentualnego przekształcenia w ubezpieczenie bezskładkowe na skutek oferty (...), aby ubezpieczony zaprzestał uiszczania składek.

W orzeczeniu z dnia 17 grudnia 1996 roku (OSNC 1997 rok, nr 6-7, poz. 76) Sąd Najwyższy wskazał, że przy rozpoznawaniu sprawy na podstawie przepisów kodeksu postępowania cywilnego rzeczą sądu nie jest zarządzanie dochodzeń w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie, ani też sąd nie jest zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych do rozstrzygnięcia sprawy (art. 232 k.p.c.). Jak podkreśla się w doktrynie i orzecznictwie, że sąd powinien korzystać z przewidzianego w art. 232 zd. 2 k.p.c. uprawnienia powściągliwie i z umiarem, pamiętając, że taka inicjatywa należy przede wszystkim do samych stron i że cały rozpoznawany spór jest ich sprawą, a nie sądu. Obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa więc na stronach (art. 3 k.p.c.), a ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie (art. 227 k.p.c.) spoczywa na stronie, która z faktów tych wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c.).

Na rozprawie w dniu 23 lutego 2013 roku Sąd oddalił wniosek o przesłuchanie stron z ograniczeniem do przesłuchania powoda na okoliczności wskazane w pozwie, jako pozostający bez znaczenia dla rozstrzygnięcia. Okoliczność, iż pozwany nie wypłacił na rzecz powoda świadczenia z polisy była bezsporna, zaś ustalenie należnej powodowi kwoty w przypadku spełnienia przesłanek waloryzacji świadczenia należało w niniejszej sprawie do Sądu.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo zasługuje na uwzględnienie jedynie w części.

Zgodnie z treścią art. 805 § 1 i 2 k.c., poprzez umowę ubezpieczenia, przy ubezpieczeniu osobowym, zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie, po upływie okresu ubezpieczenia równoważnego okresowi opłacania składek ubezpieczeniowych, zaś ubezpieczający zobowiązuje się do wpłacania tychże składek. A zatem, umowa ubezpieczenia należy do umów dwustronnie zobowiązujących i odpłatnych. Świadczenia obu stron umowy ubezpieczenia- ubezpieczającego i ubezpieczyciela mają od momentu powstania zobowiązania charakter sumy pieniężnej. W związku z tym, jak powszechnie przyjmuje się w piśmiennictwie (tak m.in. Tadeusz Wiśniewski, „Komentarz do kodeksu cywilnego – zobowiązania tom 1”, praca zbiorowa pod red. Gerarda Bieńka Warszawa 2002 r., s.44 in.; Helena Ciepła, „Komentarz do kodeksu cywilnego – zobowiązania tom 2”, praca zbiorowa pod red. Gerarda Bieńka Warszawa 2002 r., s.513) zobowiązania obu stron umowy ubezpieczenia zaliczyć należy do zobowiązań pieniężnych sensu stricto.

W odniesieniu do zobowiązań pieniężnych ab initio, stosownie do treści art.358¹ § 3 k.c., istnieje możliwość odstąpienia od przewidzianej w art. art. 358¹ § 1 k.c. zasady nominalizmu i dokonania przez sąd zmiany wysokości świadczenia pieniężnego, przy spełnieniu przesłanek ustawowych przewidzianych w tym przepisie. Zgodnie z przepisem art. 358¹ § 3 k.c., ustawodawca uzależnia dopuszczalność waloryzacji sądowej świadczenia pieniężnego od istotnej zmiany siły nabywczej pieniądza, po powstaniu zobowiązania. Na uwagę zasługuje fakt, iż verba legis wymagane jest nie tylko zaistnienie zmiany siły nabywczej pieniądza, ale również istotność owej zmiany. Albowiem, w świetle podzielanego przez Sąd Rejonowy, powszechnie aprobowanego w doktrynie poglądu (tak m.in. Tadeusz Wiśniewski, „Komentarz do kodeksu cywilnego – zobowiązania tom 1”, praca zbiorowa pod red. Gerarda Bieńka Warszawa 2002 r., s.50), pewna skala zmian mieści się zawsze w zakresie normalnego ryzyka umownego, a więc ryzyka, które powinno być brane pod uwagę przez każdą ze stron zobowiązania pieniężnego. Dopiero po ustaleniu tzw. „stanu waloryzacyjności”, sąd dokonujący waloryzacji świadczenia zobowiązany jest do rozważenia interesów obu stron oraz uwzględnienia zasad współżycia społecznego (uzasadnienie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 21 października (...), III CZP 135/94, OSNC 1995, nr 2, poz.37).

Możliwość zastosowania waloryzacji sądowej do świadczeń z tytułu umów ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci potwierdził Sąd Najwyższy w uchwale składu 7 sędziów z dnia 10 kwietnia 1992 roku, sprawie III CZP 126/91 (OSNCP 1992 r., zeszyt 7-8, poz.121) oraz uchwale zwykłego składu z dnia 24 stycznia 1996 roku, w sprawie III CZP 196/95 (OSP 1996 r., nr 9, poz. 166).

W przedmiotowej sprawie świadczenie ubezpieczyciela polega na wypłaceniu uposażonemu w umowie dziecku świadczenia posagowego. Jest faktem bezspornym, iż umowa ubezpieczenia - określająca precyzyjnie uprawnienia i obowiązki obu stron, zarówno co do wysokości, jak i czasu ich wypełnienia - została zawarta w 1988 roku. Jest to data powstania zobowiązania, a w konsekwencji termin początkowy dla ustalenia, czy nastąpiła po nim istotna zmiana siły nabywczej pieniądza. Wystąpienie tej zmiany i jej zakres stanowią fakt powszechnie znany (notoryjny). Na skutek zmian gospodarczych na przełomie lat 80-tych i 90-tych doszło do gwałtownej inflacji, określanej – z uwagi na rozmiary - mianem hiperinflacji. Skutkiem tych procesów był postępujący spadek siły nabywczej pieniądza, charakteryzujący się wzrostem cen towarów i usług konsumpcyjnych, wzrostem wynagrodzeń, a także spadkiem realnej wartości złotej w stosunku do walut wymiennalnych.

W związku z tym, w opinii Sądu, w niniejszej sprawie spełniona jest, przewidziana w treści art. 358 1 § 3 k.c., przesłanka dopuszczalności waloryzacji świadczenia pieniężnego w postaci istotnej zmiany siły nabywczej pieniądza.

Orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych dotyczącym waloryzacji świadczeń z umów ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci podkreśla się, że Sądowa waloryzacja świadczenia musi uwzględniać treść zawartej przez strony umowy (tak między innymi Sąd Apelacyjny w Rzeszowie w wyroku z dnia 6 grudnia 2012 roku, I ACa 354/12, L.). Wskazuje się także, że w przypadku umowy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci powinna zostać zwaloryzowana określona w umowie suma uposażenia, a nie suma ubezpieczenia (suma nominalna), przy czym należy uwzględniać zarówno okoliczności związane ze wzrostem, jak i ewentualnym obniżeniem sumy uposażenia stosownie do treści umowy ubezpieczenia (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyrokach: z dnia 14 września 2005 roku, III CK 39/05, opubl: Legalis; z dnia 12 lutego 2003 roku, I CKN 1/01, z dnia 22 kwietnia 2005 roku, II CK 599/04, opubl: Monitor Prawniczy 2005 rok, Nr 10, str. 478; Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 6 stycznia 2005 roku, III CZP 76/04). Podkreśla się także, że przewidziany w umowie ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci wzrost sumy ubezpieczenia o 28% nie jest waloryzacją w rozumieniu art. 358¹ § 2 k.c. (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 kwietnia 2005 roku, opubl. L.).

Bezspornym pozostaje również fakt, iż świadczenie z umowy ubezpieczenia nie zostało spełnione. Otwiera to drogę do przeprowadzenia sądowej waloryzacji świadczenia z umowy ubezpieczenia.

Dokonując oceny, czy i w jakim zakresie, należy zmienić wysokość ustalonego umową świadczenia, Sąd kierując się wskazanym w ustawie nakazem uwzględnił dwa kryteria: interesy obu stron umowy oraz zasady współzycia społecznego.

Interes uposażonego przemawia za takim ukształtowaniem wysokości świadczenia, aby spełniło ono - chociaż częściowo - swą pierwotnie zakładaną funkcję.

Interes pozwanego ubezpieczyciela przemawia z kolei za tym, aby nie obciążać go kosztami wypłaty wysokich kwot zwaloryzowanych świadczeń, które spowodowałyby pogorszenie płynności finansowej przedsiębiorstwa, co bezsprzecznie wiązałoby się z podwyższeniem wysokości składek ubezpieczeniowych i przerzuceniem kosztów działalności przedsiębiorstwa na ubezpieczonych.

Wyważenie wskazanych powyżej, z natury rzeczy sprzecznych, interesów obu stron umowy w taki sposób, aby nadać zobowiązaniu sensowną i nie krzywdzącą żadnej ze stron treść, wymaga odniesienia się do zasad współzycia społecznego, jako drugiego z ustawowych kryteriów waloryzacji. Wymagają one, aby ciężar i negatywne konsekwencje niezależnej, nie dającej się przewidzieć w chwili zawarcia umowy, okoliczności w postaci spadku wartości pieniądza poniosły obie strony. Żadna z nich nie ponosi bowiem odpowiedzialności za zaistniały stan rzeczy.

Jednocześnie, nie sposób prowadzić rozważania dotyczące waloryzacji świadczenia z przedmiotowej umowy ubezpieczenia z pominięciem zarówno pierwotnej treści tejże umowy, jak i jej modyfikacji, do których doszło w okresie ubezpieczenia. Albowiem, dla prawidłowego rozstrzygnięcia niniejszej sprawy kluczowe znaczenie ma okres opłacania składek przez ubezpieczającego oraz fakt przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe, w wyniku zaprzestania

uiszczania składek. Miesięczne składki, do których uiszczenia zobowiązał się w umowie ubezpieczający – A. K., opłacane były do dnia 1 czerwca 1992 roku, czyli przez okres 4 lat. Następnie ubezpieczający zaprzestał uiszczenia składek. W związku z tym, z mocy postanowień łączącej strony umowy nastąpiło przekształcenie ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci na ubezpieczenie bezskładkowe.

Obowiązujące w chwili zawarcia przedmiotowej umowy i stanowiące jej integralną część ogólne warunki jednostkowych (...), przewidywały różnorakie konsekwencje zaprzestania opłacania składek przez ubezpieczającego, w zależności od przyczyny takiego stanu rzeczy oraz długości okresu ubezpieczenia, za jaki uiszczono składki. I tak, w przypadku gdy ubezpieczający zaprzestał opłacania składek ze swej winy, nie wywiązując się tym samym z ciężących na nim z tytułu umowy ubezpieczenia obowiązków, w oparciu o wspomniane ogólne warunki ubezpieczenia, dochodziło bądź do wygaśnięcia umowy ubezpieczenia bądź do modyfikacji jej treści i przekształcenia w ubezpieczenie bezskładkowe.

Zgodnie z treścią § 23 wskazanych ogólnych warunków ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci, jeżeli ubezpieczony zalegał z opłatą składek, a składki były opłacone za okres krótszy niż 2 lata, umowa ubezpieczenia wygasła automatycznie z upływem 3 miesięcy od daty wymagalności pierwszej zaległej składki. Natomiast, stosownie do § 24 owych ogólnych warunków ubezpieczenia, jeżeli składki były opłacane przez okres co najmniej 2 lat, z upływem 3 miesięcy od daty wymagalności pierwszej zaległej składki, ubezpieczenie zmieniano się na bezskładkowe z obniżoną sumą ubezpieczenia.

W niniejszej sprawie, bezspornym jest, iż pomimo możliwości wznowienia ubezpieczenia do wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia, na wniosek ubezpieczonego, nie doszło do takiej zmiany umowy i przywrócenia pierwotnej wysokości sumy ubezpieczenia.

W niniejszej sprawie, zastosowanie znalazł § 24 przywołanych ogólnych warunków ubezpieczenia. A. K. opłacał bowiem składki z tytułu przedmiotowej umowy ubezpieczenia przez okres 4 lat, do dnia 1 czerwca 1992 roku. Doszło zatem do przekształcenia ubezpieczenia na bezskładkowe, z jednoczesnym obniżeniem wysokości sumy ubezpieczenia z kwoty 200.000 złotych do kwoty 33.334 złotych oraz z obniżeniem wysokości jej oprocentowania z 28% w 1988 roku do 1,8% w skali roku, za cały okres ubezpieczenia.

Na gruncie, obowiązujących w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, przywoływanych ogólnych warunków ubezpieczenia rozróżniano bowiem sytuacje, w których zaprzestanie opłacania składek w okresie ubezpieczenia następowało z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego (np. z powodu śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia) oraz wypadki, w których nie uiszczenie składek było rezultatem naruszenia umowy przez ubezpieczonego.

W niniejszej sprawie, zaprzestanie opłacania składek przez A. K. zakwalifikować należy jako naruszenie ciężących na ubezpieczającym, a wypływających z zawartej z pozwanym umowy ubezpieczenia, obowiązków. Jak już wskazywano powyżej, nie zasługiwały na aprobatę twierdzenia powoda jakoby zaprzestanie uiszczenia składek było wynikiem stanowiska strony pozwanej. Rezultatem takiego zachowania ubezpieczającego była modyfikacja treści przedmiotowej umowy ubezpieczenia, stosownie do treści przywołanych powyżej ogólnych warunków ubezpieczenia, z którą ubezpieczający powinien był się liczyć naruszając postanowienia umowy. W tym stanie rzeczy przyjęcie, iż nie doszło do zmiany pierwotnej wysokości sumy ubezpieczenia oraz jej oprocentowania pozostawałoby w jawnej sprzeczności z treścią zawartej przez powoda i pozwanego umowy, której immanentną część stanowiły powołane ogólne warunki ubezpieczenia.

Konkludując, za punkt wyjścia do dalszych rozważań należy przyjąć obniżoną sumę ubezpieczenia, która wraz z oprocentowaniem wynosiła 47.800 starych złotych. Na poparcie takiego stanowiska warto przywołać dotychczasowe orzecznictwo, w którym niejednokrotnie podkreślano, że w wypadku umowy ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci przedmiotem waloryzacji jest kwota uposażenia, a nie suma ubezpieczenia (przykładowo por. wyrok Sądu

Najwyższego z dnia 29 listopada 2001 roku, V CKN 489/00, OSNC 2002 rok, nr 7-8, poz. 104, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2003 roku, I CKN 1/01).

Przedstawione przez pozwanego wyliczenie obniżonej sumy uposażenia oraz jej wysokość nie było kwestionowane przez stronę powodową.

Dokonując waloryzacji świadczenia z umowy ubezpieczenia, uwzględnić należy nie tylko rozmiar oczekiwań uposażonego z umowy, ale także możliwości finansowe ubezpieczyciela, który nie przewidywał zakresu wystąpienia spadku siły nabywczej pieniądza i nie uwzględnił tego faktu zarówno w treści umowy, jak i prowadzonym przez siebie rozrachunku ekonomicznym. Pozwany zakład ubezpieczeń otrzymywał składki w wysokości nominalnej, które jedynie początkowo, i to przez bardzo krótki okres, stanowiły pełny ekwiwalent umówionego świadczenia posagowego. Później ich realna wartość malała systematycznie wraz z inflacją. Zawarcie umowy w 1988 roku miało ten skutek, że składki znacznie wcześniej niż w przypadku innych umów zawieranych w latach siedemdziesiątych i na początku osiemdziesiątych utraciły realną wartość. Nie do pogodzenia z zasadami sprawiedliwości byłoby w tej sytuacji obciążenie ryzykiem finansowym wyłącznie jednej strony. W konsekwencji prowadziłoby to do niesłusznego wzbogacenia jednej z nich kosztem drugiej.

Ustalenie sumy zwaloryzowanego świadczenia, która - czyniąc zadość zasadom współżycia społecznego i uwzględniając interesy obu stron - nada istniejącemu zobowiązaniu rozsądną treść, zależy od uznania sądu. Wskazać przy tym należy, iż przepis art. 358¹ § 3 k.c., przewidując możliwość zmiany wysokości świadczenia pieniężnego, nie zawiera konkretnych mierników, co do sposobu zmiany, jak również wysokości ustalonego w umowie świadczenia pieniężnego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 roku, IV CKN 1318/00).

W ocenie Sądu, najbardziej adekwatnym miernikiem waloryzacji jest przeciętne miesięczne wynagrodzenie, uwzględnia ono bowiem większość czynników makroekonomicznych, takich jak poziom inflacji, poziom cen w gospodarce i siłę nabywczą pieniądza. Podkreślić przy tym należy, iż właściwym wskaźnikiem winno być przeciętne miesięczne wynagrodzenie netto. Do końca bowiem 1991 roku było ono obliczane metodą netto, zaś obecnie uwzględnia również składki na ubezpieczenie społeczne opłacane ze środków pracowników oraz zaliczki na podatek dochodowy. Przed 1991 roku wynagrodzenia nie były obciążone daninami publicznymi i kwoty podane w obwieszczeniach GUS były kwotami rzeczywiście otrzymywanymi przez pracowników, obecnie zaś z wynagrodzenia potrąca się szereg należności, zaś kwota wynagrodzenia pracownika w istocie jest niższa niż wskazywana w publikatorach. Przyjęcie zatem różnych wskaźników waloryzacyjnych (wynagrodzenia netto i brutto) stałoby w istotnej sprzeczności z przepisem art. 358¹ k.c. nakazującym uwzględnienie interesu obu stron umowy.

W chwili zawarcia umowy ubezpieczenia strona powodowa mogła oczekiwać, że suma uposażenia będzie odpowiadała kwocie 256.000 starych złotych. Ze względu jednak na przekształcenie ubezpieczenia w bezskładkowe suma uposażenia uległa redukcji do 47.800 starych złotych, na którą złożyła się kwota 33.334 starych złotych (stanowiąca iloczyn pierwotnej sumy ubezpieczenia - 200.000 starych złotych i okresu przez który ubezpieczający rzeczywiście uiszczał składki - 48 miesięcy, podzielona przez pełen okres ubezpieczenia - 288 miesięcy), powiększona o oprocentowanie w wysokości obniżonej do 1,8 % za cały okres ubezpieczenia.

Kwota 47.800 starych złotych podlegająca waloryzacji stanowiła około 0,9 przeciętnego wynagrodzenia obowiązującego w roku, w którym nastąpiło zawarcie przedmiotowej umowy (53.090,00 starych złotych).

Na datę orzekania byłaby to więc kwota około 2.632,10 nowych złotych, uwzględniając przeciętne wynagrodzenie netto w styczniu 2016 roku w wysokości 2.924,55 zł złotych (z uwagi na to, iż zgodnie z treścią art.21 ust.1 pkt. 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych, Dz.U. Nr 90 z 1993 roku, poz.416 ze zm., świadczenia wypłacane z umów ubezpieczenia wolne są od podatku dochodowego należy odnosić się do wynagrodzenia netto, po potrąceniu zaliczki na poczet podatku dochodowego oraz składki na ubezpieczenie społeczne).

Mając na uwadze zasady współzycia społecznego, należało zatem dokonać rozłożenia ryzyka związanego z istotną zmianą siły nabywczej pieniądza na obie strony stosunku ubezpieczenia i zasądzić na rzecz powoda kwotę równą 65 % zwaloryzowanej kwoty, a więc 1.710,87 złotych. Tak ustalona suma obciąża pozwanego ryzykiem umownym w stopniu wyższym niż powoda, co jest jednak usprawiedliwione profesjonalnym charakterem ubezpieczyciela i jego silną pozycją na rynku, a także niską wartością zwaloryzowanego świadczenia. Ubezpieczyciel jako profesjonalista ma większe możliwości ochrony swoich interesów, chociażby przez zmianę wysokości składek płaconych przez ubezpieczającego. Uposażony zaś w żadnej mierze nie może odpowiedzieć na zmieniające się warunki ekonomiczne, które tak znacząco wpłynęły na pogorszenie jego sytuacji.

Natomiast, brak jest w niniejszej sprawie innych szczególnych okoliczności uzasadniających obciążenie pozwanego w jeszcze wyższym stopniu, w tym jak żądał powód w 75%, ryzykiem spadku wartości pieniądza. Strona powodowa nie zaoferowała w tym zakresie żadnych dowodów, w tym dotyczących sytuacji życiowej, czy majątkowej powoda.

W konsekwencji, w pozostałej części powództwo podlegało oddaleniu, z uwagi na nieprawidłowy sposób obliczenia wysokości zwaloryzowanego świadczenia, bez uwzględnienia okoliczności przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe – z obniżoną sumą ubezpieczenia i obniżonym oprocentowaniem.

Stosownie do treści art.100 k.p.c., w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty procesu będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Powód wygrał proces w 13%, a przegrał w 87%. Na koszty procesu poniesione przez powoda w łącznej kwocie 3.054 zł złożyły się: opłata od pozwu w kwocie 637 zł, wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 2.400 zł (ustalone w oparciu o § 6 pkt 5 Rozporządzenia z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu Dz. U. Nr 163, poz. 1349) oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Na koszty procesu poniesione przez stronę pozwaną w łącznej kwocie 2.417 zł złożyło się: wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 2.400 zł oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

W niniejszej sprawie, mając na względzie stosunek zasądzonego na rzecz powoda zwaloryzowanego świadczenia do wysokości żądania strony powodowej, stosunkowe rozdzielone kosztów procesu oznaczałoby w praktyce pozbawienie powoda zasądzonego na jego rzecz świadczenia. Albowiem, powód wygrał proces w 13% i przy stosunkowym rozliczeniu kosztów procesu, byłby zobowiązany do zwrotu na rzecz pozwanego kwoty 1.705,77 zł. Przekreślałoby to sens dokonanej przez Sąd waloryzacji. W tym stanie rzeczy, Sąd uznał, że zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek, pozwalający na podstawie art.102 k.p.c. nie obciążać powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanego.