

Sygn. akt I ACa 540/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 grudnia 2018 roku

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Tomasz Żelazowski
Sędziowie:	SSA Artur Kowalewski SSO del. Leon Miroszewski (spr.)
Protokolant:	st. sekr. sądowy Marta Osińska

po rozpoznaniu w dniu 20 grudnia 2018 roku na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa (...) Towarzystwa (...) spółki akcyjnej w W.

przeciwko E. R.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 28 maja 2018 roku, sygn. akt I C 1272/16

1. **oddala apelację,**

2. **zasądza od pozwanej na rzecz powoda kwotę 4 332 (cztery tysiące trzysta trzydzieści dwa) złote tytułem kosztów procesu w postępowaniu apelacyjnym.**

SSA Artur Kowalewski SSA Tomasz Żelazowski SSO del. Leon Miroszewski

Sygnatura akt I ACa 540/18

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 28 maja 2018 roku, w sprawie I C 1272/16, z powództwa (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. przeciwko E. R. o zapłatę, w punkcie I. zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę 89.545,44 złotych wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 16 sierpnia 2016 roku, w punkcie II. zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę 15.599,27 złotych tytułem kosztów procesu, w tym kwotę 7.200 złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego; w punkcie III. zarządził zwrot powodowi niewykorzystanej części zaliczki na wydatki.

Sąd Okręgowy ustalił, że pomiędzy pozwaną a powodem, na podstawie wniosku pozwanej („Wniosku o Indywidualne Ubezpieczenie Emerytalne” nr (...)) zawarta została umowa ubezpieczenia indywidualnego - Ubezpieczenia Emerytalnego ((...)), potwierdzoną polisą nr (...). Dniem rozpoczęcia odpowiedzialności powódki był 25 maja 1999 roku. Pierwsza składka miesięczna została przez pozwaną opłacona w kwocie 350 zł w dniu 14 maja 1999 r. Zgodnie z pierwszą dyspozycją składka miała być po połowie rozłożona na Fundusz Obligacji i Fundusz Mieszany. Wpłacane przez pozwaną składki miesięczne, zgodnie z umową, były inwestowane w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Składki były corocznie waloryzowane, w związku z czym ich wysokość wzrastała. Mechanizm działania tych funduszy jest analogiczny do funduszy oferowanych przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych. Ubezpieczający ma do wyboru sporą liczbę ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, w które mogą być alokowane wpłacane składki. Fundusze różnią się pod względem ryzyka. Ubezpieczający może dokonać dywersyfikacji składki na różne fundusze. Wpłacane składki są przeliczane na jednostki wskazanych funduszy. Powódka z dokonywanych wpłat miała prawo potrącać opłaty administracyjne, które oscyływały w granicach 9 zł w skali miesiąca. Zawarta umowa nie zawierała gwarancji wzrostu wartości jednostek uczestnictwa w skali roku i po jej zakończeniu mogłoby się okazać, że wypłata jest niższa niż dokonana wpłata. Do tej umowy ubezpieczenia miały na początku jej trwania zastosowanie „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego Nr (...)”. W trakcie trwania umowy ogólne warunki ubezpieczenia uległy zmianie czterokrotnie. Pierwsza zmiana ogólnych warunków ubezpieczenia przeprowadzona była w 2000 roku. Te ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Powódki z dnia 10 lutego 1999 roku (nr uchwały (...)). Tą zmianą wprowadzono do przedmiotowej umowy „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego Nr (...)”. Zmiany dotyczyły wysokości składki regularnej oraz możliwości zawieszenia opłacania składek regularnych. Druga zmiana ogólnych warunków ubezpieczenia przeprowadzona była w 2001 roku. Te ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Powódki z dnia 5 kwietnia 2001 roku. Tą zmianą wprowadzono do przedmiotowej umowy „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego Nr (...)”. Zmieniono wówczas art. 13 dotyczący wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Trzecia zmiana ogólnych warunków ubezpieczenia przeprowadzona została w 2004 roku. Te ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Powódki z dnia 3 sierpnia 2004 roku (nr uchwały (...)). Tą zmianą wprowadzono do przedmiotowej umowy „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego Nr (...)”. Była to zmiana związana z wprowadzeniem w życie nowej wówczas ustawy z dnia 22 maja 2003 r. Zmiana ta w przeciwieństwie do wcześniejszych, miała rozległy charakter, ponieważ zgodnie z brzmieniem art. 245 ust. 2. tej ustawy, treść istniejących umów ubezpieczenia, która w dniu wejścia w życie tej ustawy nie spełnia wymagań, o których mowa w jej artykule 13, powinna być dostosowana do tych wymagań w terminie 18 miesięcy od dnia wejścia jej w życie. Stąd istniała potrzeba przeprowadzenia istotnych zmian w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Przy tej okazji wprowadzono również uszczegółowienia niektórych zapisów (np. opłat, sposobu ich pobierania i indeksacji). Czwarta zmiana ogólnych warunków ubezpieczenia przeprowadzona została w 2006 roku. Te ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Powódki z dnia 12 grudnia 2006 roku (nr uchwały (...)) Tą zmianą wprowadzono do przedmiotowej umowy „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego Nr (...)”. Zgodnie z ogólnymi warunkami indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego z chwilą dożycia wieku emerytalnego pozwana miała nabyć prawo do świadczenia równego wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku; z uwzględnieniem jednostek uczestnictwa dopisanych do rachunku w wyniku naliczenia premii. Premia miała być naliczona jako suma poszczególnych składek regularnych pomnożonych przez procent równy liczbie pełnych lat poinsowych, jakie upłynęły od dnia wpłacenia danej składki do dnia naliczenia premii (art. 19 ust. 4 OWU nr (...)). Określenie świadczenia wynikającego z dożycia do wieku emerytalnego (premi) nie uległo zmianie przez okres trwania przedmiotowej umowy ubezpieczenia. Formalnie w pięciu ogólnych warunkach ubezpieczenia obowiązujących w trakcie trwania przedmiotowej umowy były dwa minimalnie różniące się określenia świadczenia wynikającego z dożycia do wieku emerytalnego, ale różnice w zapisach tego świadczenia nie były różnicami merytorycznymi z jedną różnicą; w ostatnich dwóch OWU liczba jednostek była ustalana według ceny sprzedaży ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa, następującej po dniu naliczania premii, a w pierwszych trzech OWU liczba jednostek była ustalana według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu naliczenia premii. Zgodnie z ogólnymi warunkami indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego premia miała być obliczana jako suma poszczególnych opłaconych składek podstawowych pomnożonych przez liczbę pełnych lat polisowych, jakie upłynęły od dnia

opłacenia danej składki do dnia naliczenia premii i podzielonych przez 100 (sto). Do rachunku została dopisana liczba jednostek uczestnictwa, wynikająca z podzielenia premii przez cenę sprzedaży ustaloną podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu naliczenia premii. Jednostki uczestnictwa zostały dopisane do poszczególnych funduszy zgodnie z obowiązującą alokacją składki podstawowej. Określenie premii nie uległo zmianie przez okres trwania przedmiotowej umowy ubezpieczenia. Formalnie w pięciu ogólnych warunkach ubezpieczenia obowiązujących w trakcie trwania przedmiotowej umowy były dwa minimalnie różniące się określenia premii, ale różnice w zapisach tego świadczenia nie były różnicami merytorycznymi. Jedyną różnicą jest to, że w ostatnich dwóch ogólnych warunkach ubezpieczenia liczba jednostek była ustalana według ceny sprzedaży ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu naliczenia premii, a w pierwszych trzech ogólnych warunkach ubezpieczenia liczba jednostek była ustalana według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu naliczenia premii. Zgodnie z ogólnymi warunkami indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego premia miała być obliczana jako suma poszczególnych opłaconych składek podstawowych pomnożonych przez liczbę pełnych lat polisowych, jakie upłynęły od dnia opłacenia danej składki do dnia naliczenia premii i podzielonych przez 100 (sto). Do rachunku została dopisana liczba jednostek uczestnictwa, wynikająca z podzielenia premii przez cenę sprzedaży ustaloną podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu naliczenia premii. Jednostki uczestnictwa zostały dopisane do poszczególnych funduszy zgodnie z obowiązującą alokacją składki podstawowej. Określenie premii nie uległo zmianie przez okres trwania przedmiotowej umowy ubezpieczenia. Formalnie w pięciu ogólnych warunkach ubezpieczenia obowiązujących w trakcie trwania przedmiotowej umowy były dwa minimalnie różniące się określenia premii, ale różnice w zapisach tego świadczenia nie były różnicami merytorycznymi. Jedyną różnicą jest to, że w ostatnich dwóch ogólnych warunkach ubezpieczenia liczba jednostek była ustalana według ceny sprzedaży ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu naliczenia premii, a w pierwszych trzech ogólnych warunkach ubezpieczenia liczba jednostek była ustalana według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu naliczenia premii.

Sąd Okręgowy ustalił także, że pozwana dodatkowo na podstawie wniosku z dnia 21 września 2004 r. zawarła z powódką umowę o prowadzenie Indywidualnego Konta Emerytalnego (Umowa IKE) do umowy ubezpieczenia. Wniosek został przekazany do powódki w dniu 23 września 2004 roku. W wyżej opisanym wniosku o zawarcie Umowy IKE pozwana potwierdza, że otrzymała „Załącznik nr (...) do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego”. W tym samym wniosku pozwana złożyła oświadczenie, w którym potwierdziła również, że otrzymała warunki odnoszące się do Umowy głównej, tj. Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego Nr (...). Na moment zawierania umowy składka podstawowa była skalkulowana na poziomie 328,98 zł, a regularna na poziomie 286,25 zł (łącznie 615,23 zł). W trakcie trwania Umowy IKE załącznik do ogólnych warunków umowy uległ zmianie jednokrotnie w 2008 roku. Nowy Załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia przyjęto uchwałą Zarządu Powódki z dnia 30 grudnia 2008 roku (nr uchwały (...)). Zmianą tą wprowadzono do przedmiotowej umowy „Załącznik (...) do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego”. Nowy załącznik przekazano pozwanej wraz z listem powódki z dnia 11 lutego 2009 roku. W treści listu jest informacja o tym, że nowy dokument tj. załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia jest przekazywany wraz z nim. Jest również opis wprowadzonych zmian, jak również informacja, że pozwana może wypowiedzieć umowę w trybie art. 26 tego załącznika, jeśli zmian tych nie akceptuje.

Co do przebiegu ubezpieczenia Sąd Okręgowy ustalił, że w trakcie trwania umowy pozwana złożyła wniosek o zawieszenie opłacania składek na umowie polisy (...) w dniu 23 września 2003 r. i obejmował on okres 12 miesięcy. W związku z zaległością w opłacaniu składek, pismem z dnia 27 sierpnia 2011 r. powódka poinformowała pozwaną, że nastąpiło automatyczne zawieszenie obowiązku opłacania składek na 12 miesięcy tj. od dnia 25 maja 2011 r. do 25 maja 2012 r. Zawieszenie opłacania składek na tej samej polisie miało jeszcze miejsce do kwietnia 2013 roku. Ponadto w trakcie trwania umowy pozwana dokonywała różnego rodzaju zmian dotyczących alokacji składki, indeksacji składki, zmiany jej wysokości. Jeśli chodzi o alokację składki wnioski takie składała: - w dniu 26 kwietnia 2000 r. wnosząc o lokowanie w jednostki uczestnictwa w Funduszu Mieszanym; - w dniu 7 lutego 2009 r. wnosząc o lokowanie składek na Fundusz Obligacji i Fundusz Dynamiczny po 50 % każdy. W dniu 2 maja 2000 r. wniosła o podwyższenie miesięcznej składki do kwoty 530 zł. Kolejne indeksacje dotyczyły składki 530 zł, przy czym w związku z zawarciem umowy IKE

we wrześniu 2004 r. miesięczna składka wynosząca wówczas po indeksacji 615,23 zł została podzielona na dwie umowy: składka podstawowa na umowę (...) wyniosła 328,98 zł, zaś na IKE1 - 286,25 zł. W dniu 3 czerwca 2009 r. pozwana wniosła o obniżenie składki podstawowej na polisie (...) do kwoty 20 zł, wskazując na przejściowe trudności finansowe. Jednocześnie wniosła o zaniechanie indeksacji składki. Wniosek został zaakceptowany i wysokość składki dla indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego (...) skalkulowano na 20 zł. Późniejsza indeksacja dotyczyła stawki 20 zł. W lutym 2014 r. pozwana wniosła o ustalenie składki na 350 złotych. Pozwana kilkakrotnie składała dyspozycje zwrotu części środków z rachunków obu zawartych umów. W dniu 23 sierpnia 2004 r. złożyła wniosek o zwrot wartości wykupu na konto polisy (...). W dniu 12 marca 2012 r. wniosła o przeksięgowanie kwoty 3424,94 zł z IKE z polisy E. R. na zaległe składki na polisach: E. R. kontrakt (...), E. R. kontrakt (...) i K. R. kontrakt (...) W dniu 4 października 2012 r. wniosła o wypłatę kwoty 37.400 zł z IKE z polisy E. R., powołując się na przejściowe problemy finansowe. Kolejny wniosek o wypłatę złożyła już w dniu 11 stycznia 2013 r. Otrzymała wypłatę 10.568,16 zł. Wszystkie wnioski były realizowane przez powódkę. W trakcie trwania umowy, powódka wielokrotnie wysyłała do pozwanej informacje o tym, że składki z tytułu umowy nie są opłacane na bieżąco, wzywając ją do dokonania wpłaty w najkrótszym terminie, pod rygorem rozwiązania umowy. Corocznie powódka wysyłała do pozwanej tzw. listy rocznicowe, w których wskazywała wysokość wartości wykupu na dany dzień przysługującej pozwanej w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia. Wskazywane były także ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej i Umowy !KE, które miały zastosowanie do wiążącej strony umowy ubezpieczenia. Z czasem informacje stawały się bardziej szczegółowe i wskazywały ilość jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych, zakupionych za uiszczane składki, a także wartość wykupu umowy ubezpieczenia.

Co do wartości wykupu Sąd Okręgowy ustalił, że wynosiła ona w przypadku umowy ubezpieczenia na moment poszczególnych rocznic: 25 maja 2008 roku – 57.037,96 złotych, 26 maja 2009 roku – 57.644,79 złotych, 28 maja 2010 roku – 64.486,04 złotych, 28 maja 2011 roku – 69.430,20 złotych, 28 maja 2012 roku – 66.840,43 złotych, 27 maja 2013 roku – 76.018,80 złotych. Pozwana otrzymywała od opiekuna listy rocznicowe i mogła zapoznać się z ich treścią.

Co do sumy wpłat pozwanej na umowę ubezpieczenia (...), której była ona stroną, Sąd Okręgowy wskazał kwotę 48.303,47 zł. Kwota ta uwzględnia składki za całość tej umowy. Kwota ta nie uwzględnia składek na IKE, ale wypłata z tytułu IKE została wypłacona pozwanej odrębnie od wypłaty z tytułu umowy (...). Wpłaty na IKE wyniosły 53.819,05 zł. Łącznie wpłaty na poczet obu umów wyniosły 102.442,14 zł. Pozwana praktycznie przez cały okres trwania umowy opłacała składki po terminie, z wyjątkiem składki pierwszej. Tylko trzy składki wpłacone były przed terminem. Powódka przyjmując do obliczania datę wymaganej wpłaty, a nie datę opłacenia składki, nie działała zgodnie z ogólnymi warunkami, ale działała na korzyść pozwanej.

W dniu 14 lutego 2014 r. pozwana wniosła o wypłatę wszystkich środków z polisy (...) zgromadzonych na rachunku IKE, w związku z nabyciem uprawnień emerytalnych. Pismem z dnia 17 lutego 2014 r. została poinformowana, że wniosek został zaakceptowany i otrzyma wypłatę w kwocie 5592,96 zł. W dniu 25 lutego 2014 roku pozwana zadzwoniła do powódki z pytaniem dotyczącym symulacji premii na jej umowie ubezpieczenia. W odpowiedzi na to zapytanie, powódka wysłała do pozwanej pismo, w którym przedstawiła wyjaśnienia dotyczące premii tj. jak jest obliczana premia, kiedy zostanie naliczona i jaka jest jej wysokość - 6.751,73 zł. Premia miała zostać wypłacona zgodnie z umową po pierwszej rocznicy po ukończeniu przez pozwaną 60 roku życia tj. 25 maja 2014 r. List rocznicowy z dnia 14 kwietnia 2014 r. zawierał informacje przygotowane na dzień 12 kwietnia 2014 r. i zgodnie z nimi nominalna wartość wpłaconych składek na poczet indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego (...) wyniosła 47.390,83 zł. Wartość wykupu została wskazana na 79.482,14 zł. W dniu 25 maja 2014 r. upłynęła 15 rocznica trwania umowy i zaistniała podstawa do naliczenia premii zgodnie z warunkami umowy. W dniu 27 maja 2014 r. pozwana E. R. złożyła dyspozycję wypłaty wartości wykupu (rozwiązanie umowy ubezpieczenia). Zgodnie z dyspozycją należność wynikająca z umowy miała zostać przelana na rachunek bankowy jej córki K. R.. Jako powód rezygnacji z umowy ubezpieczenia wskazano nabycie uprawnień emerytalnych i potrzebę środków na leczenie. W treści dyspozycji zostało dopisane, że sprawa jest pilna z uwagi na podjęte leczenie wzroku.

W dniu 10 czerwca 2014 roku do pozwanej skierowano informacje o ubezpieczeniu, wskazując że wartość wykupu na dzień 25 maja 2014 roku wynosi 87.988,86 zł. Nadto wskazano, iż została naliczona premia w wysokości 6.751,24 zł oraz, że za tę kwotę zgodnie z obowiązującą alokacją składki podstawowej zostały zakupione jednostki ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. W dniu 12 czerwca 2014 roku jednostki uczestnictwa, jakie zostały zapisane na polisie pozwanej, zostały spieniężone i środki w kwocie 88.850,45 zł zostały wypłacone na wskazany przez pozwaną rachunek tj. córki K. R.. Kwota ta obejmowała wszystkie należności wynikające z tej umowy, łącznie w naliczoną premią. Powódka wysłała do pozwanej pismo z dnia 12 czerwca 2014 roku informujące o wypłacie kwoty 88.850,45 zł, która stanowi świadczenie z tytułu łączącej strony umowy Indywidualnego Ubezpieczenia Emerytalnego ((...)).

Po prawidłowym zrealizowaniu wypłaty wartości wykupu na podstawie dyspozycji pozwanej, wypłata została odznaczona w systemie wypłat, jednak faktu tego nie odnotowano w systemie komputerowym dotyczącym samych umów; polisa pozostawała nadal aktywna i były jej przypisane jednostki uczestnictwa, które uprzednio zostały spieniężone. Polisa, pomimo braku wpłat, zgodnie z warunkami umowy, pozostawała aktywna jeszcze przez 90 dni. Po upływie tego czasu „rozwiązała się” na skutek nieopłacenia składek i postąpiono, w standardowy w takiej sytuacji sposób, czyli poinformowano pozwaną listem, że jej umowa rozwiązała się na skutek nieopłacenia składek. Powódka pismem z dnia 10 września 2014 roku poinformowała pozwaną o powyższej wypłacie oraz poprosiła o wskazanie numeru rachunku bankowego. Pozwana pismem z dnia 10 września 2014 roku wskazała nr rachunku bankowego.

W dniu 26 września 2014 roku, z powodu błędu pracownika, powódka ponownie dokonała wypłaty na rzecz pozwanej kwoty 89.545,44 zł. Błąd został ujawniony w grudniu 2014 r. Od razu podjęto próbę telefonicznego kontaktu z pozwaną na dwa numery telefonów, jakimi dysponował ubezpieczyciel. Pierwszy kontakt telefoniczny miał miejsce w dniu 14 grudnia, jednak pozwana nie odebrała telefonu. O zaistniałej sytuacji został również poinformowany opiekun klienta C. B., który również informował o braku kontaktu z pozwaną od dłuższego czasu. Przekazał on telefon kontaktowy do córki pozwanej K. R.. A. D., której powierzono zadanie kontaktu z pozwaną, udało się rozmawiać telefonicznie z matką pozwanej W. K. oraz córką pozwanej K. R.. Z tą ostatnią miała kontakt dwukrotnie, w marcu i czerwcu 2015 r. Żadna z nich nie udzieliła informacji w jaki sposób można skontaktować się z pozwaną. K. R. poinformowała, że ona osobiście nie dzwoni do mamy, kontakt zawsze jest ze strony pozwanej. Obiecała przekazanie adresu mailowego matki w ciągu tygodnia od ostatniej rozmowy, czego nie uczyniła, jak też następnie nie odbierała połączeń od powódki. W. K., informowała rozmówczynię, że przekazywała pozwanej informację o konieczności skontaktowania się z powódką. Powódka, kilkakrotnie wzywała pozwaną do zwrotu świadczenia wysyłając na adres którym pozwana się posługiwała tj. ul (...) w S., wezwania do zapłaty, między innymi z dnia 4 stycznia 2015 roku, 10 marca 2015 roku, 11 marca 2015 roku, 19 czerwca 2015 roku, 7 lipca 2015 roku, 18 stycznia 2016 roku (na adres: ul. (...), W. oraz 20 kwietnia 2016 roku. Jedno z wezwań zostało skierowane przez kuriera. Nadto do miejsca zamieszkania pozwanej udał się osobiście C. B., jednak nie udało mu się skontaktować z pozwaną. Wezwania pozostały bez reakcji ze strony pozwanej. Pozwana, w związku ze zwyrodnieniem plamki żółtej od 14 kwietnia 2014 roku leczy się u specjalisty chorób oczu O. P., z przerwą od grudnia 2014 roku do czerwca 2015 roku. W związku ze swoim schorzeniem do 4 września 2016 r. wykonano 3 iniekcje leku, który nie jest refundowany. W związku z leczeniem pozwana otrzymywała wsparcie finansowej od swojej córki. Mąż pozwanej cierpi na chorobę wieńcową wielonaczyniową, nadto przeszedł zawał serca. W kwietniu 2015 roku był leczony w Klinice Kardiologii Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w S..

Mając na uwadze powyższe ustalenia Sąd Okręgowy uznał powództwo za w pełni uzasadnione. Jako podstawę żądania wskazał przepis art. 410 § 2 k.c. w zw. z art. 405 k.c. Dodał, że na podstawie art. 410 § 1 k.c. przepisy regulujące instytucję bezpodstawnego wzbogacenia stosuje się w szczególności do świadczenia nienależnego.

Zauważył, że poza sporem w niniejszej sprawie było, że strony związane były umowami, w tym umową ubezpieczenia Indywidualnego Ubezpieczenia Emerytalnego ((...)) potwierdzoną polisą nr (...). Dniem rozpoczęcia odpowiedzialności powódki był 25 maja 1999 roku. Umowa ta polegała na tym, iż wpłacana przez pozwaną składka ubezpieczeniowa była inwestowana w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, poprzez nabywanie jednostek uczestnictwa. Nie było objęte sporem również to, że pozwana E. R. otrzymała od powódki dwie wypłaty z tytułu tej

umowy: w dniu 12 czerwca 2014 roku w kwocie 88.850,45 zł i w dniu 26 września 2014 roku w kwocie 89.545,44 zł. Zakresem sporu objęte były: treść umowy ubezpieczenia, a w szczególności jakie świadczenia przysługiwały pozwanej w związku z zawartą umową, wysokość wpłat na poczet umowy, zaistnienie przesłanek powodujących wygaśnięcie obowiązku zwrotu.

Stwierdził dalej Sąd Okręgowy, że zgodnie z ogólnymi warunkami indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego z chwilą dożycia wieku emerytalnego pozwana nabywała prawo do świadczenia równego wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku z uwzględnieniem jednostek uczestnictwa dopisanych do rachunku w wyniku naliczenia premii. Jeśli natomiast chodzi o premię to wedle ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego premia miała być obliczana jako suma poszczególnych opłaconych składek podstawowych pomnożonych przez liczbę pełnych lat polisowych, jakie upłynęły od dnia opłacenia danej składki do dnia naliczenia premii i podzielonych przez 100 (sto). Do rachunku została dopisana liczba jednostek uczestnictwa, wynikająca z podzielenia premii przez cenę sprzedaży ustaloną podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu naliczenia premii. Jednostki uczestnictwa zostały dopisane do poszczególnych funduszy zgodnie z obowiązującą alokacją składki podstawowej.

Sąd Okręgowy zauważył, że pozwana corocznie była informowana przez ubezpieczyciela o wysokości środków ulokowanych w funduszach, wartości odkupu, jako że przekazywane były jej listy rocznicowe. Dodatkowo w dniu 28 lutego 2014 roku powódka wysłała do pozwanej pismo, w którym przedstawiła wyjaśnienia dotyczące premii tj. jak jest obliczana premia, kiedy zostanie naliczona i jaka jest jej wysokość - 6.751,73 złotych.

Nie ulega więc wątpliwości zdaniem Sądu Okręgowego, że powódka wskutek błędu, dokonała na rzecz pozwanej dwukrotnie wypłaty tej samej należności. Co prawda kwoty te nie były takie same jednakże różnica wynikała tylko z tego faktu, iż umowa którą pozwana zawarła była związana z jednostkami uczestnictwa, a te na skutek upływu czasu zmieniały swoją wartość. W tej sprawie Sąd Okręgowy powołał się na opinię biegłego aktuariusza w celu ustalenia jakie potencjalnie należności mogła otrzymać pozwana. Biegły potwierdził, iż kwota 88.850,45 zł obejmowała wszystkie należności wynikające z przedmiotowej umowy. Nadto z dokumentów, która pozwana otrzymywała od powódki wynikało, że premia nie może stanowić tej samej należności co kwota wpłacona, ale co najwyżej pewien jej procent. Zgodnie z przywoływaną już definicją premia miała być obliczana jako suma poszczególnych opłaconych składek podstawowych pomnożonych przez liczbę pełnych lat polisowych, jakie upłynęły od dnia opłacenia danej składki do dnia naliczenia premii i podzielonych przez 100, a więc z założenia nie mogła stanowić równowartości wpłat.

Nie ma więc zdaniem Sądu Okręgowego żadnych podstaw aby traktować ponownie wypłaconą kwotę 89.545,44 zł jako premię, jak to utrzymywała pozwana, nie przedstawiając poza swoimi twierdzeniami żadnych dowodów pozwalających na przyjęcie odmiennego stanowiska. Powódka z kolei skutecznie wykazała, jak powinna być wyliczona premia, jaka była jej wysokość oraz fakt, iż do ponownej wypłaty doszło jedynie przez błąd jej pracownika. Powyższe zostało również potwierdzone przez powołanego w sprawie biegłego.

Sąd Okręgowy stwierdził także, że w okolicznościach niniejszej sprawy nie mogła przeciwko zasadności żądania pozwu przemawiać regulacja art. 411 pkt 1 k.c. stanowiącego, że nie można żądać zwrotu świadczenia, jeżeli spełniający świadczenie wiedział, że nie był do świadczenia zobowiązany, chyba że spełnienie świadczenia nastąpiło z zastrzeżeniem zwrotu albo w celu uniknięcia przymusu lub w wykonaniu nieważnej czynności prawnej. Omawiane wyłączenie ma zastosowanie w odniesieniu do żądania zwrotu świadczenia, które zostało spełnione w wykonaniu nieistniejącego zobowiązania, a przesłanka wiedzy musi być interpretowana ściśle. Spełniający świadczenie musi mieć świadomość swojej sytuacji faktycznej oraz prawnej i mimo że wie, że nie jest zobowiązany, spełnia świadczenie. Innymi słowy, musi istnieć po stronie spełniającego świadczenie całkowita świadomość tego, iż świadczenie się nie należy i że spełniający je może bez ujemnych dla siebie konsekwencji prawnych go nie wykonać, a mimo to je spełnia. W orzecznictwie przyjmuje się, że wątpliwości co do obowiązku spełnienia świadczenia nie można utożsamiać z pozytywną wiedzą dłużnika o braku powinności spełnienia świadczenia, nawet jeżeli są poważne (tak Sąd Najwyższy m.in. w wyrokach: z dnia 12 grudnia 1997 r. (III CKN 236/97, z dnia 10 czerwca 2003 r., I CKN 390/01 i z dnia 14 stycznia 2015 r., II CSK 248/14). Z wiedzą w rozumieniu art. 411 pkt 1 k.c. nie może być

zrównana sytuacja, w której świadczący wprawdzie nie wie o nieistnieniu zobowiązania, ale niewiedza ta jest wynikiem niedochowania należytej staranności albo jest w inny sposób zawiniona. Spełniający świadczenie o którym mowa w art. 411 pkt 1 k.c. nie wie, że nie jest zobowiązany do świadczenia, gdy działa pod wpływem błędu - jest w przekonaniu, że spełnia należne świadczenie, choć przekonanie to nie ma oparcia w okolicznościach lub jest wynikiem mylnego o nich wyobrażenia. Nie ma znaczenia kto wywołała ten błąd jak również, że spełniający świadczenie, przy dołożeniu należytej staranności mógł się dowiedzieć, że do świadczenia nie jest zobowiązany, a nawet że błąd został zawiniony przez spełniającego świadczenie. Powołując się na orzecznictwo Sąd Okręgowy stwierdził, że strona, która swoim zachowaniem spowodowała, że świadczenie zostało spełnione w wyższej wysokości niż powinno, nie może z powołaniem się na art. 411 pkt 1 k.c., odmawiać zwrotu nienależnej części świadczenia, nawet jeżeli jej kontrahent miał możliwość ustalenia jaka powinna być wysokość świadczenia, które spełnił". Sąd Okręgowy wskazał, że pozwana miała możliwość wyjaśnienia sytuacji, a mimo to nie podjęła żadnych działań w tym kierunku. Będąc wezwana we wrześnie do wskazania rachunku bankowego, na który ma być wpłacona należność z umowy, która uprzednio została przez nią rozwiązana, nie uczyniła tego, zaś błąd po stronie pracownika powódki spowodował kolejną wypłatę. Nie ma przy tym znaczenia, że błąd dotyczy ubezpieczyciela dysponującego fachową obsługą, zawsze bowiem czynnik ludzki może okazać się zawodny.

Odnosząc się z kolei do zarzutu pozwanej, że uzyskana przez nią kwota została zużyta Sąd Okręgowy stwierdził, że powinność w rozumieniu art. 409 k.c. oznacza zarówno sytuację, w której zobowiązany do zwrotu wiedział, że korzyść mu się nie należy, jak również sytuację, gdy co prawda był subiektywnie przekonany, iż korzyść mu się należy, lecz na podstawie okoliczności sprawy powinien się liczyć z możliwością obowiązku zwrotu. Wskazał, że pozwana powinna była liczyć się z koniecznością zwrotu uzyskanego nienależnie świadczenia. Za gołosłowne Sąd ten przyjął twierdzenia pozwanej jakoby otrzymana kwota została zużyta w ten sposób, że pozwana nie jest wzbogacona. Dowód zużycia lub utraty korzyści ciąży na zobowiązanym do zwrotu korzyści (art. 6 k.c.), natomiast pozwana poza swymi lakonicznymi twierdzeniami oraz zeznaniami swej córki K. R., które były w tej mierze równie ogólne, nie wykazała, iżby faktycznie zużyła otrzymane nienależnie świadczenie w ten sposób, iż nie jest już wzbogacona. Przedstawione przez pozwaną dowody w postaci zaświadczeń lekarskich można rzeczywiście powiązać powyższe z datą rozpoczęcia leczenia, gdyż z zaświadczenia wystawionego przez lekarza O. P. wynika, iż właśnie w połowie 2014 roku skontaktowała się z tym lekarzem. Natomiast pozostaje to w oczywistej sprzeczności z zeznaniami świadka K. R. i samej pozwanej, które utrzymywały że proces leczenia trwał już wcześniej i pochłonął znaczne środki, które były finansowane przez K. R.. Podkreślił także Sąd Okręgowy, że wzmiankowany przepis dotyczy wyłącznie takich sytuacji, w której rozporządzenie uzyskaną korzyścią ma charakter bezproduktywny. O ile natomiast wzbogacony przeznacza korzyść bądź to na uregulowanie swoich zobowiązań, bądź też uzyskuje za nią określone surogaty, to pozostaje zobowiązany do zwrotu korzyści bądź jej wartości (art. 405 k.c. in fine i art. 406 k.c.).

Wziął też Sąd Okręgowy pod uwagę zupełną niekonsekwencję w twierdzeniach pozwanej, która wskazywała, że potrzebowała tych środków na leczenie, zaś w czasie przesłuchania na rozprawie podała, że niezbędne środki otrzymała wcześniej od córki, a w zamian zobowiązała się je zwrócić i dlatego też do pierwszej wypłaty wskazała rachunek córki. Z przedłożonych zaświadczeń, zarówno dotyczących pozwanej, jak i jej męża, wynika, że przed pierwszą wypłatą nie przebiegał żaden proces leczenia. W tym miejscu, na marginesie, Sąd ten wskazał, że dokumenty złożone przez stronę pozwaną po rozprawie w dniu 14 maja 2018 roku nie mogły zostać dopuszczone, gdyż nastąpiło to po zamknięciu rozprawy i nie mogą stanowić podstawy ustaleń.

Nie są prawdziwe, a tym samym wiarygodne zdaniem Sądu Okręgowego twierdzenia pozwanej, iż miała w stosunku do córki jakiegokolwiek zobowiązania finansowe, nadto chodzi o drugą wypłatę, bowiem pierwsza wypłata była świadczeniem należnym i wynikała wprost z zawartej przez strony umowy.

Sąd I instancji wskazał, że pozwana unikała kontaktu z powódką - nie odbierała korespondencji oraz telefonów i to pomimo interwencji również u członków jej rodziny. Takie zachowanie pozwanej prowadzi do wniosku, że pozwana od samego początku miała pełną świadomość, że kwota przez nią otrzymana była świadczeniem nienależnym.

Co do twierdzeń pozwanej, że suma wpłat przewyższała przyznane świadczenie Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że jej wpłaty dotyczyły dwóch umów, zaś świadczenie powoda jednej z nich. Nadto, jak stwierdzono, skoro pozwana twierdziła że wpłaty na poczet umowy były wyższe, aniżeli wynikało to z dowodów przedstawionych przez powódkę, to powinna tę okoliczność wykazać, nie wystarczy sama negacja.

Reasumując Sąd Okręgowy nie miał żadnych wątpliwości, że druga wypłata tj. kwota 89.545,44 zł była świadczeniem nienależnym, a co więcej brak podstaw do uznania, że pozwana ją zużyła, co skutkowało musiało uwzględnieniem powództwa w całości.

O odsetkach Sąd ten orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c., przyjmując, że termin spełnienia świadczenia musi być wyznaczony zgodnie z dyspozycją art. 455 k.c. Powódka mimo podejmowanych prób, nie była w stanie przed wniesieniem pozwu doręczyć pozwanej wezwania do spełnienia świadczenia. Uznał więc Sąd Okręgowy, że pozwana została skutecznie wezwana do zwrotu świadczenia wraz z doręczeniem jej odpisu pozwu. Wobec powyższego Sąd ten, zgodnie z wnioskiem strony powodowej uznał, że odsetki ustawowe należne są od dnia następującego po upływie 7 dni od dnia doręczenia pozwu. Skoro nakaz zapłaty wraz z odpisem pozwu doręczono pozwanej w dniu 8 sierpnia 2016 r., to tym samym odsetki należało zasądzić od dnia 16 sierpnia 2016 r.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, wyrażoną w treści art. 98 k.p.c. Mając na uwadze, iż pozwana przegrała postępowanie w całości, została zobowiązana do zwrotu na rzecz powódki poniesionych przez nią kosztów sądowych, na które składa się kwota 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, którego wysokość została określona w oparciu o rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych, ale w brzmieniu obowiązującym sprzed 12 października 2016 r., czyli bez zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1667). Sprawa niniejsza została bowiem wszczęta w dniu 12 lipca 2016 r., zaś zgodnie z przepisem przejściowym zawartym w § 2 tego rozporządzenia, do spraw wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe do czasu zakończenia postępowania w danej instancji. Przy zakreślonej wartości przedmiotu sporu stawka minimalna wyniosła 7200 zł (§ 2 pkt 6 rozporządzenia). Dodatkowo do kosztów należało doliczyć 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa, 4.478 zł tytułem opłaty od pozwu, 2.076,62 zł tytułem wykorzystanej części zaliczki na potrzeby opinii biegłego (1796 zł + 280,62 zł). Dodatkowo Sąd uwzględnił koszty objęte spisem kosztów, którym co do zasady Sąd jest związany. Na wszystkich wyszczególnionych w spisie kosztów rozprawach był obecny pełnomocnik zawodowy powódki. Sąd nie miał zastrzeżeń do przedstawionego spisu kosztów. Łącznie koszty te objęły 1827,65 zł i podlegała ona zasądzeniu razem z pozostałymi kosztami w kwocie 13.771,62 zł. Sąd uwzględniając przebieg postępowania, postawę pozwanej nie znalazł podstaw do odstąpienia od obciążenia jej kosztami, zresztą pozwana takiego wniosku nie składała. Nadto kierując się przepisami art. 84 ust. 1 w zw. z art. 80 ust. 1 ustawy z dnia 28

lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 300) Sąd zwrócił powódce niewykorzystaną część zaliczki na biegłego w kwocie 923,38 zł (3000 zł - 2076,62 zł), o czym orzeczono w punkcie III wyroku.

Pozwana wniosła apelację od tego wyroku, zaskarżając go w całości. Wyrokowi zarzuciła:

I. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, że pozwana nie wykazała, że uzyskane świadczenie zostało zużyte; poprzez przyjęcie, że pozwana miała świadomość, że druga transza to świadczenie nienależne; poprzez szczególnie rygorystyczne zastosowanie zasady rozkładu ciężaru dowodowego w stosunku do pozwanej, będącej osobą fizyczną, do tego znajdującą się w ciężkim stanie zdrowia oraz posiadającą trudną sytuację osobistą, zaś rozluźnienie tej zasady w stosunku do powódki, będącej podmiotem profesjonalnym, na każdym etapie sprawy reprezentowanym przez profesjonalnych i wykwalifikowanych pełnomocników z różnych dziedzin, nie tylko prawa.

II. naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na rozpoznanie niniejszej sprawy to jest art. 217 § 1 i 2 w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku pozwanej o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego z zakresu aktuariatu, względnie matematyki finansowej, podczas, gdy dowód ten dotyczy okoliczności mających dla sprawy podstawowe znaczenie, zwłaszcza w sytuacji, gdy z treści opinii biegłego dopuszczanej na rozprawie wynikają wątpliwości, które przez biegłego nie zostały wyjaśnione, a to z uwagi na brak odpowiedniego postanowienia Sądu w tym zakresie; niedopuszczenie złożonych po rozprawie dodatkowych dokumentów medycznych w tym sensie, że Sąd I instancji nie poczynił na ich podstawie ustaleń (co w konsekwencji prowadziło do dokonania błędnych ustaleń w zakresie przebiegu mojej choroby, w tym zwłaszcza momentu jej powstania, jak i diagnozy), bez wskazania podstawy prawnej takiego rozstrzygnięcia (za takową nie mogę uznać sformułowania, cytuję, „tak na marginesie”), gdy ja składając pismo z załącznikami wyraźnie wskazałam, że stanowią one załączniki do pisemnego wniosku o otwarcie rozprawy na nowo w celu dołączenia do materiału dowodowego sprawy dodatkowych dowodów, argumentując, że taka konieczność powstała na skutek m.in. nieprawdziwych twierdzeń pełnomocnika powódki zawartych w mowie końcowej, że rzekomo w aktach nie ma dowodów potwierdzających istnienie u mnie i mojego męża poważnych chorób, których leczenie wymaga poważnych nakładów finansowych; nieodrzuconie pozwu pomimo nie zachowania przez powódkę obowiązków wynikających z przepisów kodeksu postępowania cywilnego; oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z przesłuchania w charakterze świadka I. K., względnie innych doradców ubezpieczeniowych, z którymi negocjowałam warunki zawarcia umowy ubezpieczenia;

III. naruszenie przepisów postępowania, a więc art. 233 k.p.c. w zw. z art. 3 k.p.c., poprzez naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów, która w niniejszej sprawie przybrała charakter dowolnej, polegające na tym, że Sąd pierwszej instancji:

- w sposób dowolny ocenił zeznania pozwanej oraz świadka K. R. w zakresie braku świadomości o konieczności zwrotu świadczenia, rzekomego unikania kontaktu z powódką, jak również zużycia uzyskanych środków z tej tylko racji, co Sąd I instancji wprost wyartykułował, że pozwanej zależy na korzystnym dla niej wyniku sprawy, zaś świadkowi jako córce pozwanej zależy na tym, by sprawa została rozstrzygnięta na korzyść matki, czyli pozwanej, gdy tymczasem Sąd I instancji ma obowiązek odnieść się do każdego dowodu i każdy dowód ocenić, nie kierując się elementami pozaprawnymi. W istocie bowiem przyjęcie z góry takiego stereotypu jak przyjęta linia obrony i relacja matka - dziecko prowadzi do nierzetelnej oceny dowodów, ponadto Sąd winien precyzyjnie wskazać, dlaczego, jak to jest ujęte na str. 23 uzasadnienia, świadek K. R. jest „w oczywisty sposób zainteresowana rozstrzygnięciem sporu na korzyść pozwanej”,

- w sposób dowolny, a nadto całkowicie wypaczony ocenił zeznania matki pozwanej, W. K., przyjmując, że pomimo podeszłego wieku i problemów ze słuchem prowadziła rozmowy telefoniczne z niezidentyfikowanymi osobami twierdzącymi, że dzwonią w imieniu powódki, godząc się na przekazanie mi treści tych rozmów jako ich właściwemu adresatowi, względnie zapisując numery telefonów osób, które rzekomo w imieniu powódki do mnie dzwoniły, gdy tymczasem matka i córka pozwanej, oraz pozwana, podnosiły, że matka pozwanej miała i ma problemy z pamięcią, ze słuchem i koncentracją, a w związku z tym przekazywanie jej informacji czy poleceń nie może być skuteczne;

- w sposób dowolny i sprzeczny właściwie z całym materiałem dowodowym przyjął, że powódka informowała pozwaną o czymkolwiek, przesyłała pisma, wezwania, informacje itd., gdy powódka nie przedstawiła dowodów potwierdzających nadanie większości dokumentów, na które się powołuje, a które twierdzi, że wysłała.

- w sposób dowolny i sprzeczny właściwie z całym materiałem dowodowym przyjął, że pozwana celowo uchylała się od odbioru kilku przesyłek powódki, zawierających wezwania do zapłaty, gdy tymczasem przesyłki te nie zostały odebrane, bo listonosz nie zastał adresata, ewentualnie drzwi były zamknięte, bo nikogo nie było w domu itd., a sytuacje takie miały miejsce z uwagi na fakt, że przesyłki były kierowane do miejsc, w których pozwana nie mieszkała, a więc nie mogły być przez nią odebrane, a tym samym treść korespondencji w nich zawartej nie mogła dotrzeć do jej świadomości;

- w sposób dowolny i sprzeczny właściwie z całym materiałem dowodowym przyjął, że w trakcie trwania umowy w jakikolwiek sposób pozwana ingerowała w inwestowanie swoich środków, wskazywała fundusze, w które należałoby

moje środki inwestować, dokonywała alokacji czy indeksacji, choć pozwana nie wie nawet, co te pojęcia w rozumieniu finansowym w ogóle znaczą, odmawiając wiarygodności jej zeznaniom w tym zakresie, jej zaprzeczeniom, albowiem pozwana nie zna się na sprawach finansowych czy ubezpieczeniowych, zostawiając te kwestie fachowcom, nie tylko pracującym bezpośrednio u powódki, ale także współpracującym z nią agentom, takim jak I. K., C. B. czy M. S.. Gdy Sąd ustalił, że pozwana składała jakieś pisma czy wnioski do powódki to były to pisma jedynie przez pozwaną podpisane, jak też przez wymienionych wyżej agentów ubezpieczeniowych, którzy byli faktycznymi inicjatorami tego, że jakiegokolwiek pisma z strony pozwanej były wysyłane do powódki, albowiem takie są obowiązki wynikające z umowy ubezpieczenia. Sąd I instancji przyjął zatem, że pozwana nie może zasłaniać się nieświadomością, bo „jest osobą wykształconą, w przeszłości zarządzała zespołem ludzi”, a do tego za jej namową inni pracownicy zawarli umowy ubezpieczenia;

- uznał za w pełni wiarygodne zeznań świadka A. D. z tej przyczyny, że skoro to nie świadek popełniła rzekomy błąd, to nie była osobiście zainteresowana wyjaśnieniem sprawy, co jednak należy uznać za absurdalne, zwłaszcza mając na względzie zeznania świadka, który wielokrotnie podnosił swoją lojalność do pracodawcy i wysoki poziom zaangażowania w wyjaśnieniu tej sprawy, co przejawiało się chociażby w wykonywaniu wielokrotnych telefonicznych połączeń do pozwanej, jej córki i matki, oraz podpisywania pism kierowanych do pozwanej, a nadto wyraźnie widocznej w nagraniu wideokonferencji pasji w składaniu zeznań, co tylko potwierdza jej wysokie zaangażowanie w wyjaśnienie tej konkretnej sprawy. Pozwana zaznaczyła, że Sąd I instancji ustalił, że to A. D. powierzono zadanie kontaktu ze pozwaną (str. 16 uzasadnienia), a w aktach znajdują się pisma złożone przez powódkę, których pozwana nie otrzymała, a z których wynika, że sporządziła je (a na pewno podpisała) właśnie A. D.. Pozwana zwróciła też uwagę na okoliczność, że świadek D. od czasu rzekomego wystosowania do pozwanej wezwań, co miało mieć miejsce w styczniu i marcu 2015 roku, do momentu przesłuchania, a więc dnia 12 grudnia 2016 roku, pełniła to samo stanowisko Starszego Doradcy Klienta u powódki. Lojalność wobec pracodawcy na pewno miała wpływ na jej działania. Tym samym to ustalenie stoi w oczywistej sprzeczności z ustaleniem, że świadek nie była zainteresowana wyjaśnieniem tej sprawy;

- w sposób dowolny przyjął, że pozwana miała świadomość tego, że druga transza jest świadczeniem nienależnym, a nie wynikającą z umowy premią;

- w sposób dowolny przyjął, że pozwana unikała kontaktu z powódką;

- w sposób dowolny przyjął, że pozwana nie zużyła uzyskanych świadczeń w sposób bezproduktywny i w taki sposób, że nie jest już wzbogacona, to jest na leczenia swoje i męża, co powoduje brak konieczności zwrotu;

- dowolnie przyjął, że uzyskane z premii środki nie były zużyte na leczenie męża pozwanej;

- dowolnie przyjął, że córka nie łożyła na pozwanej i jej i męża leczenie, gdy pozwana nie posiadała na to środków;

- sprzecznie ze znajdującym się w sprawie materiałem dowodowym przyjął, że leczenie pozwanej rozpoczęło się dopiero w połowie 2014 roku (choć na str. 17 uzasadnienia Sąd ustalił - sprzecznie z tym ustaleniem - że rozpoczęło się 14 kwietnia 2014 roku; niewątpliwie połowa kwietnia nie jest połową roku), jak również wyciągnął z treści dokumentów urzędowych w postaci zaświadczeń lekarskich całkowicie błędne wnioski co do przebiegu leczenia pozwanej, w tym zwłaszcza ilości wykonywanych iniekcji;

- w sposób dowolny i sprzeczny z dokumentami przyjął, że pozwana nie dokonała wpłat wyższych, aniżeli wskazywała powódka, dodatkowo nie czyniąc rzetelnych ustaleń w tym zakresie, a poprzestając na jako to jest zapisane na str. 23 uzasadnienia na „uproszczonym przeliczeniu” (zresztą błędnym, bo opartym na wybiórczo przeanalizowanym materiale dowodowym) chociażby przez przyjęcie, w jakiej wysokości faktycznie pozwana dokonała składek, co było istotne przed wszystkim dlatego, że zarówno powódka wskazywała różne kwoty, podnosząc różne sposoby dokonywania wyliczeń, jak i inne niż powódka i pozwana kwoty wskazał biegły aktuariusz, który dodatkowo opierał się w tworzeniu opinii na nieobiektywnym materiale dowodowym;

Mając na uwadze tak skonstruowane zarzuty pozwana wniosła o zmianę zaskarżanego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanej zwrotu kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego, według norm przepisanych z uwzględnieniem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa;

- ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do rozpoznania sądowi I instancji.

Nadto pozwana podtrzymała wniosek o:

- dopuszczenie dowodu opinii biegłego z zakresu aktuariatu i matematyki finansowej na okoliczność wskazane we wnioskach ustnych zgłoszonych na rozprawie, w pismach procesowych stanowiących zastrzeżenia do opinii biegłego oraz w treści niniejszej apelacji;

- dopuszczenie dowodu z załączonej do apelacji dodatkowej dokumentacji medycznej na okoliczność przebiegu leczenia pozwanej, w tym momentu rozpoczęcia tego leczenia.

W uzasadnieniu pozwana powołała się na wskazane wyżej zarzuty, zarzuciła też niekonsekwencję Sądu I instancji w kwestiach podstawowych, co miało polegać na tym, że zaskarżonym wyrokiem uwzględnił co do kwoty roszczenia powództwo w całości, a jednocześnie podniósł w treści uzasadnienia twierdzenia, które stoją w jawnej sprzeczności z tym rozstrzygnięciem. Tytułem przykładu pozwana podała spekulacje Sądu na temat kosztów leczenia jej choroby, gdzie skupia się zresztą Sąd jedynie na kosztach iniekcji, dokonując konkretnego wyliczenia, ale nie dokonuje potrącenia tej kwoty z kwoty żądanej pozwem.

Zapewniła, że nie miała świadomości, że druga wypłata dokonana przez powoda jest nienależna, nadto że kwotą tą zużyła na leczenie swoje i męża. Twierdziła nadto, że wpłaciła pozwanemu więcej, niż otrzymała przy pierwszej wypłacie.

Na koniec podniosła, że pozew powinien zostać odrzucony, ponieważ powódka zaniechała podjęcia próby mediacji oraz innego pozasądowego sposobu rozwiązania sporu, a to jest przecież obowiązkowe.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie od pozwanej zwrotu kosztów procesu za II instancję. Przedstawił twierdzenia kwestionujące zarzuty i wnioski apelacji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje

Apelacja pozwanej nie zasługuje na uwzględnienie.

W jej treści przedstawiono zarzuty naruszenia procedury cywilnej oraz naruszenia prawa materialnego, jednakże w zarzutach, które powołują naruszenia art. 6 k.c., a więc przepisu materialnoprawnego, w większości inkryminacji odnoszonych do tego przepisu skarżąca kwestionowała prawidłowość poczynionych ustaleń faktycznych, a więc w istocie odnoszą się one do normy art. 233 § 1 k.p.c.

Jedynie zarzut wskazujący na nierównomierne obciążenie stron obowiązkiem dowodzenia w jakimś stopniu nawiązuje do istoty normy art. 6 k.c., choć o naruszeniu tej normy można byłoby mówić tylko wówczas, gdyby sąd uznał, że ciężar dowodu spoczywa nie na tej stronie, która z określonych twierdzeń chce osiągnąć korzystne dla siebie skutki prawne. Skarżąca formułuje natomiast enigmatyczne twierdzenia o „szczególnie rygorystycznym stosowaniu zasady ciężaru dowodowego w stosunku do pozwanej”, natomiast o „rozluźnieniu tej zasady w stosunku do powódki”. Pozwana nie wyjaśniła bliżej tego rozróżnienia, jednakże jego treść nie wskazuje na zarzut obciążenia ciężarem dowodzenia nie tej strony, która z określonych twierdzeń wywodzi skutki prawne, lecz jej przeciwnika. Wskazuje raczej na zarzut przyjęcia, że wykazane zostały twierdzenia powoda, zaś niewykazane twierdzenia pozwanej, natomiast – jak już była mowa – stanowi to o kwestionowaniu dokonanych ustaleń faktycznych.

Również te zarzuty, które odnoszą się do przepisu art. 233 § 1 k.p.c. pokazują, że pozwanej chodzi w istocie o kwestionowanie niektórych ustaleń faktycznych Sądu I instancji oraz o zarzut nieuprawnionego przyjęcia, że inne fakty w niniejszej sprawie, podnoszone przez pozwaną, zostały uznane za niewykazane.

W zarzutach, w których pozwana wprost nawiązała do art. 233 § 1 k.p.c., zarzucając Sądowi Okręgowemu jego naruszenie, skarżąca wskazała te ustalenia, które Sąd I instancji jej zdaniem bezpodstawnie przyjął oraz te fakty, które Sąd ten zdaniem pozwanej bezpodstawnie pomiął. Wstępnie należy zauważyć, że poza polemiką z ustaleniami Sądu Okręgowego skarżąca nie podniosła okoliczności wskazujących na naruszenie przy ocenie dowodów zasad logiki czy doświadczenia życiowego, bądź zasad łączenia i wzajemnej zależności faktów wynikających z poszczególnych ustaleń, wreszcie zasad wnioskowania o faktach, które wprost nie wynikają z przeprowadzonych dowodów, lecz można jej stwierdzić w związku z innymi ustalonymi faktami. Należy zauważyć, że samo przedstawienie przez apelującego własnej wersji zdarzeń, istotnych przy rozstrzygnięciu sprawy, nie daje podstawy do skutecznego zanegowania ustaleń dokonanych przez Sąd I instancji (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 2000 roku, V CKN 17/00, OSNC 2000, nr 10, poz. 189). Choćby z treści materiału dowodowego można było dokonać równie dobrze innych ustaleń faktycznych, niż dokonane przez sąd, to przy braku uchybień sądu co do wskazanych wyżej zasad swobody w ocenie dowodów, ustalenia tego sądu muszą się ostać (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 roku, II CKN 817/00; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2002 roku, IV CKN 1050/00; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1999 roku, II UKN 685/98, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 sierpnia 1974 roku, I CR 338/74).

Przechodząc do poszczególnych zarzutów, na których apelująca oparła twierdzenie o błędnych ustaleniach Sądu Okręgowego trzeba zauważyć, że nie jest uzasadnione kwestionowanie dokonanej przez ten Sąd oceny wiarygodności świadków w osobach matki i córki pozwanej, w sytuacji gdy ocena tych dowodów została dokonana w kontekście całego materiału dowodowego, z którego z kolei nie wynikają fakty, które pozwana próbowała wykazać wymienionymi dowodami. Dopuszczalna była także, między innymi w podanym kontekście niezgodności niektórych twierdzeń córki pozwanej z innymi przeprowadzonymi dowodami, ocena, że córka pozwanej była zainteresowana pozytywnym wynikiem sprawy dla pozwanej, skoro przeważającą część (niemal 2/3) kwoty otrzymanej od powoda w dniu 12 czerwca 2014 roku pozwana przekazała właśnie swojej córce.

Nie ma żadnego uzasadnienia twierdzenie pozwanej, że sprzeczne z całym materiałem dowodowym było przyjęcie, że powód informował pozwaną o wysokości kwoty wykupu na podstawie umowy ubezpieczenia (...), podczas gdy w aktach sprawy znajdują się takie informacje, natomiast pozwana kwestionowała doręczenie jej tylko informacji z dnia 12 czerwca 2014 roku, co zresztą słusznie uznane zostało za niewiarygodne w sytuacji późniejszego unikania przez pozwaną kontaktów z pracownikami powoda. Potwierdzeniem tego jest dalsze podtrzymywanie, wbrew oczywistym faktom, twierdzenia, że pozwana uiściła kwotę 102.724,79 złotych w ramach składek z tytułu umowy ubezpieczenia, choć oczywiste jest, lecz pozwana to przemilcza, że pozwana zawarła także z powodem umowę o prowadzenie Indywidualnego Konta Emerytalnego, a więc wskazana kwota dotyczy dwóch umów i odrębnych obowiązków świadczeń. Prawidłowe i udokumentowane, choćby opinią biegłego sądowego, zasięgniętą w sprawie, jest ustalenie, że pozwana z tytułu umowy ubezpieczenia uiściła składki, których nominalna suma na dzień jej zakończenia wyniosła 48.303,47 złotych. To oznacza, że suma odpowiadająca wartości wykupu, otrzymana przez pozwaną w dniu 12 czerwca 2014 roku, była znacznie wyższa (88.850,45 złotych), niż suma składek pozwanej. Pozwana nie przedstawiła własnego wyliczenia co do wysokości uiszczonych składek, stąd w dalszym ciągu pozostaje gołosłowne jej twierdzenie, że suma wpłat składek dokonanych w ramach Indywidualnego Ubezpieczenia Emerytalnego jest wyższa.

Nie można zatem uznać zasadności jej wniosku dowodowego dotyczącego opinii biegłego z zakresu aktuariatu i matematyki finansowej. Dowód z przeprowadzonej przez Sąd Okręgowy opinii biegłego aktuarusza został słusznie uznany przez ten Sąd za wystarczający, a przede wszystkim prowadzący do przyjęcia, że okoliczności, które miały być ustalone tym dowodem, zostały wyjaśnione (art. 217 § 3 k.p.c.). Zwraca przy tym uwagę, że biegły odniósł się do zastrzeżeń pozwanej w stosunku do jego pisemnej opinii, natomiast po tym uzupełnieniu i wyjaśnieniu pozwana w istocie ograniczyła się do podtrzymania gołosłownego twierdzenia, że suma wpłaconych przez nią składek jest wyższa, niż to przyjął biegły. Nie było zatem podstaw do zakwestionowania przyjęcia, że kwota wypłacona pozwanej

w dniu 12 czerwca 2014 roku odpowiadała obowiązkowi świadczenia powoda na podstawie umowy Indywidualnego Ubezpieczenia Emerytalnego, zatem już kwota wypłacona w dniu 26 września 2014 roku była nienależna. Jak widać, nie było podstaw do powoływania innego biegłego do wydania opinii w niniejszej sprawie. Sama tylko niezgoda strony kwestionującej opinię biegłego z jej ustaleniami i wnioskami, gdy opinia ta wyczerpująco odnosi się do zagadnień tezy dowodowej postanowienia o dopuszczeniu tego dowodu, nie uzasadnia potrzeby wezwania innego biegłego.

Mając na uwadze powyższe nie można było przyjąć, że pozwanej należałoby się jakakolwiek część świadczenia wypłaconego jej pomyłkowo przez powoda w dniu 26 września 2014 roku. Jednocześnie więc należy stwierdzić, że świadczenie to było nienależne, z nie zachodzi sytuacja, o której mowa w art. 479 pkt 2 k.c. Trafne było też przyjęcie, że nie można mówić o jego dokonaniu ze świadomością powoda o braku jego zobowiązania – art. 411 pkt 1 k.c. Sąd Apelacyjny podziela wykładnię powołanego przepisu dokonaną przez Sąd Okręgowy.

Co do dowodu z dokumentacji medycznej dołączonej do apelacji należy stwierdzić, że jest to dowód spóźniony w rozumieniu art. 381 k.p.c. Pozwana winna była już przed Sądem I instancji przedstawić dowody, które dokumentowałyby jej twierdzenie, że korzyść (pieniądze), którą otrzymała w dniu 26 września 2014 roku zużyła w taki sposób, że nie jest już wzbogacona. Dowodów takich pozwana nie przedstawiła, w szczególności nie wykazała wydatków, które można byłoby łączyć z finansowaniem jej leczenia, a tym bardziej ich pochodzenia z nienależnego świadczenia. Prawidłowa jest ocena Sądu Okręgowego na podstawie wynikającej z dostępnej temu Sądowi dokumentacji dowodowej, że w okresie następującym po otrzymaniu kwoty 89.545,44 złotych pozwana nie przedstawiła dowodów na dokonywanie wydatków związanych z jej leczeniem, czy leczeniem jej męża, a tym bardziej wydatków ze środków wypłaconych jej 26 września 2014 roku.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że słusznie Sąd Okręgowy stwierdził, iż w świetle art. 409 k.c. można mówić o wyłączającym obowiązek zwrotu bezpodstawnego wzbogacenia jego zużyciu tylko wówczas, gdy ma ono charakter bezproduktywny. Powódka nie przedstawiła na ten temat żadnych twierdzeń, ani dowodów.

Nawiązując nadto do wskazanych już faktów ilustrujących ustalenie, że pozwana wiedziała, jakiej kwoty może się spodziewać po zakończeniu Indywidualnego Ubezpieczenia Emerytalnego, skoro otrzymywała w poprzednich okresach regularnie informacje o wysokości kwoty wykupu w datach tych powiadomień, należy stwierdzić, że pozwana winna była liczyć się z obowiązkiem zwrotu kwoty otrzymanej w dniu 26 września 2014 roku, co samo w sobie wyłącza możliwość obrony przed tym obowiązkiem twierdzeniem o zużyciu korzyści.

Mając na uwadze powyższe należało uznać apelację za bezzasadną, co prowadzić musi do jej oddalenia na podstawie art. 385 k.p.c. Orzeczenie o kosztach postępowania apelacyjnego uwzględnia zasadę odpowiedzialności stron za wynik sprawy (art. 98 § 1 k.p.c.), toteż należało obciążyć pozwaną kosztami powoda. Koszty te obejmują wynagrodzenie radcy prawnego (§ 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych) oraz koszty jego stawiennictwa przedstawione podczas rozprawy apelacyjnej, które Sąd Apelacyjny uznaje za prawidłowe (art. 99 w zw. z art. 98 § 3 k.p.c.).

Artur Kowalewski Tomasz Żelazowski Leon Miroszewski