

Sygn. akt I C 1214/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 października 2015 roku

Sąd Rejonowy w Dzierżoniowie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: **SSR Mirosława Kurek – Będkowska**

Protokolant: **Beata Olewińska**

po rozpoznaniu w dniu 12 października 2015 roku w Dzierżoniowie

sprawy z powództwa **Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W.**

przeciwko **J. M.**

o zapłatę kwoty 176,00 zł

oddala powództwo.

Sygn. akt I C 1214/14

UZASADNIENIE

Strona powodowa Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. w pozwie wniesionym do Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi wniosła o wydanie nakazu zapłaty w postępowaniu uproszczonym i orzeczenie, że pozwany J. M. ma zapłacić kwotę 176 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz kosztami procesu według norm przepisanych, w tym kosztami postępowania o nadanie klauzuli wykonalności.

W uzasadnieniu pozwu podała, że pozwany zawarł z nią umowę ubezpieczenia pojazdu, na dowód, czego wystawiła polisę nr (...). Składka z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia została ustalona na podstawie wniosku pozwanego dotyczącego przebiegu uprzedniego ubezpieczenia oraz ilości szkód spowodowanych przez 36 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia. Dalej strona powodowa podała, że z uwagi na treść oświadczenia pozwanego, dokonała obniżenia składki ubezpieczenia, wskazując jednocześnie, iż informacje podane we wniosku i oświadczeniu o przebiegu ubezpieczenia będą weryfikowane z danymi zawartymi w rejestrze umów i szkód prowadzonym przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Z informacji uzyskanych, od (...) wynika zaś, iż pozwany w okresie 36 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia spowodował szkody, co powoduje konieczność dokonania rekalkulacji należnej składki. Po ustaleniu prawidłowej wysokości składki, bez uwzględnienia udzielonych zniżek, do zapłaty pozostała natomiast kwota 176 zł. Wezwała, więc pozwanego do zapłaty należności, lecz pozwany nie spełnił świadczenia. Właściwość Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi strona powodowa uzasadniła miejscem spełnienia zobowiązania pieniężnego, które zostało ustalone według siedziby banku prowadzącego rachunek bankowy wierzyciela.

Nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym z dnia 08 kwietnia 2014 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi nakazał, aby pozwany zapłacił stronie powodowej kwotę 176 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 03 kwietnia 2014 roku do dnia zapłaty oraz kwotę 84,50 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 60 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego, w terminie dwóch tygodni od doręczenia nakazu albo wniósł w tym terminie sprzeciw do tamtejszego Sądu.

Pozwany złożył sprzeciw od powyższego nakazu zapłaty, zaskarżając go w całości i wnosząc o oddalenie powództwa. Wniósł również o rozpoznanie sprawy przez Sąd właściwy według miejsca jego zamieszkania oraz o zasądzenie od strony powodowej na jego rzecz kosztów procesu.

W uzasadnieniu sprzeciwu od nakazu zapłaty natomiast wskazał, iż zawierając umowę ubezpieczenia podał zgodnie z prawdą, iż w poczet ubezpieczenia Autocasco w okresie 36 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie wskazanej przez powoda umowy (polisa nr (...)) miała miejsce tylko jedna szkoda zgłoszona w ramach Autocasco z polisy nr (...)zawartej na pojazd A.o nr rej. (...)z (...) S.A.V.(...)(dalej C.). Natomiast druga z wykazanych przez (...)szkód (po zapytaniu powoda) to szkoda z dnia 04 kwietnia 2013r w pojeździe A.o nr rej. (...)i według jego najlepszego rozeznania jest to szkoda, która nie była zgłaszana z Autocasco, bowiem uszkodzeniu uległa tylko przednia szyba, która (jak i pozostałe szyby w tym pojeździe) objęta była odrębnym ubezpieczeniem, jakim jest Ubezpieczenie szyb, za które pobrano odrębną składkę. Zgłoszenie to jednak zaliczone zostało przez jego poprzedniego ubezpieczyciela (C.) jako zgłoszenie szkody z Autocasco tylko i wyłącznie, dlatego, że nie posiadali oni innej możliwości technicznego zarejestrowania tej szkody. Z uwagi jednak na błędny charakter jej zaliczenia (przez poprzedniego ubezpieczyciela) okazuje się teraz, że ma dwie szkody zgłoszone w ramach ubezpieczenia Autocasco, co jest dla niego krzywdzącą sytuacją, skutkującą obecnie żądaniem dodatkowej zapłaty stanowiącej różnicę w składce ubezpieczenia z tytułu przyznanych mu zniżek przez stronę powodową. Podniósł, że na okoliczność, iż działał tylko i wyłącznie w dobrej wierze oraz z pełnym rozeznaniem jest fakt, że we wniosku ubezpieczenia podał tylko jedną szkodę likwidowaną z Autocasco, za czym przemawia wystawiony w dniu 22 listopada 2013 roku przez jego poprzedniego ubezpieczyciela (C.) dokument w postaci „Zaświadczenia o przebiegu ubezpieczenia w ubezpieczeniu komunikacyjnym”, na którym poczyniono odrębną adnotację osoby wystawiającej ten dokument, iż „(...)polisie (...) (...). Powyższe jest jednoznaczne z prawidłowo podanym przez niego stanem dotyczącym ilości szkód zgłoszonych w ramach Autocasco w okresie 36 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie z powodem aktualnie obowiązującej umowy ubezpieczenia. W związku z powyższym nieuregulowaną ciągle sytuacją pozostaje fakt, iż ta druga (błędnie zapisana) szkoda figuruje w dalszym ciągu w bazie (...) (jako zgłoszona z Autocasco), a strona powodowa wykorzystując swoją dominującą pozycję na rynku w przeciwieństwie do niego - jako osoby fizycznej - nie chce przyjąć do wiadomości jego argumentacji popartej zgłoszonym wyżej dowodem z zaświadczenia o przebiegu ubezpieczenia w ubezpieczeniu komunikacyjnym z dnia 22 listopada 2013 roku i przyznać, że postąpił prawidłowo przy zgłaszaniu tylko jednej szkody z Autocasco oraz odstąpić od przedmiotowego żądania.

Postanowieniem z dnia 19 maja 2014 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa stwierdził swoją niewłaściwość miejscową i sprawę przekazał Sądowi Rejonowemu w Dzierżoniowie jako właściwemu miejscowo.

W piśmie procesowym z dnia 31 lipca 2014 roku, w odpowiedzi na sprzeciw pozwanego, strona powodowa podtrzymała stanowisko w sprawie. Wskazała, że w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia pozwany złożył oświadczenie w treści nowej umowy - oświadczenia klienta do ustalenia przebiegu ubezpieczenia, iż w okresie ostatnich 36 miesięcy nie miał więcej niż jednej szkody z ubezpieczenia OC ani AC jako właściciel bądź użytkownik. Po zweryfikowaniu tego oświadczenia w Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym okazało się, iż oświadczenie to nie jest zgodne z prawdą, gdyż pozwany miał 2 szkody z ubezpieczenia OC oraz 2 szkody z ubezpieczenia AC/KR w okresie objętym oświadczeniem. Podkreśliła, że zależy jej na obiektywnej informacji o liczbie szkód zaistniałych przed zawarciem umowy ubezpieczenia, co ma wpływ przy ocenie ryzyka. Podała również, że nigdy nie dysponuje pełną wiedzą na temat szkód klienta. Dotyczy to szczególnie przypadków, gdy odszkodowania wypłacił inny ubezpieczyciel lub, gdy zgłoszone zostały szkody z umów innego ubezpieczyciela, albo gdy chodzi o szkody wyrządzone przez właściciela/współwłaściciela pojazdu, gdy kierował innymi pojazdami nie stanowiącymi jego własności. Zająć może również sytuacja, kiedy szkoda już wystąpiła, ale roszczenia do ubezpieczyciela nie zostały jeszcze zgłoszone, czy też ubezpieczyciel nie zaraportował jeszcze tej szkody do bazy Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Dlatego więc przy określaniu liczby szkód polega na oświadczeniu ubezpieczającego, uprzedzając jednocześnie, że zweryfikuje podane przez niego informacje. Z tego też względu nie dokonuje ona weryfikacji klienta w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, polegając przy wyliczeniu wysokości składki na jego oświadczeniu. Zaznaczyła, że pozwany składając podpis w treści nowej umowy - oświadczenia klienta wyraził zgodę na treść podstawowych

informacji dotyczących oświadczenia. W treści podstawowych informacji dotyczących nowej umowy - oświadczenia klienta do ustalenia przebiegu ubezpieczenia wskazane zostało, iż ubezpieczyciel będzie weryfikować informacje złożone przez pozwanego w jego bazie oraz Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym, a w przypadku, kiedy podane w oświadczeniu dane nie potwierdzą się, co miałyby wpływ na wysokość należnej składki bądź sposobu ustalania odszkodowania, W. obciąży ubezpieczającego powstałą różnicą wraz z odsetkami ustawowymi naliczanymi od dnia udzielenia ochrony ubezpieczeniowej. Wskazała również, iż przy zawarciu umowy ubezpieczenia nie mogła ingerować w treść oświadczenia, gdyż było ono składane przez pozwanego, a było podstawą wyliczenia wysokości składki. Zarzuciła nadto, że to pozwany poprzez złożenie nieprawdziwego oświadczenia naraził ją na szkodę o równowartości niesłusznie udzielonej ulgi w składce, gdyż w przypadku podania przez pozwanego przy zawarciu umowy ubezpieczenia oświadczenia odpowiadającego rzeczywistemu przebiegowi ubezpieczenia, już przy zawarciu umowy ubezpieczenia wyliczyłaby i otrzymała składkę w prawidłowej wysokości. Wyjaśniła, że prawidłowe wyliczenie składki za ubezpieczenie AC kształtuje się następująco: 20.000,00 zł suma ubezpieczenia pomnożona przez 7,50 % stopy składki = 1.500,00 zł (składka podstawowa), zastosowano zwwyżkę 21 % (1.500,00 zł + 21 % = 1.815,00 zł) ze względu na współczynnik szkodowy, zniżkę 15 % (1.815,00 zł - 15 % = 1.542,75 zł) ze względu na markę model pojazdu, zwwyżkę 7 % (1.542,75 zł + 7 % = 1.650,74 zł) ze względu wiek właściciela/użytkownika pojazdu oraz okres posiadania prawa jazdy, prawidłowo powinna zostać zastosowana klasa bonus-malus - 40 % z uwagi na spowodowanie dwóch szkód z ubezpieczenia AC w okresie objętym oświadczeniem, zgodnie z treścią tabeli znajdującej się na dole po prawej stronie nowej umowy - oświadczenia klienta do ustalenia przebiegu ubezpieczenia - liczba szkód z ubezpieczenia AC - 2 - zniżka - 40 % (1.650,74 zł - 40 % = 990,44 zł) ze względu na klasę bonus-malus, zniżkę 20 % (990,44 zł - 20 % = 792,35 zł) ze względu na udzielenie zniżki handlowej, zniżkę 30 % (792,35 zł - 30 % = 554,65 zł) ze względu na małą flotę oraz zniżkę 5 % (554,65 zł ~ 5 % = 526,91 zł) ze względu na płatność. Podsumowując: 527 zł (składka należna) - 351 zł (składka zapłacona) = 176 zł (pozostało do zapłacenia). Zaznaczyła przy tym, że dokonuje wyliczenia w ten sam sposób, jak przy zawarciu umowy ubezpieczenia, nie odejmując żadnych uprzednio przyznanych zniżek ani zwwyżek.

W dalszych pismach procesowych strony podtrzymywały dotychczasowe stanowiska.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Pozwany J. M. zawarł ze stroną powodową Towarzystwem (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w W. umowę ubezpieczenia OC i AC samochodu osobowego marki (...) o numerze rejestracyjnym (...), na okres od 12 lipca 2013 roku do dnia 11 lipca 2014 roku. Potwierdzeniem zawarcia powyższej umowy było wystawienie przez stronę powodową polisy nr (...).

Dowód: odpis polisy nr (...) wraz z odpisem wniosku o ubezpieczenie i oświadczenia o przebiegu ubezpieczenia OC i AC z załącznikiem oraz aneksem do umowy ubezpieczenia AC – k .8-12.

Składka z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia została ustalona na podstawie oświadczenia pozwanego, iż w okresie ostatnich 36 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia wystąpiła nie więcej niż jedna szkoda z ubezpieczenia OC w pojazdach, których był lub jest właścicielem lub użytkownikiem lub, którymi kierował w chwili powstania szkody. Takie samo oświadczenie pozwany złożył, co do składki z ubezpieczenia AC. Z uwagi na treść oświadczenia pozwanego, strona powodowa dokonała obniżenia składki ubezpieczenia, wskazując jednocześnie, iż informacje podane w oświadczeniu o przebiegu ubezpieczenia podlegają będą weryfikacji z danymi zawartymi w rejestrze umów i szkód prowadzonym przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny

Dowód:

- odpis wniosku o ubezpieczenie i oświadczenia o przebiegu ubezpieczenia OC i AC – k. 9-11;
- odpis arkusza kalkulacji składki z dnia 12 lipca 2013 r. – k. 13.

Pozwany podpisał dokumenty ubezpieczeniowe, w tym przedmiotowe oświadczenie i zobowiązał się, że w przypadku, gdy w wyniku weryfikacji podane w oświadczeniu informacje nie potwierdzą się, a będzie to miało wpływ na wysokość należnej składki, pokryje powstałą różnicę wraz z odsetkami ustawowymi.

Dowód: odpis wniosku o ubezpieczenie i oświadczenia o przebiegu ubezpieczenia OC i AC – 9-11.

Z informacji uzyskanych przez stronę powodową z Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego wynika zaś, iż ubezpieczonego w okresie przed zawarciem umowy ubezpieczenia wskazanym w oświadczeniu obciąża taka ilość szkód (2 szkody z ubezpieczenia OC i 2 szkody z ubezpieczenia AC/KR), która powoduje konieczność dokonania ponownego obliczenia należnej składki.

Po dokonaniu ustalenia prawidłowej wysokości składki, bez uwzględnienia udzielonych zniżek, do zapłaty pozostała natomiast kwota 176 zł.

Strona powodowa wezwała, więc pozwanego do zapłaty tej należności, lecz pozwany nie spełnił świadczenia.

Dowód:

- **wydruk z Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego – k. 14-27 i 119-121;**
- **przedprocesowe wezwanie do zapłaty z dnia 08 stycznia 2014 roku wraz z dowodem nadania – k. 4-5;**
- **pismo strony powodowej z dnia 04 listopada 2013 roku – k. 6-7.**

Zgodnie z treścią druku ubezpieczeniowego (wniosku o ubezpieczenie i oświadczenia) pozwany miał podać ilość szkód występujących w okresie 36 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie umowy ze stroną powodową, w pojazdach, których był właścicielem lub użytkownikiem. W związku z powyższym tak też uczynił, podając, że w poczet ubezpieczeń, zarówno OC, jak i AC, obciążających jego polisę u poprzedniego ubezpieczyciela, miało miejsce zgłoszenie po jednej szkodzie. Przedstawiony natomiast przez stronę powodową dokument w postaci wydruku z dnia 03 marca 2014 roku., stanowiącego informację z (...), stwierdza, że w ramach ubezpieczenia AC po stronie zgłoszonych przez pozwanego szkód w okresie 36 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie umowy ubezpieczenia ze stroną powodową, tj. w okresie od dnia 12 lipca 2010 roku do dnia 12 lipca 2013 roku wykazano dwie szkody. Jednak jedna ze szkód widniejących w tym dokumencie jest szkodą tzw. szybową wpisaną przez poprzedniego ubezpieczyciela pozwanego – (...) SA V. (...) w poczet szkód obciążających jego polisę AC. Chodzi tutaj o szkodę z dnia 04 kwietnia 2013 roku (tj. zdarzenie związane z pęknięciem przedniej szyby), która powstała w zupełnie innym i niezależnym rodzaju ubezpieczenia, za którego posiadanie uiścił on niezależną opłatę, a było to ubezpieczenie dotyczące ryzyka szyb. Jest to rodzaj ubezpieczenia, który można wykupić bez konieczności posiadania ubezpieczenia AC. Pozwany posiada zaświadczenie o przebiegu ubezpieczenia w ubezpieczeniu komunikacyjnym z dnia 22 listopada 2013 roku, które uzyskał od poprzedniego ubezpieczyciela, a z którego wynika, iż jedna ze szkód, tj. szkoda z dnia 04 kwietnia 2013 roku, jest właśnie szkodą z ubezpieczenia szyb. Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia AC tego ubezpieczyciela, w przypadku szkody zgłoszonej z ubezpieczenia szyb w pojeździe, ubezpieczony nie traci należnej mu zniżki za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia AC.

Dowód:

- **kserokopia wniosku o ubezpieczenie pojazdu nr (...) z dnia 28 grudnia 2012 r., dotyczącego polisy nr (...) – k. 42-43;**
- **kserokopia zaświadczenia o przebiegu ubezpieczenia w ubezpieczeniu komunikacyjnym (...) SA V. (...) w W. z dnia 22 listopada 2013 r. – k. 44;**
- **weryfikacja przebiegu ubezpieczenia w rejestrze umów i szkód (...) sporządzona dla C. V. (...) k. 78-80;**

- pismo C. V. (...) z dnia 16 marca 2015 r. – k. 92.

Miedzy stronami toczyło się już przed tutejszym Sądem postępowanie z powództwa (...) SA o zapłatę kwoty 149 zł w oparciu o taki sam stan faktyczny, z tym, że rekalkulacja składki dotyczyła umowy ubezpieczenia Autocasco samochodu osobowego pozwanego marki (...) o numerze rejestracyjnym (...), w okresie od dnia 05 września 2013 roku do dnia 04 września 2014 roku.

Prawomocnym wyrokiem z dnia 16 marca 2015 roku w sprawie o sygn. akt I C 1613/14 powództwo to zostało oddalone.

Dowód: dokumenty znajdujące się w aktach tutejszego Sądu o sygn. I C 1613/14.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo nie jest zasadne.

W świetle ustalonych w sprawie okoliczności faktycznych żadnych wątpliwości nie budziło, że pozwanego i stronę powodową łączyła umowa ubezpieczenia, między innymi Autocasco, samochodu osobowego marki S. (...) o numerze rejestracyjnym (...), na okres od 12 lipca 2013 roku do dnia 11 lipca 2014 roku. Bezsporne jest także, że roczna składka ubezpieczeniowa wynikająca z powyższej umowy opiewała na kwotę 351 zł. Okolicznością kwestionowaną przez pozwanego było natomiast to, czy strona powodowa mogła zasadnie domagać się od niego dopłaty do tej składki wobec przyjęcia, że ustalając i pobierając powyższą składkę oparła się na nieprawdziwych informacjach podanych przez ubezpieczającego.

W ocenie Sądu jednak, zachowanie ubezpieczyciela, polegające na dochodzeniu od niego dodatkowej składki ubezpieczeniowej, nie było zgodne z przepisami ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, (...) (...) (jedn. tekst Dz. U. z 2013 r., poz. 392 ze zm.). Należy też wskazać, że uiszczenie składki jest w umowie ubezpieczenia podstawowym obowiązkiem ubezpieczającego. Zgodnie, bowiem z treścią art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Powyższy przepis przewiduje, zatem, że składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. W praktyce wysokość składki zależy także od innych okoliczności, w szczególności: zakresu ubezpieczonego ryzyka, wartości przedmiotu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, a także długości wcześniejszych okresów ubezpieczenia i ich bezszkodowego przebiegu. Według natomiast przepisu art. 813 § 2 k.c. składka powinna być zapłacona jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia, a jeżeli umowa doszła do skutku przed doręczeniem dokumentu ubezpieczenia – w ciągu czternastu dni od jego doręczenia.

Oceniając zachowanie strony powodowej Sąd miał przede wszystkim na względzie treść odpowiedzi udzielonej przez (...) SA V. (...) w niniejszej sprawie, jak również w sprawie o sygnaturze akt I C 1613/14, która poinformowała, że pozwany zawarł z nią wcześniej umowę ubezpieczenia AC nr (...) na okres od dnia 23 stycznia 2013 roku do dnia 22 stycznia 2014 roku, w ramach, której ochrona ubezpieczeniowa została rozszerzona o klauzulę nr 2 do ubezpieczenia AC – Ubezpieczenie szyb w pojeździe (rozszerzenie ochrony w stosunku do zakresu podstawowego), zapewniającą objęcie ubezpieczeniem szkód w szybach pojazdu. Pozwany jako ubezpieczony z tytułu tej umowy ubezpieczenia otrzymał odszkodowanie z tytułu szkody objętej powyższą klauzulą i była to wskazana przez stronę powodową jako druga szkoda z dnia 04 kwietnia 2013 roku. Wprawdzie tego typu szkody (w szybach) są różnie traktowane przez zakłady ubezpieczeń, to znaczy część z nich uznaje, że samo ubezpieczenie szyb stanowi odrębny od ubezpieczenia AC rodzaj ubezpieczenia mienia, część zaś uznaje, iż jest to wyłącznie rozszerzenie ubezpieczenia AC, a nie odrębne ubezpieczenie, jednak w (...) SA V. (...) uznaje się to ubezpieczenie za część ubezpieczenia pojazdu (AC) i w przypadku wypłaty odszkodowania z ubezpieczenia wynikającego z powyższej klauzuli szyb, ubezpieczający nie traci zniżek za bezszkodowy okres ubezpieczenia w ubezpieczeniu AC.

Zgodzić się, więc należy z zarzutem pozwanego, że złożone przez niego oświadczenie w przedmiocie ilości szkód w okresie ostatnich 36 miesięcy liczonych od daty zawarcia umowy ubezpieczenia ze stroną powodową zostało złożone w

dobrej wierze i w pełnym przekonaniu o jednej tylko faktycznie likwidowanej z ubezpieczenia AC szkodzie. W świetle natomiast zebranych w sprawie dowodów, brak jest podstaw do uwzględnienia stanowiska strony powodowej w tym zakresie. Natomiast, gdyby nawet uwzględnić to stanowisko, powództwo i tak zostałoby oddalone na podstawie art. 5 k.c., albowiem żądanie strony powodowej niewątpliwie jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

Z powyższych względów, na podstawie powołanych przepisów, orzeczono jak w sentencji wyroku.