

sygn. akt **I C 1064/14**

Dnia 01 czerwca 2015r.

Sąd Okręgowy w Nowym Sączu Wydział I Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący : SSO Małgorzata Franczak – Opiela

Protokolant : sekr. Katarzyna Kulpa

po rozpoznaniu w dniu 19 maja 2015r. w Nowym Sączu na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w P.

przeciwko D. T.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanej D. T. na rzecz powoda (...) Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w P. kwotę 204 587,95 zł (dwieście cztery tysiące pięćset osiemdziesiąt siedem złotych 95/100) z ustawowymi odsetkami od dnia 27 sierpnia 2014 r. do dnia zapłaty,

III. zasądza od pozwanej na rzecz powoda kwotę 17 447 zł (siedemnaście tysięcy czterysta czterdzieści siedem złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania.

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego w Nowym Sączu

z dnia 01 czerwca 2015 roku

do sygn. akt I C 1064/14

o zapłatę

Strona powodowa (...) Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna w P. wystąpiła z powództwem nadanym dnia 27 sierpnia 2014r. skierowanym przeciwko D. T., wnosząc o zasądzenie kwoty 204.587,95zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Roszczenie strony powodowej zostało wywiedzione z przystąpienia syna pozwanej M. T. w dniu 08 czerwca 2013r. do Grupowego (...). W dniu 07 września 2013r. ubezpieczony M. T. zginął w wypadku komunikacyjnym. Ubezpieczenie przewidywało świadczenie z powodu śmierci ubezpieczonego, śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego. W przypadku zbiegu tytułów wypłaty świadczeń przysługiwała tylko jedna, najwyższa kwota. W przypadku M. T. była to suma ubezpieczenia dla zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego ustalona w treści deklaracji i w certyfikacie w wysokości 198.805,00zł. W związku ze ziszczeniem się zdarzenia, w dniu 10 lutego 2014r. strona powodowa wypłaciła na rzecz pozwanej jako uposażonej świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w kwocie 194.805,00zł. Wskutek błędu przedstawiciela strony powodowej w tym samym dniu zostały wypłacone także świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w kwocie 129.870,00zł oraz z tytułu śmierci ubezpieczonego w kwocie 64.935,00zł – łącznie 198.805,00zł. Błąd ubezpieczyciela został wykryty na początku marca 2014r. i w piśmie z dnia 05 marca 2014r. powód wezwał pozwaną, za pośrednictwem jej pełnomocnika (...) sp. z o.o. w N., o zwrot nienależnego świadczenia. Wobec bezskuteczności

wezwania powód wystąpił przed Sądem Rejonowym w N. do sygn. akt I Co 1139/14 z wnioskiem o zavezwanie do próby ugodowej, lecz pełnomocnik pozwanej nie wyraził woli zawarcia ugody.

Na kwotę dochodzoną pozewem, tj. 204.587,95zł złożyło się nienależnie wypłacone powyżej świadczenie w łącznej kwocie 194.805,00zł oraz skapitalizowane odsetki za okres od dnia 08 kwietnia do 26 sierpnia 2014r. (strona powodowa wezwała pozwaną do zwrotu nienależnej kwoty pismem z dnia 28 marca 2014r. doręczonym w dniu 31 marca, zakreślając termin 7 dni na spełnienie świadczenia, ponieważ nie został dokonany zwrot, odsetki zostały naliczone od dnia 08 kwietnia do dnia poprzedzającego złożenie pozwu, czyli 26 sierpnia). (k.1, 187)

Ustosunkowując się do stanowiska pozwanej strona powodowa wniosła o nieuwzględnienie zarzutu potrącenia. Podniosła, że pełnomocnik pozwanej do zgłoszenia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, tj. śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, nie dołączył wymaganej dokumentacji z policji lub prokuratury pozwalającej na weryfikację prawdziwości dokonanego zgłoszenia. Niezwłocznie strona powodowa zwróciła się zatem do właściwych organów o uzyskanie takich informacji, o czym poinformowała kancelarie odszkodowawczą. Po uzyskaniu danych w dniu 07 lutego 2014r. niezwłocznie podjęła decyzję, na podstawie których wypłacone zostały świadczenia. Dołożyła wszelkiej staranności, by świadczenie zostało wypłacone w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności. Nie zachodzą zatem podstawy do naliczenia przez powódkę odsetek za opóźnienie w wypłacie świadczenia i zarzut potrącenia nie może odnieść zamierzonego skutku.

Odnosząc się do pozostałych zarzutów pozwanej podał, że maksymalna stawka wypłaty świadczenia oraz zakaz kumulacji podstawy wypłaty świadczeń wynikał z warunków ubezpieczenia, z którymi ubezpieczony się zapoznał, co wynika z deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Strona powodowa podniosła, że M. T. nie był stroną umowy ubezpieczenia, lecz przystąpił do umowy ubezpieczenia grupowego zawartego pomiędzy Bankiem (...) SA a (...) na (...) SA. Deklaracja wskazywała na rodzaje ryzyk oraz wysokość poszczególnych świadczeń. Ubezpieczyciel zaprzeczył, by był świadomy bezpodstawnej wypłaty na rzecz pozwanej, nienależna wypłata była wynikiem błędu osób prowadzących postępowanie likwidacyjne, nie zaś świadomości tego, że świadczenie się nie należy, lecz zostanie wypłacone. Niezasadne jest odwoływanie się pozwanej do zasad słuszności, ponieważ świadczenie zostało wypłacone na podstawie umowy, nie wynikało zaś z zasad współżycia społecznego. Pozwana pomimo wezwania do zwrotu nienależnie wypłaconego świadczenia, rozdysponowała kwotami na cele konsumpcyjne. W ocenie strony powodowej nie wykazała, że przekazała kancelarii odszkodowawczej wynagrodzenie za świadczone usługi w kwocie 97.402,50zł, narzeczony syna A. J. (1) 20.000,00zł, na pochówek syna przeznaczyła 16.000,00zł (tym bardziej, że wydatki te musiała pokryć z własnych środków, a nie wykazała pożyczki od G. K.), na wczasy rodzinne wydała 7.000,00zł, inne wydatki na kwotę 12.145,10zł (siekiera, pralka, wykonanie balustrady, zakupy żywnościowe). Wydatki zostały dokonane w czasie kiedy powinna liczyć się z obowiązkiem zwrotu z uwagi na wystosowane wezwanie. (k.78,99, 240)

Pozwana D. T. wniosła o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów postępowania. Zgłosiła ewentualny zarzut potrącenia wierzytelności pozwanej w kwocie 5.443,87zł z tytułu skapitalizowanych odsetek ustawowych za okres od 01 listopada 2013r. do 10 lutego 2014r. za opóźnienie w zapłacie na rzecz pozwanej kwoty 194.895,00zł z wierzytelnością powódki dochodzoną w niniejszym postępowaniu. W ocenie pozwanej świadczenie otrzymane było w pełni należne. Wysnuła taki wniosek z profesjonalnego charakteru działalności strony powodowej oraz czasu trwania postępowania likwidacyjnego 102 dni. Wskazała, że z deklaracji przystąpienia ani też z certyfikatu nie wynika ograniczenie wypłaty do jednego najwyższego świadczenia. Zakwestionowała, by M. T. otrzymał od powoda warunki ubezpieczenia. Skoro strona powodowa już w chwili świadczenia wiedziała, że nie jest zobowiązana do takiej wysokości, to wypłacając powyższą kwotę niezasadnie obecnie domaga się zwrotu. Powództwo powinno zostać oddalone także ze względu na zasady współżycia społecznego, ponieważ rodzina zmarłego nie ma możliwości dochodzenia świadczeń od innych podmiotów w związku ze śmiercią syna. Poza tym pozwana nie jest już wzbogacona, ponieważ rozdysponowała kwoty j.n.: 97.402,50zł jako wynagrodzenie pełnomocnika - kancelarii (...), 20.000,00zł przekazała narzeczony syna A. J. (2), 1.000,00zł, zapłaciła księdzu za pogrzeb, 11.000,00zł wydatkowała na pomnik dla syna, 4.000,00zł na inne koszty związane z pogrzebem, 7.000,00zł na wczasy dla rodziny, 12.145,10zł inne wydatki. (k.49)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Strona powodowa (...) Towarzystwo (...) spółka Akcyjna w P. w ramach prowadzonej działalności oferowała umowy Grupowego (...). Przedmiotem ochrony w umowie było życie i zdrowie ubezpieczonego oraz małżonka. Ochrona ubezpieczeniowa miała być udzielana w przypadku: śmierci ubezpieczonego, śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, a także całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, poważnego zachorowania ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego.

Suma ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego miała odpowiadać kwocie wskazanej w deklaracji. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku miała odpowiadać 200% powyższej kwoty, a w wyniku wypadku komunikacyjnego 300%. W warunkach zastrzeżono (7.2), iż maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego nie może przekraczać łącznie kwoty 300.000,00zł. Natomiast w przypadku, gdy dojdzie do zbiegu tytułów wypłaty świadczeń (7.3) z tytułu śmierci ubezpieczonego, śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego – ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie tylko z tytułu tego zdarzenia, z którego będzie przysługiwała najwyższa kwota.

Wypłata świadczenia miała nastąpić po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (9.2). Osoba dochodząca roszczenia o wypłatę powinna udowodnić zajście zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnienie do otrzymania świadczenia przedstawiając dokumenty t.j. (10.1): odpis skrócony aktu zgonu oraz kopia karty zgonu ubezpieczonego, kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby występującej z roszczeniem, kopia dokumentu z policji lub prokuratury, potwierdzającego zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku lub wypadku komunikacyjnego.

Ubezpieczyciel zobligowany był wypłacić świadczenie w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, a w wypadku gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, nie było w tym terminie możliwe, ubezpieczyciel miał wypłacić świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności ich wyjaśnienie było możliwe. W takim przypadku ubezpieczyciel zawiadamiał osobę zgłaszającą o przyczynach niemożliwości zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego wypłacić winien w terminie 30 dni od zgłoszenia (11.2,3).

(dowód: Warunki (...) – k.19-23, zeznania świadka K. G. – k.139)

Syn pozwanej M. T. przystąpił w dniu 07 czerwca 2013r. do oferowanego powyżej grupowego ubezpieczenia na życie ze skutkiem od dnia kolejnego. Jako uposażona w certyfikacie została wskazana pozwana D. T.. W certyfikacie ubezpieczonego sumy ubezpieczenia zostały wskazane w następujących wysokościach: z tytułu śmierci ubezpieczonego 64.935,00zł, z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku 129.870,00zł (200%), z tytułu śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego 194.805,00zł (300%). W treści deklaracji przystąpienia M. T. podpisał oświadczenie, iż otrzymał Warunki (...), zapoznał się z ich treścią i akceptuje je.

(dowód: certyfikat nr (...) – k.24 (227), deklaracja przystąpienia z dnia 07.06.2013r. – k.25 (188, 225))

W dniu 07 września 2013r. ubezpieczony M. T. zginął w wypadku komunikacyjnym.

(okoliczność bezsporna)

Pozwana jako uposażona wystąpiła do ubezpieczyciela o wypłatę świadczenia. Obsługą prawną pozwanej po śmierci syna zajmowała się kancelaria odszkodowawcza (...) sp. z o.o. w N.. W dniu 01 października 2013r. do D. (...) Roszczeń strony powodowej wpłynął formularz zgłoszenia roszczenia złożony w imieniu pozwanej przez pełnomocnika j.w. We wniosku wskazano na śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego w dniu 07 września 2013r.

Oprócz kopii dowodów osobistych rodziców zmarłego, w tym pozwanej oraz karty zgonu, nie dołączono dokumentacji wymaganej warunkami, tj. dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzającego okoliczności i przebieg zdarzenia skutkującego śmiercią ubezpieczonego, odesłano do oznaczeń postępowania prowadzonego przez policję i prokuraturę.

(dowód: formularz zgłoszenia roszczenia z datą wpływu, kopia dowodów osobistych i aktu zgonu – k.28-30 (220-224), pełnomocnictwo z dnia 12.09.2013r. – k.44 (k.226), częściowo zeznania świadka J. O. od 00:37:45 k.154, częściowo zeznania świadka J. T. (1) od 01:16:52 k.145/2, zgłoszenie roszczenia z polisy z dnia 25.09.2013r. z data wpływu – k.219, zeznania pozwanej od 00:05:56 k.243/2)

Na podstawie zgłoszenia zostały zarejestrowane trzy roszczenia: z tytułu śmierci ubezpieczonego, z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego. Jest to standardowe postępowanie, ponieważ zgodnie z warunkami ubezpieczenia towarzystwo zobligowane jest do zweryfikowania podstaw odpowiedzialności z tytułu wskazanych ryzyk. Niewykluczone bowiem, że gdyby nie można było wypłacić świadczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku lub w następstwie wypadku komunikacyjnego, to świadczenie mogło zostać wypłacone z tytułu śmierci.

(dowód: zeznania świadka K. G. – k.139-140, A. S. – k.172-173)

Niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia, bo już w dniu 04 października oraz 20 listopada 2013r. strona powodowa zwróciła się do Prokuratury Rejonowej w N. o udzielenie informacji niezbędnych do ustalenia ziszczenia się warunków umowy, tj. jakie były okoliczności śmiertelnego wypadku M. T. oraz czy przeprowadzono badanie krwi zmarłego na zawartość alkoholu oraz narkotyków i jaki był ich wynik. Pismo podobnej treści zostało wystosowane do Komendy Miejskiej Policji w N. w dniu 04 października 2013r. i 03 stycznia 2014r. O zwróceniu się do prokuratury i policji strona powodowa poinformowała firmę (...) w potwierdzeniu przyjęcia zgłoszenia szkody z dnia 04 października 2013r. W wiadomościach mailowych z dnia 12 listopada 2013r. i 24 stycznia 2014r. ubezpieczyciel informował o oczekiwaniu na uzyskanie informacji od wskazanych podmiotów.

(dowód: pismo z dnia 04.10.2013r. – k.83 (k.106, 216), pismo z dnia 03.01.2014r. – k.84 (k.105, 212), z dnia 04.10.2013r. – k.85 (k.104, 217), z dnia 20.11.2013r. – k.86 (k.107, 214), pismo z dnia 04.10.2013r. – k.87 (k.108, 218), wiadomość mailowa dnia 24.01.2014r. – k.88 (k.114, 211), z dnia 12.11.2013r. – k.89 (k.113, 215), zeznania świadka K. G. – k.139, pismo Prokuratury Rejonowej wN. z dnia 02.01.2014r. – k.213)

W dniu 07 lutego 2014r. do strony powodowej wpłynęło pismo K. w N. z dnia 29 stycznia 2014r. potwierdzające zgłoszenie o śmierci M. T. w wyniku wypadku komunikacyjnego, a wyniki badań krwi nie wykazały obecności alkoholu.

(dowód: pismo K. z dnia 29.01.2014r. z datą wpływu – k.90 (k.109, 210))

W dniu otrzymania informacji od K. w N., tj. 07 lutego 2014r. A. S. w imieniu strony powodowej wydała trzy decyzje, w których przyznała pozwanej kwotę 64.935,00zł z tytułu śmierci ubezpieczonego (nr roszczenia (...)), 129.870,00zł z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (nr roszczenia (...)) oraz 194.805,00zł z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (nr roszczenia (...)).

W dniu 10 lutego 2014r. na wskazany rachunek bankowy pełnomocnika strona pozwana przełała kwoty 64.935,00zł, 129.870,00zł i 194.805,00zł. Decyzje o przyznaniu świadczeń wpłynęły do sekretariatu kancelarii odszkodowawczej AB w dniu 17 lutego 2014r. Po potrąceniu wynagrodzenia za pełnione usługi wynoszącego 25% od otrzymanego świadczenia, kancelaria (...) przełała świadczenie z ubezpieczenia na rachunek bankowy pozwanej.

(dowód: potwierdzenie transakcji – k.26-27 (205-206), 204, decyzje z dnia 07.02.2014r. z datami wpływu – k.57-59 (91-93, 110-112, 207-209)), zeznania świadka J. O. – od 00:47:53 k.154, akta likwidacyjne szkody)

Proces rozpatrywania roszczenia pozwanej był prawidłowy. Błąd polegał na wydaniu trzech decyzji zamiast jednej, tj. uznania roszczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego. Wbrew warunkom ubezpieczenia świadczenie zostało wypłacone ze wszystkich ryzyk w wysokości dwukrotnie wyższej od należnej. Błąd

został popełniony przez pracownika, który rozpatrywał roszczenie. Wynikał z przeświadczenia pracownika, że system rejestracji szkód sam zredukuje wysokości świadczeń. Właścicielem systemu informatycznego jest (...) Na życie SA. Proces rozpatrywania roszczeń jest zleczony do (...) sp. z o.o. Pracownik, który popełnił błąd był pracownikiem tej spółki. (...) sp. z o.o. wykonuje usługi na rzecz kilku podmiotów A., w których tego typu ubezpieczenia funkcjonują, a rozwiązania informatyczne są inaczej przygotowane, tj. automatycznie redukują nienależne świadczenia. (...) nie przewiduje automatycznej redukcji świadczenia. Wybór odpowiedniego ryzyka i wypłata świadczenia zostały pozostawione w gestii likwidatora. Ubezpieczenie na życie było niedawno wprowadzonym produktem w (...), było to pierwsze tego typu ubezpieczenie ochronne na życie, co mogło przyczynić się do błędu pracownika. Spełniający świadczenie nie miał świadomości, że jest ono nienależne.

(dowód: zeznania świadka K. G. – k.140-141, A. S. – k.172-173)

Ponieważ pozwana wskazała na pełnomocnika, przez którego działa, powód wystosował pismo z dnia 05 marca 2014r. do wskazanej kancelarii odszkodowawczej, wnosząc o niezwłoczny zwrot kwoty w łącznej wysokości 194.805,00zł (tj. jako sumy ubezpieczenia wypłaconej z tytułu śmierci i z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku). Ponieważ pełnomocnik pozwanej nie zwrócił nadpłaconej kwoty, jedynie zakwestionował błąd w wypłacie i odesłał do powódki (pismo z dnia 20.03.2014r.), której przekazał świadczenie, w piśmie z dnia 28 marca 2014r., doręczonym pozwanej w dniu 31 marca strona powodowa wezwała bezpośrednio pozwaną do zwrotu nienależnie wypłaconej kwoty 194.805,00zł w terminie 7 dni od daty otrzymania pisma. Pozwana w piśmie z dnia 04 kwietnia 2014r. odesłała do działania przez pełnomocnika. W rozmowach telefonicznych z dnia 11 i 14 kwietnia 2014r. pełnomocnik strony powodowej ponownie wzywał pełnomocnika pozwanej do zwrotu nienależnie wypłaconej kwoty oraz ugodowego załatwienia sprawy. Pełnomocnik pozwanej pomimo nadesłania kolejnego wezwania z dnia 13 maja 2014r., doręczonego dnia 16 maja z wezwaniem zwrotu nadpłaconej kwoty w terminie 5 dni, nie zwrócił żądanej kwoty.

Ustosunkowując się do ostatecznego wezwania w piśmie z dnia 27 maja 2015r. kancelaria odszkodowawcza AB – pełnomocnik pozwanej zaprzeczył, by świadczenie zostało nienależycie wypłacone wskutek błędu pracownika strony powodowej, ponieważ oparte zostało na decyzjach wydanych zgodnie z warunkami umowy. Ponadto zwrócił uwagę na roszczenie pozwanej o odsetki za zwłokę w wypłacie świadczenia w wysokości 13.460,22zł (za okres od 05.11.2013r. do 09.02.2014r.), ponieważ potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia dotarło do kancelarii w dniu 04 października 2013r., a decyzje w sprawie wypłaty świadczeń zostały wydane dopiero w dniu 07 lutego 2014r., zatem po upływie okresu 4 miesięcy.

Odnosząc się do zgłoszonego roszczenia o odsetki w piśmie z dnia 27 czerwca 2014r. powód wskazał na jego bezzasadność. Wyjaśnił, że w dniu 01 października 2013r. wpłynęło zgłoszenie szkody, lecz bez wymaganej dokumentacji policji lub prokuratury potwierdzającej zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego. W związku z powyższym strona powodowa zwróciła się do Prokuratury Rejonowej w Nowym Sączu z zapytaniem o okoliczności i przyczynę wypadku, o czym pełnomocnik pozwanej został poinformowany w pismach z dnia 04 października 2013r., w mailach z dnia 12 listopada 2013r. i z dnia 24 stycznia 2014r. Wymagane informacje zostały dostarczone dopiero w dniu 07 lutego 2014r. Pismem z tej daty ubezpieczyciel poinformował kancelarię o podjęciu decyzji i w dniu 10 lutego przelał sumę ubezpieczenia na wskazany rachunek bankowy. W konsekwencji uznał, że świadczenie zostało wypłacone w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności, brak zatem podstaw do żądania odsetek za opóźnienie w wypłacie świadczenia.

(dowód: pismo z dnia 28.03.2014r. z dowodem odbioru – k.31-32 (k.199-200), pismo z dnia 05.03.2014r. – k.33-34 (202-203), pismo z dnia 04.04.2014r. – k.35 (k.198), ostateczne przedsądowe wezwanie do zwrotu nienależnego świadczenia z dnia 13.05.2014r. z potwierdzeniem odbioru – k.36-37 (195-196), pismo z dnia 27.05.2014r. – k.38-40 (k.191-193), pismo z dnia 20.03.2014r.– k.41 (201), pismo z dnia 27.06.2014r. z potwierdzeniem odbioru – k.42-43 (189-190), notatka służbowa z dnia 23.04.2014r. – k.197)

Pomimo otrzymania wezwania o zwrot nienależnie wypłaconej kwoty 194.805,00zł, pozwana dysponowała wypłaconymi świadczeniami bez ograniczeń.

Po przelaniu przez firmę (...) na rachunek powódki w (...) SA nr (...) w dniu 14 lutego 2014r., w dniu 24 lutego pozwana wypłaciła kwotę 42.235,42zł, a w dniu 09 maja 2014r. wydała dyspozycję przelewu na drugi rachunek w tym banku o nr (...) kwoty 248.264,60zł. W dniu 09 maja 2014r. przelała na kolejny rachunek w tym banku nr (...) kwotę 243.264,60zł. Za wypłacone kwoty poczyniła remonty oraz zakupy, przekazała część kwoty narzeczonej zmarłego syna (20.000,00zł). Na dzień 19 maja 2015r. z wypłaconej kwoty na rachunku bankowym pozwana dysponowała kwotą około 150.000,00zł.

Narieczona zmarłego A. J. (1) głęboko przeżyła śmierć M. T.. Znali się od 2009r., na 2015r. planowali ślub. Narieczony pomagał jej, ponieważ studiowała, on zarabkował. Po śmierci leczyła się u psychiatry i psychologa z powodu traumy po śmierci narzeczonego. Część z przekazanych pieniędzy przeznaczyła na leczenie, część na kontynuację studiów magisterskich w K..

W sierpniu 2014r. (02.-08.08.2014r.) pięcioosobowa rodzina pozwanej udała się na tygodniowe wakacje do Domków Wczasowych P.. Pozwana w dniu 15 lipca 2014r. zamówiła ogrodzenie kute wokół posesji, za wykonanie balustrad w dniu 08 kwietnia 2014r. zapłaciła 2.900,00zł. Nabyła materiały do remontu domu, jak w dniu 14 kwietnia 2014r. okno, blachę, wkręty (620,00zł). Nabyła przedmioty zbytkowe jak np. basen (20.06.2014r. 1.585,13zł), myjka (25.02.2014r. 749,00zł), drukarka (25.02.2014r. 449,00zł), świetlówki (25.02.2014r. 41,97zł), nawigacja (02.08.2014r. 499,00zł), pralka automatyczna (30.05.2014r. 1.100,00zł), 2 siekiery (27.02.2014r. 315,25zł), inne (28.02.2014r. 40,00zł).

(dowód: druk zamówienia ogrodzenia – k.61, faktury, rachunki – k.62, 63, 64, historia rachunku – k.71, 65, historia rachunku – k.72, rachunki – k.66-70, historia rachunku k.72, zeznania świadka A. J. (1) od 01:03:13 k.154/2, częściowo zeznania świadka J. T. (1) od 01:16:52 k.155, częściowo zeznania pozwanej od 00:26:13 k.244)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dołączonych do akt dokumentów których wiarygodność i autentyczność nie zostały przez strony podważone, nie wzbudziły także podejrzeń Sądu, zeznań świadków oraz dowodu z zeznań stron ograniczonego do słuchania pozwanej.

Świadek K. G. (k.139), pracownik (...) nadzorujący proces odszkodowawczy, złożyła obszernie i wyczerpujące zeznania wyjaśniające proces likwidacji szkody przez stronę powodową, przyczynę rejestracji trzech roszczeń, odległość czasową pomiędzy zgłoszeniem szkody a wypłatą świadczenia. Przekonująco i rzeczowo wyjaśniła przyczyny wypłaty nienależnego świadczenia, co miało być wynikiem błędu pracownika obsługującego różne systemy informatyczne. Wersja podana przez świadka nie wzbudziła wątpliwości Sądu, była przekonująca i wiarygodna.

A. S. (k.172) dyrektor oddziału obsługi świadczeń – osoba nadzorująca proces obsługi wypłaty świadczeń w spółce (...), wykonującej zlecenie na rzecz (...) Na Życie - złożyła zeznania korespondujące w treści z zeznaniami świadka K. G.. Przyznała, że to wskutek błędu jej pracownika doszło do wypłaty świadczenia na podstawie wszystkich trzech decyzji, podczas gdy po weryfikacji ryzyk wypłata powinna nastąpić tylko na podstawie decyzji przyznającej najwyższe świadczenie. Wyjaśniła przyczynę pomyłki, tj. podobnie jak powołany świadek – wprowadzenie nowego produktu i inny system weryfikujący w stosunku do innej spółki (A. Życie), który również jest przez pracodawcę świadka obsługiwany. Sąd nie znalazł podstaw, by podważyć wiarygodność zeznań świadka.

J. O. (od 00:37:45 k.154) pracownik (...) sp. z o.o. w N. – kancelarii odszkodowawczej, która była pełnomocnikiem pozwanej w procesie likwidacji szkody po śmierci syna, odniósł się do okoliczności zajęcia się sprawą pozwanej, zgłoszenia szkody. Niewiarygodne było stwierdzenie, że firma jako profesjonalny podmiot skoncentrowany na dochodzeniu roszczeń z umów ubezpieczenia nie zaznajamiała się z warunkami ubezpieczenia, w tym w zakresie wymaganych do zgłoszenia dokumentów lub wysokości należnego świadczenia. Wiarygodnie wskazał na standardowo pobierany procent od otrzymanego świadczenia jako wynagrodzenia kancelarii za świadczone usługi.

Świadek A. J. (1) (od 01:03:13 k.154/2), narieczona zmarłego M. T., była dla Sądu przekonująca, kiedy podała, że pozwana przekazała jej kwotę 20.000,00zł ze świadczenia otrzymanego od ubezpieczyciela. Skoro świadek pozostawała w zażyłych kontaktach z synem pozwanej, planowali zawarcie związku małżeńskiego, niewykluczone jest

nawiązanie bliskiej relacji także z matką zmarłego i jego rodziną, wskutek czego pozwana podjęła decyzję o podzieleniu się ze świadkiem częścią kwoty, tym bardziej, że A. J. (1) głęboko przeżyła śmierć narzeczonego.

J. T. (1) (od 01:16:52 k.154/2), mąż pozwanej, potwierdził okoliczność udzielenia pełnomocnictwa kancelarii (...) oraz otrzymania świadczenia po potrąceniu prowizji pełnomocnika, otrzymanie do strony powodowej informacji z żądaniem zwrotu nienależnie wypłaconego świadczenia. Okoliczności te nie budzą wątpliwości. Za prawdziwe Sąd ocenił także te fragmenty, w których świadek wskazał na rozdysponowanie części kwoty poprzez przekazanie narzeczonej zmarłego syna oraz dokonanie zakupów na rzecz rodziny. Niewiarygodny był świadek wskazując na pokrycie kosztów pogrzebu z pożyczki od szwagra G. K.. Okoliczność pobrania pożyczki nie została wykazana, tymczasem świadek przyznał, że rodzina otrzymała zasilek pogrzebowy (4.000,00zł, co wynika z art.80 ustawy z dnia 17.12.1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych Dz.U.2013.1440 j.t.), z którego część kosztów pochowku mogła zostać pokryta. Świadek przyznał, że nie był wcześniej zorientowany, że syn ma ubezpieczenie. Niewiarygodne jest twierdzenie dotyczące pożyczania od szwagra sumy pieniężnej na koszty pogrzebu. Świadek podawał różne kwoty – nie wyjaśnił dlaczego pożyczył 15.000,00zł, a oddał 42.000,00zł, sam szwagier podał, że miała to być kwota 27.000,00zł pożyczona na remonty, a dodatkowo 15.000,00zł na koszty pogrzebu. Pozwana podawała jeszcze inne kwoty. Nie przekonał także Sądu kiedy odniósł się do zadłużenia kredytowego syna – pozwana nie powołała się na to, by wypłacone świadczenie zostało przeznaczone na spłatę zadłużenia zmarłego.

G. K. (od 01:53:11 k.155) szwagier pozwanej, usiłował przekonać Sąd, że pożyczył pozwanej na koszty pogrzebu 15.000,00zł, na remonty 27.000,00zł, otrzymał zwrot całej sumy. Zeznania świadka nie były dla Sądu wiarygodne. Nie zostały przedłożone żadne wydruki przelewów wskazanych kwot pomiędzy pozwaną a świadkiem, brak też sprecyzowania na co zostały rozdysponowane kwoty przeznaczone na remonty, skoro pozwana powołuje się na zakupy i prace dopiero po wypłacie odszkodowania. Łącznie miałby pożyczyć pozwanej kwotę około 42.000,00zł, lecz nie przekonał Sądu wskazując na źródło posiadanych środków w zgromadzonych oszczędnościach, skoro pracował jako mechanik. Co prawda podał, że prowadził wcześniej działalność gospodarczą, lecz okoliczności tej nie wykazał.

Pozwana D. T. (od 00:05:02 k.243/2) podała informacje dotyczące udzielenia pełnomocnictwa firmie (...), która pośredniczyła w uzyskaniu świadczenia od strony powodowej oraz prowadziła rozmowy po wezwaniu do zwrotu nienależnego świadczenia. Nie zostały bliżej sprecyzowane informacje dotyczące zadłużenia kredytowego zmarłego syna, Sąd tym okolicznościom nie dał wiary. Prawdziwe są twierdzenia dotyczące przekazania narzeczonej zmarłego syna kwoty 20.000,00zł. Nie zasługują natomiast na danie wiary te okoliczności, które zostały podane na okoliczność pożyczek pobranych od szwagra G. K., nie zgadzają się kwoty podawane przez pożyczkodawcę i J. T. (2) oraz oddane kwoty. G. K. twierdził, że pożyczył 42.000,00zł, z zeznań pozwanej natomiast wynika 22.000,00zł.

Pozwana wniosła o dopuszczenie dowodu z dokumentów zgromadzonych w aktach Prokuratury Rejonowej w N. sygn. 2 Ds. 1338/13/Sp dla ustalenia okoliczności związanych ze śmiercią M. T., udziałem w postępowaniu przygotowawczym strony powodowej, podstawą spełnienia świadczenia przez powodową spółkę (k.96). Okoliczność śmierci ubezpieczonego nie były kwestionowane w niniejszym przypadku. Poza tym przedmiotem rozpoznania jest w niniejszej sprawie kwestia należności bądź bezpodstawności wypłaty świadczenia na rzecz pozwanej. Okoliczności ziszczenia się warunków umowy ubezpieczenia (śmierć ubezpieczonego w wypadku komunikacyjnym) nie były kwestionowane. Dlatego wnioski dowodowe dotyczące dokumentów z akt postępowania karnego jako nieprzydatnego dla rozpoznania sprawy Sąd oddalił (k.153/2).

Pozwana złożyła wniosek o dopuszczenie dowodu z akt osobowych (w tym zawartych z pracownikami umów o odpowiedzialności majątkowej, potwierdzenia uprawnień, szkoleń, pełnomocnictw do zlecenia wypłaty, zakresów obowiązków) pracowników strony powodowej: K. G., A. S. oraz R. P. oraz dowodu z dokumentów w postaci regulaminów, procedur, wytycznych powódki dotyczących likwidacji szkód, wypłaty odszkodowań, rejestracji szkody, rezerwy zakładowej (k.50). Strona powodowa wniosła o oddalenie tych wniosków dowodowych jako nieprzydatnych dla rozpoznania sprawy oraz obejmujących tajemnicę przedsiębiorstwa. Sąd postanowił oddalić te wnioski dowodowe jako nieprzydatne dla rozpoznania sprawy (k.155/2). Nie były kwestionowane w sprawie kompetencje lub uprawnienia pracowników obsługujących szkodę zgłoszoną przez pozwaną. K. G. szczegółowo

opisała procedurę likwidacji szkody, wyjaśniła przyczynę rejestracji trzech roszczeń, proces obsługi likwidacji szkody. Zagadnieniem rozpoznawanym w niniejszym przypadku jest należność świadczenia wypłaconego pozwanej wynikającego z umowy i to postanowienia umowy mają wiążący charakter, nie zaś to czy pracownik był kompetentny do oceny, że wypłaca nienależne świadczenie. Z tych przyczyn Sąd powyżej wymienione wnioski dowodowe uznał za nieprzydatne, stąd ich oddalenie. Zastrzeżenie zgłoszone z tego powodu przez pełnomocnika pozwanej wskazujące na naruszenie art.227 k.p.c. z przyczyn powyżej naprowadzonych jest w ocenie Sądu nieuzasadnione.

Pełnomocnik pozwanej cofnął dowód z przesłuchania świadka D. H. i R. P. (k.153, 243), dlatego Sąd był uprawniony je pominąć.

Sąd zważył co następuje:

Strona powodowa wystąpiła z żądaniem zasądzenia od pozwanej kwoty 204.587,95zł, w tym 194.805,00zł kwoty głównej oraz 9.782,95zł skapitalizowanych odsetek – jako świadczenia nienależnego z umowy ubezpieczenia. Pozwana zakwestionowała, by żądana kwota była świadczeniem nienależnym.

Po definicję świadczenia nienależnego sięgnąć należy do 410§2 k.c., wedle której świadczenie jest nienależne, jeżeli ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył, albo jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty, albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia.

Świadczenie wypłacone na rzecz pozwanej wynikało z przystąpienia jej syna M. T. w dniu 07 czerwca 2013r. do umowy Grupowego (...) oferowanego przez (...) na (...) SA. Ubezpieczenie w razie śmierci obejmowało 3 ryzyka: śmierć ubezpieczonego, śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego. Warunki umowy ubezpieczenia, co do których ubezpieczony złożył oświadczenie o ich otrzymaniu, zapoznaniu i akceptacji – przewidywały, że w przypadku śmierci w razie ziszczenia się ryzyka objętego ubezpieczeniem, świadczenie należne jest w wysokości nie wyższej niż 300.000,00zł. W razie kumulacji ryzyk należne było tylko jedno świadczenie o najwyższej wysokości (7.3 k.21). W certyfikacie otrzymanym przez zmarłego suma ubezpieczeniowa z tytułu śmierci została wskazana w kwocie 64.935,00zł, suma z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku miała wynosić 200% tej sumy, a z tytułu śmierci w wypadku komunikacyjnym 300%.

Śmierć ubezpieczonego M. T. nastąpiła w następstwie wypadku komunikacyjnego. W konsekwencji należne na rzecz pozwanej jako uposażonej było wyłącznie najwyższe świadczenie, tj. z tytułu śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego w kwocie 194.805,00zł. Pozwana tymczasem otrzymała sumy wypłacone na podstawie trzech decyzji, tj. z tytułu śmierci 64.935,00zł, z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku 129.870,00zł oraz z tytułu śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego 194.805,00zł.

Z warunków umowy, przede wszystkim powołanego powyżej pkt 7.3 jasno wynika, iż ubezpieczyciel był zobowiązany do zapłaty tylko i wyłącznie z tytułu śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, a w powiązaniu z sumą ubezpieczeniową wskazaną w certyfikacie – kwoty 194.805,00zł.

W konsekwencji w zakresie kwot wypłaconych z tytułu śmierci ubezpieczonego oraz śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – były to świadczenia nienależne, ponieważ w tym zakresie strona powodowa nie była zobowiązana do świadczenia.

Niesłuszne jest odwoływanie się przez pozwaną do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i uznaniowości ubezpieczyciela przy wypłacie świadczenia. Z kodeksu cywilnego wynika, że 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. Świadczenie ubezpieczyciela przy ubezpieczeniu osobowym polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (art.805 k.c.).

Powyżej zacytowany przepis wprost wskazuje na świadczenie przez ubezpieczyciela w przypadku ubezpieczenia na życie umówionej, zatem z góry ustalonej, wynikającej z umowy (warunków umowy) sumy pieniężnej, nie zaś uznaniowo ustalanego odszkodowania lub zadośćuczynienia.

Odwołanie do ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U.2013.950 j.t.) jest adekwatne o tyle, iż na podstawie art.15 ustawy zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu. Strona powodowa wypłaciła na rzecz pozwanej sumę ubezpieczenia po przeprowadzeniu zgodnie z art.16 postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.

Z wiążących strony warunków umowy i ustalonej sumy ubezpieczenia wprost wynikało, że pozwana jest uprawniona do otrzymania jedynie kwoty z tytułu śmierci ubezpieczonego syna w następstwie wypadku komunikacyjnego, czyli 194.805,00zł. Nie istniały podstawy do świadczenia ponad tę kwotę.

Na podstawie zaś §1 art.410 k.c. do świadczenia nienależnego, w tym dotyczącego jego zwrotu, stosuje się przepisy dotyczące bezpodstawnego wzbogacenia. Zgodnie zaś z art.405 i 406 k.c. kto uzyskał nienależne świadczenie, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości.

Pozwana nie zdołała wykazać, by zachodziły podstawy wyłączające jej obowiązek zwrotu nienależnego świadczenia wyartykułowane w art.411 k.c. lub 409 k.c.

Pozwana powołała się na pkt 1 i 2 art.411 k.c., wedle których nie można żądać zwrotu świadczenia: 1) 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;

2) jeżeli spełnienie świadczenia czyni zadość zasadom współżycia społecznego.

Pozwana usiłowała przekonać Sąd, że świadczenie ponad kwotę 194.805,00zł nie podlega zwrotowi, ponieważ strona powodowa jako podmiot profesjonalny na rynku usług ubezpieczeniowych musiała wiedzieć jakie świadczenie spełnia, a skoro uznała roszczenie z umowy ubezpieczenia do kwoty wypłaconej, to niezasadnie domaga się obecnie zwrotu. Argumentacja pozwanej nie jest przekonująca.

Jak powyżej Sąd zaakcentował warunki umowy ubezpieczenia były jasne zarówno co do zdarzeń podlegających ubezpieczeniu, jak i wysokości świadczenia z tego tytułu należnego. Warunki regulowały także zasady procedowania w przypadku kumulacji świadczeń oraz wysokość maksymalnej kwoty jaka mogła zostać wypłacona. W przypadku ryzyka śmierci ubezpieczeniu podlegały trzy przypadki: śmierci ubezpieczonego, śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub wypadku komunikacyjnego. Pierwsze zdarzenie opatrzone było sumą ubezpieczeniową 100%, która w przypadku M. T. została ustalona na kwotę 64.935,00zł, drugie 200% tej sumy, a trzecie 300% tej sumy. W przypadku kumulacji podstaw wypłaty świadczeń przysługiwać miało tylko jedno z nich – najwyższe.

Strona powodowa jako ubezpieczyciel obowiązany do spełnienia świadczenia w przypadku ziszczenia się ryzyka ubezpieczeniowego był zatem zobligowany do świadczenia, które zostało z góry określone co do wysokości – miało to być świadczenie w wysokości jednej z powyżej wskazanych trzech kwot.

Na podstawie wiarygodnych zeznań świadków – pracowników strony powodowej – K. G. oraz A. S. Sąd uznał za wystarczające wyjaśnienia przyczyn zarejestrowania trzech roszczeń. Mianowicie, zgłaszający roszczenie zobligowany był do dołączenia w przypadku zdarzenia śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub wypadku komunikacyjnego (10.1.1.3,4 warunków k.21) kopii dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzających zajście i jego okoliczności. Kancelaria odszkodowawcza AB reprezentująca pozwaną, pomimo zgłoszenia szkody z tytułu wypadku komunikacyjnego, nie przedłożyła oprócz aktu zgonu wymaganego dokumentu. Z tych przyczyn ubezpieczyciel nie był w stanie ocenić, na podstawie którego z ryzyk nastąpi wypłata świadczenia. Z tego powodu racjonalnym posunięciem było zarejestrowanie trzech roszczeń: z tytułu śmierci, śmierci w wyniku nieszczęśliwego

wypadku oraz wypadku komunikacyjnego. K. G. słusznie zauważyła, że gdyby nie zostały ustalone podstawy wypłaty świadczenia z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub wypadku komunikacyjnego, nie wykluczałoby to uznania roszczenia z tytułu śmierci. Dopiero po uzyskaniu informacji od Prokuratury z dnia 27 stycznia 2014r., która wpłynęła w dniu 07 lutego 2014r., strona powodowa była w stanie ocenić które z ryzyk zostało wypełnione, a ponieważ zachodziła kumulacja zarejestrowanych roszczeń - z warunków umowy wynikało, iż ubezpieczyciel zobowiązany jest jedynie do wypłaty świadczenia najwyższego - z powodu śmierci w wypadku komunikacyjnym w wysokości 194.805,00zł.

Ubezpieczyciel jako osoba prawna był związany warunkami umowy ubezpieczenia, które określały wysokość jego zobowiązania. Wiedział zatem w jakiej wysokości był zobowiązany. Nie miał jednak wpływu na działanie podmiotu, któremu zlecił realizację wypłaty. Wypłata nienależnego świadczenia była wynikiem błędu pracownika obsługującego likwidację szkody. Ponieważ system informatyczny nie dokonał automatycznej redukcji roszczeń i nie wyeliminował roszczeń zarejestrowanych z tytułu śmierci ubezpieczonego i śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, nie uczynił tego przez omyłkę pracownik – wypłata nastąpiła na podstawie wszystkich trzech decyzji. Spełniający świadczenie pracownik firmy (...) nie wiedział, że ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do zapłaty kwot 64.935,00zł oraz 129.870,00zł, skoro decyzje te zostały wygenerowane w systemie obsługującym ubezpieczyciela.

W ocenie Sądu można w tym miejscu odwołać się do instytucji zniekształcenia oświadczenia woli przez posłańca z art.83 k.c. Strona powodowa zleciła obsługę wypłaty świadczeń sp. z o.o. (...), która obsługiwała także inne podmioty, w tym A. Życie - jak wynika z zeznań A. S., które posługiwały się systemami informatycznymi automatycznie eliminującymi niezasadne roszczenia. (...) nie dokonywał automatycznej eliminacji niezasadnych roszczeń w razie kumulacji ryzyk. Pomimo jasnych warunków umowy, z powodu błędu pracownika firmy obsługującej, który nie dokonał eliminacji roszczeń przy ich zbiegu – doszło do niezasadnej wypłaty na podstawie trzech zamiast jednej decyzji. Nie ma znaczenia świadomość istnienia zniekształcenia czy możliwość jego dostrzeżenia po stronie posłańca, który spełnia jedynie rolę techniczną. Skoro obsługujący likwidację pracownik spełniający świadczenie nie wiedział, że powinien wypłacić tylko jedno świadczenie – nie zostały wypełnione przesłanki z art.411 pkt 1 k.c. i zasadne jest dochodzenie przez stronę powodową zwrotu nadpłaconej kwoty 194.805,00zł.

Nie zachodzą podstawy wyłączające obowiązek zwrotu z pkt 2 art.411 k.c., tj. by spełnienie świadczenia czyniło zadość zasadom współżycia społecznego, w szczególności zasadzie słuszności, na co powołała się pozwana. Obowiązek zapłaty ze strony powodowej wywiedziony był z umowy ubezpieczenia na życie, do jakiej przystąpił ubezpieczony zmarły. Umowa określała wprost obowiązki ubezpieczonego oraz ubezpieczyciela. Zadanie ubezpieczyciela ogranicza się do spełnienia świadczenia, które zostało ściśle określone co do zasady i co do wysokości w warunkach umowy. Oprócz obowiązków wynikających z umowy – czyli zapłaty świadczenia, na stronie powodowej nie ciążyły żadne inne powinności względem ubezpieczonego lub jego rodziny.

Nie przystaje do niniejszej sprawy i nieadekwatna jest argumentacja, że nadpłacone świadczenie czyni zadość zasadzie słuszności, ponieważ rodzina zmarłego M. T. nie otrzymała żadnego świadczenia od innego podmiotu po śmierci syna. W reżimie odpowiedzialności umownej okoliczność ta jest irrelevantna. Wypłata roszczenia przez ubezpieczyciela z umowy ubezpieczenia na życie nie była wynikiem uznaniowej decyzji, lecz wypełnienia świadczenia wprost wynikającego z wiążących warunków umowy ubezpieczenia – w związku ze ziszczeniem się zdarzenia ubezpieczeniowego. Poza tym nie zostało przesądzone, że rodzina zmarłego nie otrzyma świadczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej, o ile o takowe wystąpi do sprawcy wypadku lub jego ubezpieczyciela (w razie stosownych ustaleń co do sprawstwa zdarzenia drogowego, w którym M. T. poniósł śmierć).

Pozwana nie zdołała wykazać także, by obowiązek zwrotu nienależnie pobranego świadczenia wygasł jak stanowi art.409 k.c.: obowiązek wydania korzyści lub zwrotu jej wartości wygasa, jeżeli ten, kto korzyść uzyskał, zużył ją lub utracił w taki sposób, że nie jest już wzbogacony, chyba że wyzbywając się korzyści lub zużywając ją powinien był liczyć się z obowiązkiem zwrotu.

Składając zeznania w dniu 19 maja 2015r. pozwana podała, że na rachunku bankowym posiada jeszcze kwotę około 150.000,00zł. Niezależnie od oceny wiarygodności tych zeznań zwrócić należy uwagę na drugi człon przepisu obligujący do zwrotu wzbogacenia, tj. czy wyzbywając się środków pozwana powinna liczyć się z obowiązkiem ich zwrotu.

Z ustaleń poczynionych w sprawie, w tym zeznań pozwanej wynika, że w dniu 14 lutego 2014r. na jej rachunek bankowy firma (...) po potrąceniu własnej należności przelała kwotę 292.207,50zł (historia rachunku – k.71). Już w dniu 31 marca 2014r. pozwana otrzymała od strony powodowej pismo informujące o błędnej wypłacie kwoty łącznie 194.805,00zł i żądaniem jej zwrotu. W tym dniu posiadała na wskazanym rachunku bankowym kwotę 250.264,60zł (k.71). Pomimo informacji o nienależności świadczenia w kwocie 195.805,00zł, nie zabezpieczyła jej, lecz nadal dysponowała przeznaczając na cele konsumpcyjne. Zasadne jest przyjęcie, że od dnia otrzymania pisma wzywającego do zwrotu, czyli od dnia 31 marca 2014r., pozwana winna liczyć się z obowiązkiem zwrotu w zakresie kwoty 194.805,00zł i w tej części nią nie dysponować. Nie usprawiedliwia pozwanej odwołanie się do działania przez pełnomocnika w formie kancelarii odszkodowawczej. Sąd nie jest uprawniony od oceny działania firmy (...), pozwana będzie uprawniona do wystąpienia ze stosownym roszczeniami o obniżenie pobranego przez nich wynagrodzenia i ewentualnego odszkodowania za nienależyte wykonanie umowy. Nieprawdopodobne jest, by profesjonalna kancelaria odszkodowawcza nie zapoznała się z warunkami umowy, z której świadczenia dochodzi. Pozwana jako osoba, która powierzyła pośrednictwo pełnomocnikowi odpowiada za jego działania. Pozwana była uposażoną, która dysponowała kwotą wypłaconego nienależnie świadczenia. Od wskazanej daty winna liczyć się z obowiązkiem zwrotu. W konsekwencji nie wygasł jej obowiązek zwrotu wskutek rozdysponowania dochodzoną kwotą.

Zarzut potrącenia pozwanej nie może odnieść zamierzonego skutku. Zarzut potrącenia może zostać podniesiony skutecznie o ile dwie osoby są jednocześnie względem siebie dłużnikami i wierzycielami, jeżeli przedmiotem obu wierzytelności są pieniądze lub rzeczy tej samej jakości oznaczone tylko co do gatunku, a obie wierzytelności są wymagalne i mogą być dochodzone przed sądem lub przed innym organem państwowym. Wskutek potrącenia obie wierzytelności umarzają się nawzajem do wysokości wierzytelności niższej (art.498 k.c.).

Pozwana zgłosiła zarzut potrącenia swojej wierzytelności w kwocie 5.443,87zł z tytułu skapitalizowanych odsetek ustawowych za okres od 01 listopada 2013r. (kiedy w jej ocenie świadczenie powinno być wypłacone wobec zgłoszenia dnia 01 października 2013r.) do 10 lutego 2014r. (kiedy nastąpiła faktyczna zapłata) - za opóźnienie w zapłacie na rzecz pozwanej kwoty 194.895,00zł z wierzytelnością strony powodowej dochodzoną w niniejszym postępowaniu.

Według ogólnych warunków ubezpieczenia (k.21/2) ubezpieczyciel zobligowany był wypłacić świadczenie w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, a w wypadku gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, nie było w tym terminie możliwe, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności ich wyjaśnienie było możliwe. W takim przypadku ubezpieczyciel zawiadamia osobę zgłaszającą o przyczynach niemożliwości zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego wypłacić winien w terminie 30 dni od zgłoszenia (11.2,3). Jest to powtórzenie regulacji z art.817 k.c.

Bezspornym pomiędzy stronami było, że zgłoszenie szkody wpłynęło do strony powodowej w dniu 01 października 2013r. Do formularza zgłoszenia szkody wskazującego na ziszczenie się zdarzenia w postaci śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, zostały dołączone jedynie kopie dowodów osobistych rodziców zmarłego oraz akt zgonu ubezpieczonego. Na podstawie zaś 10.1.1.4. warunków umowy dochodzący wypłaty świadczenia zobligowany był do dołączenia dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzającego zajście i okoliczności wypadku. Dokument ten był wymagany po pierwsze po to, by zidentyfikować ryzyko z jakiego świadczenie miało być wypłacone (śmierć, śmierć w nieszczęśliwym wypadku, śmierć w wypadku komunikacyjnym); po drugie by ocenić czy nie zachodziły przyczyny wyłączające ochronę ubezpieczeniową, np. stan po użyciu alkoholu lub środków odurzających przez ubezpieczonego.

Z powodu braku dokumentu pozwalającego ustalić te okoliczności, ubezpieczyciela nie wiązał termin 30 dni od zgłoszenia szkody, lecz termin 14 dni po usunięciu wskazanych wątpliwości. Strona powodowa dołożyła należytej staranności, by dokument pozyskać. Niezwłocznie, bowiem w dniu 04 października zwróciła się do policji i prokuratury o przekazanie informacji dotyczących okoliczności wypadku oraz wyników ewentualnego badania M. T. na obecność alkoholu lub innych środków odurzających we krwi. Wobec braku odzewu kolejne wezwanie wystosowała w styczniu 2014r. O powyższych poczynaniach informowała na bieżąco zarówno pozwaną, jak i jej pełnomocnika. Niezwłocznie też, bo w dniu wpływu informacji od Policji (07.02.2014r.), wydała decyzje o przyznaniu świadczenia, które wypłacone zostało w dniu 10 lutego.

Powyższe wykazuje, że strona powodowa dołożyła należytej staranności w ustaleniu okoliczności stanowiących podstawę wypłaty świadczenia i dokonała wypłaty w przewidzianym umową terminie. Nie pozostała w opóźnieniu, a tym bardziej w zwłoce.

Roszczenie odsetkowe policzone przez pozwaną za okres od 01 listopada 2013r. do 10 lutego 2014r. nie było uzasadnione. Zarzut potrącenia w konsekwencji jest nieskuteczny.

Na kwotę dochodzoną pozwem strona powodowa policzyła 204.587,95zł, tj. nienależnie wypłacone świadczenie 194.805,00zł oraz skapitalizowane odsetki za okres od dnia 08 kwietnia do 26 sierpnia 2014r. 9.782,95zł.

Zasadność zwrotu wypłaconej nienależnie kwoty została wyjaśniona powyżej. Prawo żądania skapitalizowanych odsetek wynika z art.481 i 482 k.c., ponieważ strona powodowa wezwała pozwaną do zwrotu nienależnej kwoty pismem z dnia 28 marca 2014r. doręczonym w dniu 31 marca, zakreślając termin 7 dni na spełnienie świadczenia. Ponieważ nie został dokonany zwrot, odsetki zostały naliczone od dnia 08 kwietnia do dnia poprzedzającego złożenie pozwu, czyli 26 sierpnia 2014r.

Na podstawie powyżej przeprowadzonej analizy, przy zastosowaniu art.410§2 k.c. w zw. z art.409 k.c. oraz art.481 i 482 k.c. Sąd zasądził od pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 204.587,95zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 27 sierpnia 2014r. do dnia zapłaty. Termin naliczania odsetek – od dnia złożenia pozwu - jest uzasadniony okolicznością przedsądowego wezwania pozwanej do zapłaty.

Powództwo zostało uwzględnione w całości. Strony były reprezentowane przez zawodowych pełnomocników ustanowionych z wyboru. Strona powodowa uiszczała opłatę od pozwu 10.230,00zł (k.45). Na zasadzie art.98 k.p.c. statuującej zasadę odpowiedzialności za wynik procesu Sąd zasądził od pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 17.447,00zł tytułem zwrotu kosztów procesu w tym 7.200,00zł jako zwrot kosztów zastępstwa procesowego, 17,00zł opłaty skarbowej od pełnomocnictwa oraz 10.230,00zł jako zwrot uiszczonych opłat.