

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

P., dnia 29 stycznia 2020 r.

Sąd Rejonowy Poznań - Stare Miasto w P. I Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący Sędzia Mariusz Gotowski

Protokolant Klaudia Pawlak

po rozpoznaniu w dniu 15 stycznia 2020 r. w Poznaniu

na rozprawie

sprawy z powództwa M. S. (1)

przeciwko (...) S.A. w W.

- 1. Zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3000 zł (trzy tysiące złotych) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 14 sierpnia 2018 r. do dnia zapłaty,**
- 2. Zasądza od pozwanego kwotę 1017 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 900 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego na rzecz powoda.**

Sędzia Mariusz Gotowski

UZASADNIENIE

Powód M. S. (2) wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. w W. kwoty 3000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 14 sierpnia 2018 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Uzasadniając swoje stanowisko powód wskazał, że w dniu 19 kwietnia 2012 r. zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (...) o oznaczeniu (...).1.2010 potwierdzoną polisą nr (...). Umowa została rozwiązana 12 września 2017 r. W sumie przez okres obowiązywania umowy powód wpłacił 32 270, 77 zł. Zdaniem pozwanego wartość wyniosła 33483, 46 zł. Po rozwiązaniu umowy pozwany wypłacił 30 483, 46 zł potrącając z rachunku polisy kwotę 3000 zł tytułem opłaty za wykup. Zdaniem powoda postanowienie art. IX ust. 2 OWU wraz z pkt. 4 tabeli opłat zawartej w polisie oraz pkt. 4 Tabeli Opłat i Limitów stanowi klauzulę niedozwoloną w myśl art. 385³ pkt. 17 kc oraz art. 385¹ kc zatem spełnienie na jego podstawie świadczenia przez powoda nastąpiło bez podstawy prawnej w związku z tym stanowiło świadczenie nienależne na podstawie art. 410 kc w zw. z art. 405 kc. Tym samym roszczenie powoda nie jest przedawnione, gdyż zgodnie z uchwałą SN z dnia 10 sierpnia 2018 r. (III CZP 22/18), gdyż do takiego roszczenia stosuje się ogólne przepisy dotyczące przedawnienia. Przywołane postanowienia OWU oraz Tabeli Opłat odpowiadają treści klauzulom ujawnionym w rejestrze klauzul niedozwolonych prowadzonym przez Prezesa UOKiK pod numerami: (...), (...), (...), (...) oraz (...). Sąd z urzędu jest uprawniony do badania nieuczciwych warunków umownych, co wynika z Dyrektywy nr 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. o nieuczciwych warunkach w umowach konsumenckich (Dz. Urz. WE z 1993, L 95, s. 29) . Obowiązek ten ciąży na Polsce od momentu wejścia do UE. Powód dalej wskazał, że rażące naruszenie interesów konsumenta polega na nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta. Ustalenie sankcji za wcześniejsze rozwiązanie/wypowiedzenie umowy w postaci opłaty likwidacyjnej (lub podobnej) w tak znaczącej wysokości wskazuje na istnienie takiej dysproporcji. Powód dalej wskazał, że kwestionowane przez niego w pozwie klauzule nie były indywidualnie uzgadniane z powodem, a nadto przedstawiony wzorzec umowy jest nieczytelny. Pozwany postąpił niełojalnie nie dopełniając obowiązku

pełnej i rzetelnej informacji zarówno przed jak i po zawarciu umowy. Towarzystwo nadużyło zaufania powoda nie dopełniając obowiązku rzetelnej informacji zarówno przed jak i na etapie zawarcia umowy. Zdaniem powoda rażąco naruszenie jego interesów polega na tym, że towarzystwo przerzuciło na niego ryzyko i koszty prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, gdy zdecydowało rozwiązać umowę przed zakończeniem okresu referencyjnego. Pobierane przez pozwanego środki miały być przeznaczone na poczet kosztów związanych z dystrybucją i i zawarciem umowy ubezpieczenia. Nie sposób jednak nie dostrzec między nimi związku. Zatrzymywana przez towarzystwo określona kwota nie jest ograniczona żadnym pułapem i w związku z tym im wyższe będzie wypłacone świadczenie tym wyższa będzie zatrzymana kwota. Zdaniem powoda ustalenie przez powoda opłaty na poziomie 9 % zgromadzonej kwoty należy oceniać w kategoriach bezzasadnej sankcji za utratę przez pozwanego możliwości dysponowania środkami finansowymi przez powoda. Jednocześnie stwierdzić należy, że przerzucenie tak wysokich kosztów obsługi na powoda przy jednoczesnym uzyskiwaniu przez pozwaną dochodu z obrotu środkami wpłaconymi przez powoda ewidentnie kształtuje jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Z. w OWU postanowienia, które w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami rażąco narusza interesy konsumenta pociąga za sobą sankcję w postaci bezskuteczności nieuczciwej klauzuli wobec konsumenta. Postanowienie takie nie wiążą konsumenta.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Pozwany uzasadniając swoje stanowisko wskazał, że przeczy wszelkim wnioskami i twierdzeniom powoda zawartych w pozwie i załączonych do niego dokumentach poza wyraźnie przyznanymi. Pozwany przyznał wyłączenie że zawarł z powodem umowę ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym (...) z dnia 19 kwietnia 2012 r., którego integralną częścią były ogólnie warunki ubezpieczenia na życie (...). Dalej pozwany wskazał, że polisa została zawarta na podstawie wniosku własnoręcznie podpisanego przez powoda, który otrzymał m. in. pakiet ubezpieczeniowy między innymi polisę ubezpieczeniową i ogólne warunki. Powód nie zgłaszał wątpliwości, co do treści OWU zarówno w dacie podpisania wniosku jak i po tej dacie. Dalej pozwany wskazał, że w trakcie trwania umowy strony zawarły do niej aneks, które modyfikował niektóre z jej postanowień. Zdaniem pozwanego Sąd winien wziąć go pod uwagę. Umowa łącząca strony została rozwiązana. W związku z tym pozwany dokonał wykupu wartości polisy. Podstawą ich ustalenia były zapisy OWU i załączona do nich tabela. Analiza OWU wskazuje, że jej zapisy dotyczące zasad rezygnacji z przedmiotowego ubezpieczenia zostały napisane więcej niż prostym językiem dla całkowitego ułatwienia klientowi ich zrozumienia. Dodatkowo kwestie wykupu i pobrania opłaty umieszczono w OWU również w postaci tabelarycznej, gdzie znalazła się czytelna informacja odnośnie zasad ich pobierania. Co więcej sama tabela znalazła się dodatkowo na dokumencie potwierdzającym wystawienie polisy, czyli pozwany dodatkowo „wyjął” przedmiotową tabelę, aby była ona jasna i widoczna dla klienta. Pozwany dalej wskazał, że postanowieni OWU regulujące wysokość świadczenia wykupu w poszczególnych latach trwania umowy stanowią świadczenie główne. W umowie zawartej przez powoda brak jest elementów losowości charakterystycznego dla umowy ubezpieczenia. Pozwany zobowiązał się bowiem do zarządzania składkami powoda i wypłaty określonego świadczenia czy to w razie śmierci czy dożycia końca okresu obowiązywania ubezpieczenia czy też jego wcześniejszego zakończenia. Wysokość świadczenia wykupu została jasno i przejrzysto określona w OWU i nie ma na celu penalizacji wcześniejszego rozwiązania umowy przez konsumenta czy też uzyskanie wygórowanej kompensaty tytułem rozwiązania umowy albowiem uwzględnia ona ponoszone przez przedsiębiorcę koszty związane z zawarciem umowy i prowadzeniem działalności gospodarczej. (...) od samego początku pokrywa ryzyko ubezpieczeniowe w odniesieniu do ubezpieczającego Dalej pozwany wskazał, że w świetle obowiązujących przepisów, że w ramach treści umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może ustalać zasady wykupu polis w treści umowy. Pozwany podniósł dalej, że podstawowym kosztem ubezpieczyciela związanym z zawarciem umowy ubezpieczenia są koszty akwizycji. Zgodnie z obowiązującymi przepisami koszty te nie są rozliczane jednorazowo, ale są amortyzowane w czasie trwania umowy przy zastosowaniu metod aktuarialnych. Koszty te są zatem rozliczenia w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia zgodnie z § 16 ust. 4 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. nr 226, poz. 1825) . Pozwany wskazał, że dopiero rozwiązanie umowy ubezpieczenia generuje określony koszty po stronie ubezpieczyciela. Biorąc pod uwagę wysokie koszty ponoszone przez pozwanego w związku zawarciem umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, dochodowość tych umów po stronie pozwanego jest uwarunkowana długością ich trwania. Dopiero, gdy umowa trwa odpowiednio długo, wysokie koszty poniesione na

początku jej trwania mogą zostać skompensowane zyskami osiąganymi w kolejnych latach. Wówczas nie potrąca się żadnych kwot. Pozwany jest zatem uprawniony do ustalenia w sposób przyjęty w OWU wartości wykupu przy rozwiązaniu umowy i wypłaceniu wartości wykupu tych umów a wysokość wypłacanego świadczenia pozostaje w adekwatnym i rzeczywistym stosunku do kosztów ponoszonych przez pozwanego wskutek rozwiązania umowy w początkowym okresie jej trwania. Kwota, o która pomniejszana jest wypłata nie jest rażąco wygórowana. Nie można więc przyjąć, aby postanowienia te kształtowały prawa i obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszały jego prawa, powód nie udowodnił, że jest inaczej, w ocenie pozwanego żadne z postanowień OWU nie narusza art. 385¹ KC. Zdaniem pozwanego postanowienia (...) regulujące sposób ustalenia wartości wykupu określają świadczenie główne stron i są sformułowane w sposób jednoznaczny i dlatego nie mogą zostać uznane za niedozwolone.

W piśmie z dnia 12.09.2019 r. powód zaprzeczył, że przed podpisaniem umowy otrzymał treść OWU.

Sąd ustalił, co następuje:

W dniu 24 lutego 2012 r. powód M. S. (1) złożył wniosek o ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (...) ze składką regularną/G. O. ze składką jednorazową. We wniosku wskazano dane osobowe powoda, wskazano, że umowa zostaje zawarta ze składką regularną, wskazano uposażonego oraz wysokość rocznej składki w kwocie 6000 zł. Powodowi przekazano treść ogólnych warunków ubezpieczenia, ale powód zapoznał się z nimi pobieżnie.

Dowód – wiosek o zawarcie umowy ubezpieczenia – k. 10, zeznanie powoda M. S. (1) z dnia 16 października 2019 r. – 00:02:28 – 00:23:24 – k. 76

Po złożeniu wniosku w dniu 19 kwietnia 2012 r. wystawiono polisę ubezpieczeniową o numerze (...), w której wskazano sumę ubezpieczenia na poziomie 105 % wartości polisy, wskazano składkę roczną w kwocie 6000 zł, wskazano osobę uposażonego D. S. i wskazano, że środki zgromadzone na polisie są lokowane w dniu (...) w 100 %.

Dowód – polisa nr (...) – k. 11 v

Pismem z dnia 27 września 2017 r. powód został poinformowany przez pozwanego o tym, że pozwany dokonał wypłaty wartości wykupu. Wskazano w tym piśmie, że wartość umorzonych jednostek to kwota 33 483, 46 zł, opłata za wykup 12569, 55 zł, do wypłaty netto 20913, 31 zł.

Dowód – pismo pozwanego z dnia 26 września 2017 r.

Pismem z dnia 3 sierpnia 2018 r. pełnomocnika powoda wezwał pozwanego do zapłaty na rzecz powoda kwoty 12 569, zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi po upływie 3 dni od dnia otrzymania niniejszego wezwania do dnia zapłaty. W wezwaniu wskazano, że na to kwotę składa się kwota pobrana bez podstawy prawnej z rachunku powoda.

Dowód – wezwania do zapłaty k. 13

Pismem z dnia 4 września 2018 r., które wpłynęło do kancelarii pełnomocnika powoda w dniu 10 września 2018 r. pozwany wskazał, że podtrzymuje swoje stanowisko wyrażone w piśmie z dnia 15 czerwca 2018 r. Wskazał, że Towarzystwo nie zaakceptowało wniosku o wypłatę kwoty 12569, 55 zł. Wskazano, że opłata za wykup polisy w kwocie 3000 zł została pobrana zgodnie z podpisanym przez ubezpieczającego aneksem.

Dowód – pismo z dnia 4 września 2018 r. – k. 14

Integralną częścią zawartej przez strony umowy były: Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi G. M. ze składką regularną (dalej cytowane jako OWU). W warunkach tych zdefiniowano (art. II) wartość wykupu jako: kwota stanowiąca iloczyn jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku,

nabytych za składki regularne i składki dodatkowe i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa, pomniejszona o opłatę za całkowity wykup wartości polisy oraz opłatę za całkowity wykup wartości dodatkowej. Zdefiniowano również wartość częściowo wykupu jako kwota stanowiąca iloczyn liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku, nabytych za składki regularne lub składki dodatkowe i ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa, umarżanych w związku z wykupem częściowym pomniejszona o opłatę za częściowy wykup wartości dodatkowej. W OWU wskazano również, że przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego (art. III ust. 1), a odpowiedzialność pozwanego polega na wypłacie uposażonemu świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia. Ponadto pozwany miał wypłacić wartość dodatkową o ile taka istnieje (art. III ust. 3). Zgodnie z art. IV ust. 1 umowę zawiera się na czas nieoznaczony. W OWU wskazano również, że ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w dowolnym terminie z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki regularnej za okres, w którym pozwany udzielał ochrony ubezpieczeniowej (art. VI ust. 4). Zgodnie z art. VI ust.5 umowa ulega rozwiązaniu w przypadku:

5.1 Śmierci ubezpieczonego – w dniu śmierci,

5.2 Wypłacenia wartości wykupu – w dniu dokonania przez pozwanego wypłaty wartości wykupu.

Wykup polisy polega na wypłacie ubezpieczonemu wartości wykupu (art. IX ust. 1). Polisa ma wartość wykupu równą sumie wartości polisy i wartości dodatkowej pomniejszonej o opłatę za całkowity wykup polisy oraz opłatę za całkowity wykup wartości dodatkowej. Wysokości tych opłat są określone w Tabeli opłat i limitów (art. IX ust. 2). Częściowy wykup polisy możliwy jest po upływie 5 lat od daty początku okresu ubezpieczenia. Opłata z tytułu całkowitego lub częściowego wykupu polisy określana jest jako procent wypłacanej wartości polisy powstałej ze składek regularnych należnych w pierwszych pięciu latach polisy (art. IX ust. 5). W każdym czasie ubezpieczający ma prawo do całkowitego lub częściowego wykupu wartości dodatkowej z zastrzeżeniem art. VIII ust. 6 (art. IX ust. 6). Opłata z tytułu całkowitego lub częściowego wykupu wartości dodatkowej określona jest kwotowo w wysokości określonej w tabeli opłat i limitów (art. IX ust. 7). Integralną częścią OWU jest Tabela opłat i limitów (art. XVII ust. 17).

Zgodnie z tabelą opłat i limitów opłata za całkowity wykup wartości polisy zależy od roku polisy i wynosi:

Rok polisy	% wartości polisy utworzonej za składki regularnej należnej w pierwszych pięciu latach polisy
1	98
2	95
3	85
4	70
5	55
6	40
7	25

8	20
9	10
10	5
11 i następne	0

Dowód – Ogólne warunki ubezpieczenia wraz z tabelą opłat i limitów – k. 15 – 28

Pomiędzy stronami został zawarty aneks do umowy ubezpieczenia. Na potrzeby umowy wprowadzono definicję pojęcia wartość umowy – suma składek regularnych płatnych przez ubezpieczającego w okresie przez jaki ubezpieczający zgodnie z umową zobowiązany jest do ponoszenia opłat w przypadku całkowitego lub częściowego wykupu wartości polisy, przy założeniu ciągłego trwania umowy i regularnego opłacania składek w całym okresie trwania ubezpieczenia. W przypadku, w którym ubezpieczający zobowiązany jest do ponoszenia opłat w przypadku całkowitego lub częściowego wykupu wartości polisy przez okres dłuższy niż 10 lat, wartość umowy będzie ograniczona do sumy składek regularnych płatnych przez ubezpieczającego przez okres pierwszych 10 lat trwania umowy. Przy ustalaniu wartości umowy pod uwagę brana będzie wysokość składki wskazana w polisie w momencie zawarcia umowy tj. bez uwzględnienia ewentualnych zmian składek w przyszłości np. z tytułu indeksacji. W aneksie wskazano również, że strony modyfikują uzgodnione w umowie zasady obliczenia wysokości opłaty za całkowity lub częściowy wykup wartości polisy w ten sposób, że opłata ta będzie wyliczana w dotychczasowy sposób z tym zastrzeżeniem, że jej wysokość nie będzie mogła przekroczyć 5% wartości umowy. W przypadku, w którym wysokość opłaty za całkowity lub częściowy wykup polisy obliczona zgodnie z umową byłaby wyższa niż 5 wartości umowy, opłata ulega obniżeniu do wysokości 5 % wartości umowy. W aneksie wskazano, że aneks wchodzi w życie w dniu doręczenia pozwanemu dwóch egzemplarzy aneksu podpisanych przez ubezpieczającego.

Dowód – aneks do umowy k. 59

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wskazanych wyżej dokumentów oraz zeznań powoda.

Sąd dał wiarę wszystkim zgromadzonym dokumentom z uwagi na to, że nie były one kwestionowane przez żadną ze stron i nie S. znalazł powodów, aby je kwestionować. Dokonując oceny zgromadzonego materiału dowodowego Sąd nie dał wiary zeznaniom powoda odnośnie tego, że nie przekazano tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia. Po pierwsze w treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jest zawarta informacja o tym, że powodowi takie warunki zostały przekazane. Wskazać należy, że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został opatrzony datą 24 lutego 2012 r., podczas gdy polisa została opatrzona 19 kwietnia 2012 r. Polisa ubezpieczeniowa jest potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia, zatem umowa ubezpieczenia została zawarta pomiędzy tymi datami. Z zeznań powoda wynika, że przekazano mu ogóle warunki ubezpieczenia, a następnie miał możliwość zapoznania się z nimi przed wystawieniem polisy To czy powód ma wiedzę potrzebną do interpretacji takich OWU to już inne zagadnienie. Nie było żadnych przeszkód, aby powód skonsultował się z kimś odnośnie tych zapisów. Z zeznań powoda wynika, że miał on możliwość zapoznania się z OWU, ale tego nie uczynił z własnej winy. Świadczą o tym jego zeznania odnośnie okresu trwania polisy. Powód zeznał, że był przekonany o tym, że umowa jest zawarta na czas 5 lat, a następnie, po upływie 5 lat dowiedział się, że umowa jest zawarta na 10 lat. W tym miejscu wskazać należy, że ani w treści wniosku ani w treści polisy nie wskazano okresu, na jaki umowa zostaje zawarta. Wskazać w tym miejscu należy, że gdyby powód dokładanie zapoznał się z zapisami OWU, to wiedziałby, że polisa nie była zawarta ani na 5 ani na 10 lat, ale na czas nieoznaczony, co wynika z art. Art. IV pkt. 1 OWU. W pozostałym zakresie zeznania powoda okazało się wiarygodne, jednak nie wniosły wiele do sprawy.

Sąd zważył co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Powód domagał się zasądzenia od strony pozwanej kwoty 3000 zł zatrzymanej przez pozwanego po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Powódka kwestionowała zatrzymanie przez stronę pozwaną części zgromadzonych przez nią środków, jako niezasadnie pobranych. Wobec powyższego zasadniczą sporną kwestią była okoliczność, czy pozwany na gruncie zawartej umowy i łączącego strony stosunku zobowiązaniowego był uprawniony do pomniejszania środków z tytułu świadczenia wykupu.

Zgodnie z 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. Odnosząc się do wskazanej w powołanym przepisie definicji umowy ubezpieczenia, zauważyć należy, że jest ona bardzo pojemna i nie wyklucza rozbudowania umowy ubezpieczenia o element ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, który stanowi rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, która następnie jest inwestowana w sposób określony w umowie ubezpieczenia. Zgodnie z treścią polisy powód zawarł z pozwaną umowę ubezpieczenia, zgodnie, z którą ubezpieczyciel miał wypłacić świadczenie w przypadku zgonu powoda. Celem umowy było jednak nie tylko ubezpieczenie na wypadek zajścia wymienionych wyżej zdarzeń, ale także gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. W przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, osoba uposażona miała otrzymać świadczenie z tytułu śmierci. Zawarta przez powoda umowa, miała, zatem charakter złożony i łączyła w sobie elementy umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 805 i nast. k.c. jak również element inwestycyjny, na co zezwalały przepisy obowiązującej w momencie zawarcia umowy ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2010, nr 11, poz. 66 ze zm.) wymieniając w dziale I załącznika do ustawy ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Na zawarcie takich umów zezwalają również przepisy obecnie obowiązującej ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 381). Zgodnie bowiem z art. 4 ust. 11 pkt 2 powołanej ustawy, zakład ubezpieczeń może bezpośrednio lub przez pośredników ubezpieczeniowych pośredniczyć w zbywaniu i odkupywaniu jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych lub tytułów uczestnictwa funduszy zagranicznych oraz funduszy inwestycyjnych otwartych z siedzibą w państwach należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (...), na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi (Dz. U. z 2018 r. poz. 1355, 2215, 2243 i 2244). Ponadto powołana ustawa dopuszcza taką formę ubezpieczenia, wymieniając ją w załączniku do ustawy – „Podział ryzyka według działów, grup i rodzajów ubezpieczeń”, w dziale I punkcie 3 stanowiąc: (...) na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe”.

Nie ulega wątpliwości, że umowa ta stanowiła dopuszczalną prawem formę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Innymi słowy pozwany ubezpieczyciel był uprawniony do podejmowania działalności ubezpieczeniowej z elementem kapitałowym, a zawarta umowa była ona dopuszczalna na gruncie obowiązujących przepisów i nie sposób przyjąć, aby była ona sprzeczna z naturą ubezpieczenia.

Przy ocenie charakteru spornej umowy nie można pominąć również tego, że pozwany ubezpieczyciel udzielał powodowi ochrony ubezpieczeniowej na wypadek jego zgonu i zobowiązywał się spełnić na rzecz powoda bądź osoby przez niego uposażonej świadczenie ubezpieczeniowe. Uiszczana przez powoda składka pełniła zaś zarówno funkcję typowej składki w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu, jak również miała charakter inwestycji, przy czym ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego (zysku). Na podstawie zawartej umowy, ubezpieczyciel udzielał, zatem ochrony ubezpieczeniowej na życie ubezpieczonego na wskazanych w umowie warunkach, zaś ubezpieczony obowiązany był do wpłacenia składki, która następnie była lokowana w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy według zasad szczegółowo opisanych w OWU. Jak wynika z OWU, z wniosku i polisy to powód

decydował w jakie pozycje inwestycyjne będą lokowane wpłacane przez niego środki pieniężne. Zatem można założyć, że to od powoda zależało, czy wpłacane przez niego środki będą inwestowane w bezpieczne fundusze obciążone niskim ryzykiem, ale również związane z niewielkim zyskiem czy też w „agresywne fundusze”, związane z większym ryzykiem, ale i możliwością uzyskania większego zysku. W pewnym, zatem stopniu zysk lub strata uzależniona była od decyzji powoda. Podkreślenia wymaga w tym miejscu również to, że ustawodawca nie określa żadnych wymogów, co do natężenia funkcji ubezpieczeniowej lub inwestycyjnej w umowie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, pozostawiając w tym zakresie rozstrzygnięcie woli stron, stosownie do ich indywidualnych uzgodnień. Skoro, zatem ani przepisy k.c., ani ustawy o działalności ubezpieczeniowej (...) nie określają jaka część bądź jaki procent składki wpłacanej przez ubezpieczonego ma być przeznaczony na cele inwestycyjne, a jaki na cele ochronne przyjąć zatem należy, że w skrajnych przypadkach możliwa i prawnie dopuszczalna jest sytuacja, w której cała wysokość składki będzie przekazywane na cele inwestycyjne. Zdaniem Sądu umowa zawarta między stronami stanowiła rodzaj umowy ubezpieczenia osobowego (art. 829 § 1 pkt 1 k.c.), w której wypadkiem ubezpieczeniowym była śmierć lub dożycie osoby ubezpieczonej do daty określonej w umowie, przy czym zawierała w swojej treści, essentialia negotii umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, do których niewątpliwie należy zobowiązanie ubezpieczyciela do wypłaty oznaczonego w umowie świadczenia w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego oraz odpowiadający mu obowiązek ubezpieczającego w postaci konieczności opłacania składki. Z kolei występujący niejako przy okazji fundusz kapitałowy zawierał w sobie z jednej strony obowiązek ubezpieczyciela zarządzania na zlecenie ubezpieczającego aktywami ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, zaś świadczeniem ubezpieczonego była potrącana przez ubezpieczyciela z opłacanej składki opłata za zarządzanie. W związku z tym, uznać należało, że strony zawarły dopuszczalną prawem umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Przechodząc do kwestii badania abuzywności postanowień OWU, zgodnie, z którymi pozwana zatrzymała część zgromadzonych przez powoda środków, w pierwszej kolejności podkreślenia wymaga fakt, iż pozwany jest przedsiębiorcą zajmującym się prowadzeniem działalności gospodarczej w zakresie zawierania umów ubezpieczenia i przy zawieraniu umów posługuje się wzorcami umownymi. W związku z tym, należało ustalić, czy postanowienia umowy zawartej między stronami były dla nich wiążące. Zaznaczyć należy, że sporna umowa nie była związana z działalnością zawodową ani gospodarczą powoda. Zatem aby dane postanowienie umowne mogło być uznane za niedozwolone, stosownie do art. 385¹ § 1 k.c., muszą zostać spełnione cztery przesłanki: 1) postanowienie nie zostało indywidualnie uzgodnione z konsumentem, 2) ukształtowane przez postanowienie prawa i obowiązki konsumenta pozostają w sprzeczności z dobrymi obyczajami, 3) powyższe prawa i obowiązki rażąco naruszają interesy konsumenta, 4) postanowienie umowy nie dotyczy sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy, zdaniem Sądu nie ulega wątpliwości, że w przedmiotowej sprawie spełniona została pierwsza z wymienionych przesłanek uznania spornych postanowień OWU za niedozwolone. Postanowienia te nie były, bowiem uzgadniane indywidualnie z powodem. Powód nie miał rzeczywistego wpływu na treść tych postanowień, albowiem zostały one umieszczone w gotowym wzorze OWU, który nie podlegał negocjacji. Z zeznań powoda należy wyprowadzić wniosek, iż podczas spotkania z agentem, powód nie miał możliwości pojęcia jakichkolwiek negocjacji, pobieżnie zaznajomił się z przedstawionym mu do podpisu wnioskiem o zawarcie umowy i po uzyskaniu od agenta informacji o potencjalnych korzyściach, jakie wiążą się z zawarciem umowy. Przedstawiony mu dokument podpisał. Na marginesie zaznaczyć należy, że w judykaturze spotkać można również poglądy, w świetle, których postanowieniem indywidualnie uzgodnionym w myśl przepisu art. 385¹ § 1 k.c. nie jest postanowienie, którego treść konsument mógł negocjować, lecz takie postanowienie, które rzeczywiście powstało na skutek indywidualnego uzgodnienia” (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 20 maja 2015 r.; VI ACa 995/14, Lex nr 1771046).

W kontekście kolejnych przesłanek uznania postanowień badanego wzorca za niedozwolone zauważyć należy, że przesłanki: druga (sprzeczność z dobrymi obyczajami) i trzecia (rażące naruszenie interesów konsumenta) muszą zachodzić równocześnie. Przez dobre obyczaje rozumieć należy pewien powtarzalny wzorzec zachowań, który jest aprobowany przez daną społeczność lub grupę. Są to pozaprawne normy postępowania, którymi przedsiębiorcy winni się kierować. Ich treści nie da się określić w sposób wyczerpujący, ponieważ kształtowane są przez ludzkie postawy uwarunkowane zarówno przyjmowanymi wartościami moralnymi, jak i celami ekonomicznymi i związanymi z tym

praktykami życia gospodarczego. W szczególności dobre obyczaje to normy postępowania polecające nienadużywanie w stosunku do słabszego uczestnika obrotu posiadanej przewagi ekonomicznej. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami są, zatem uważane działania wykorzystujące niewiedzę, brak doświadczenia konsumenta, naruszenie równorzędności stron umowy, działania zmierzające do dezinformacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności. Chodzi, więc o działania potocznie określane jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające in minus od przyjętych standardów postępowania. Działanie „wbrew dobrym obyczajom” w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 27 stycznia 2011 r.; VI ACa 771/10, Lex nr 8243347, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 9 maja 2013 r.; VI ACa 1433/12, Lex nr 1335769). Co więcej Sąd Najwyższy wyraził pogląd, iż uchybienie zasadzie transparentności wzorca umożliwia uznanie konkretnego postanowienia wzorca za niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 2015 r.; I CSK 720/14).

Na gruncie przedmiotowej sprawy dobrym obyczajem było, aby strona pozwana (ubezpieczyciel profesjonalista) zagwarantowała pewność i przejrzystość stosunku prawnego, jaki łączy go z powodem (konsumentem). Strona pozwana wprowadzając wzorec umowy do obrotu z konsumentami powinna go zredagować w taki sposób, aby był w pełni zrozumiały dla powoda i niebudzący wątpliwości, a świadczenia na rzecz pozwanego powinny być określone wyraźnie i jasno. Powód otrzymując umowę powinien wiedzieć, jakich dodatkowych świadczeń będzie od niego wymagała strona pozwana i tym samym stosunkowo szybkiego zweryfikowania czy podejmowane przedsięwzięcie jest dla niego korzystne i opłacalne. Tymczasem w treści polisy oraz w OWU pozwany wprowadził pojęcie tzw. „wartości polisy” o „wartości wykupu”. Zgodnie z art. IX ust. 2 polisa ma wartość wykupu równa sumie wartości polisy i wartości dodatkowej pomniejszonej o opłatę za całkowity wykup polisy. W przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy powód nie otrzymywał kwoty zgromadzonej na swoim rachunku, ale musiał zapłacić opłatę za likwidację. Dla zwykłego konsumenta wyliczenie powyższej kwoty przez liczne odesłania staje się znacznie utrudnione, skomplikowane i w zasadzie niemożliwe do ustalenia. Wartość wykupu jest, bowiem iloczynem jednostek uczestnictwa i ceny ich sprzedaży, w sytuacji w której konsument nie miał informacji w jaki sposób ustala się jednostki uczestnictwa. W Owu wskazano jedynie że po opłaceniu składki pozwany dopisuje jednostki uczestnictwa do rachunku składek regularnych, a ich liczba jest równa iloczynowi alokacji składki regularnej i wartości tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w dniu nabycia jednostek, nie wcześniej jednak niż w dniu rozpoczęcia ochrony. Zapis ten jest niezrozumiały nie tylko dla przeciętnego dla konsumenta, ale i dla Sądu. Zapis OWU i polisy w tym zakresie są jeszcze o tyle niezrozumiałe, że w polisie nie wyrażano kwotowo choćby minimalnej sumy ubezpieczenia wskazując, że suma taka to 105 % wartości polisy, natomiast definicja wartości polisy zawarta w OWU również odnosi się do pojęcia jednostki uczestnictwa. Potocznie rzecz ujmując klient zawierając taką umowę nie wie „na ile jest ubezpieczony”. W momencie zawierania umowy ani w jej trakcie konsument nie wie, w jaki sposób są wyliczane jednostki uczestnictwa.

Reasumując strona pozwana, poprzez odwoływanie się we wzorcach OWU do niejasnych i niezrozumiałych pojęć i definicji, znacznie utrudniła - a wręcz uniemożliwiła - powodowi zdefiniowanie obowiązków wynikających z umowy oraz wyliczenie świadczenia wykupu. Ma to istotne znaczenia dla przedmiotowej sprawy, albowiem na etapie zawierania umów kwestia dodatkowych obowiązków, kosztów związanych z jej rozwiązaniem, zazwyczaj nie leży w sferze znaczącego zainteresowania konsumenta. Kierując się dobrymi obyczajami strona pozwana nie powinna wykorzystywać faktu, że to ona sama opracowuje wzorce OWU. Poprzez stosowanie analizowanych postanowień OWU powód niewątpliwie mógł poczuć się oszukany, co w relacjach między profesjonalistą a konsumentem nie powinno mieć miejsca. Należy dodać przy tym, że umowa ubezpieczenia jest określana, jako umowa najwyższego zaufania, od stron tej umowy wymaga się przede wszystkim szczególnej lojalności i zaufania.

Jak już była mowa powyżej sprzeczne z dobrymi obyczajami są uznawane te postanowienia umów, które kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób niepozwalający na realizację takich wartości jak: uczciwość, rzetelność, fachowość, w tym takie, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku prawnego, nierównomiernie rozkładają między nimi uprawnienia i obowiązki, powodując istotną i nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i

obowiązków kontraktowych na niekorzyść konsumenta, przy czym dla uznania ich za niedozwolone muszą one rażąco naruszać interes majątkowy, osobisty konsumenta (tak A. Olejniczak „Kodeks cywilny. Komentarz”, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r.; I CK 832/2004 Pr. Bankowe 2006/3, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 2006 r.; I CK 297/2005, Wokanda 2006/7-8).

W kontekście trzeciej przesłanki, interesy konsumenta należy rozumieć szeroko, nie tylko, jako interes ekonomiczny, ale też każdy inny, chociażby niewymierny. Przy określeniu stopnia naruszenia interesów konsumenta należy stosować nie tylko kryteria obiektywne, jak wielkość poniesionych czy grożących strat, lecz również względy subiektywne. Jeżeli chodzi o rażące naruszenie interesów konsumenta to przyjmuje się, że występuje ono wówczas, jeżeli postanowienie umowne poważnie, znacząco odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron. W przedmiotowej sprawie naruszenie interesów konsumenta przejawiało się przede wszystkim w sferze ekonomicznej. Poprzez kwestionowane postanowienia umowne strona pozwana nadała sobie uprawnienia do zatrzymania części środków zgromadzonych przez powódkę.

Należy podkreślić też, że z treści OWU nie wynika, na jakiej podstawie pozwana wyliczyła wartość jednostek uczestnictwa. Co prawda w tabeli opłat i limitów pozwana wskazała, że opłata za wykup polisa jest równa określonej składnikowi stanowiącemu iloczyn % wskazanego w tabeli i wartości polisy. Jednak jak wskazano wcześniej nie wiadomo, w jaki sposób była wyliczana wartość polisy i to jeszcze ze składki regularnej należnej w pierwszych 5 latach polisy. Powód był pozbawiony informacji, co do tego jak kształtowana opłata likwidacyjna, skoro nie miał wiedzy, co do tego w jaki sposób jest kształtowany jeden ze składników takiego iloczynu. Faktem jest, że mocą wprowadzonego aneksu zmieniono sposób ustalania opłaty likwidacyjnej jednak nadal uczyniono to w sposób niezrozumiały wprowadzając dodatkowe pojęcie wartości umowy. Wartością umowy zgodnie z aneksem jest suma składek regularnych płatnych przez ubezpieczającego i sposób wyliczenia tej wartości nie jest skomplikowany. W § 1 ust. 2 aneksu wskazano jednak, że opłata będzie wyliczana w w dotychczasowy sposób z tym zastrzeżeniem, że nie będzie ona mogła przekroczyć 5 % wartości umowy. Skoro powód zawarł umowę w roku 2012 i została ona rozwiązana w roku 2017 r. to powód zapłacił i przy założeniu, że sposób płatności składki się nie zmienił, to wartość polisy przy wyliczeniu zgodnie z aneksem winna wynosić 30 000 zł (5 lat x 6000 zł) lub 36 000 zł (6 lat x 6000 zł) w zależności od tego kiedy było wymagalne świadczenie powoda z tytułu składki. Przyjmując ograniczenie z § 1 ust. 2 aneksu wartość wykupu nie powinna przekroczyć zatem 1500 zł lub 1800 zł. Jak wynika natomiast z pisma k. 9 wartość wykupu wyniosła 12569,55 zł. Stanowiła ona ponad 37 % wartości umorzonych jednostek, o których mowa w piśmie z dnia 26 września 2017 r. Podkreślić należy, że wyliczenie zawarte w tym piśmie w ogóle nie odnosi się do wartości umowy, o którym mowa w aneksie.

W przedmiotowej sprawie pełnomocnik pozwanej w odpowiedzi na pozew podnosił, że wypłacane przez pozwaną (...), stanowi główne świadczenie stron, co wyłącza analizowane postanowienia OWU z ich kontroli pod kątem abuzywności, a tym samym wyklucza de facto objęcie powoda ochroną przewidzianą w art. 385¹ § 1 k.c. Zdaniem Sądu Rejonowego z tak prezentowanym stanowiskiem nie sposób się zgodzić. Pojęcie „główne świadczenia stron” w rozumieniu art. 385¹ § 1 zdanie drugie k.c., było wielokrotnie przedmiotem wykładni w piśmiennictwie i orzecznictwie. W doktrynie i w judykaturze spotkać można się z różnymi poglądami w tym zakresie również w odniesieniu do świadczenia wykupu czy też opłaty od wykupu. Chociaż zetknąć się można z poglądem zgodnie, z którym wymienione wyżej opłaty można zakwalifikować do świadczeń głównych stron, to w ocenie Sądu Rejonowego bardziej przekonujące oraz powszechniejsze jest stanowisko przeciwne. W doktrynie wskazuje się, że pojęcie „główne świadczenia stron” należy interpretować raczej wąsko. Główne świadczenia stron wyznaczone są przez essentialia negotii umów nazwanych, gdyż to one określają najbardziej istotne dla stron zachowanie dłużnika, bezpośrednio zmierzające do zaspokojenia interesu wierzyciela w danym stosunku zobowiązaniowym. E. negotii umowy nie podlegają kontroli, chyba że zostaną sformułowane w sposób niejednoznaczny. Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym uważana jest za umowę ubezpieczenia, co wynika z bardzo szerokiej definicji tej umowy zawartej w art. 805 k.c. Umowa ubezpieczenia jest umową nazwaną, czyli taką, której essentialia negotii zostały normatywnie wyodrębnione. Immanentną cechą umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest wyraźne wyodrębnienie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego

oraz jego odrębne administrowanie. W literaturze przedmiotu zdefiniowano przedmiotowo istotne elementy takiej umowy i przedstawiono jej definicję. Świadczenia wykupu nie można uznać za główne świadczenie stron. Głównym świadczeniem stron w przypadku umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest po stronie pozwanego przedsiębiorcy udzielanie ochrony ubezpieczeniowej, zaś po stronie konsumenta zapłata składki ubezpieczeniowej, fundusz jest niejako przy okazji, w związku z możliwością zaoszczędzenia dodatkowych środków na przyszłość (wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie, z dnia 7 lutego 2017 r., Sygn. akt V Ca 1195/16, por.: M. Orlicki (w) J. Panowicz-Lipska „System prawa prywatnego. Prawo zobowiązań – część szczegółowa” Warszawa 2004, por. Z. Gawlik „Kodeks cywilny. Komentarz”. LEX).

W tym miejscu jeszcze raz wyraźnego zaakcentowania wymaga to, że do głównych świadczeń stron na gruncie zawartej pomiędzy stronami umowy należało spełnienie przez ubezpieczyciela danego świadczenia w przypadku zajścia określonego w umowie wypadku, a także opłacanie składki ubezpieczeniowej przez powoda. Tylko postanowienia bezpośrednio regulujące wskazane kwestie można zaliczyć do postanowień określających główne świadczenia stron. Umieszczone w OWU zapisy dotyczące obliczania wysokości opłaty likwidacyjnej czy opłaty od wykupu w przypadku rozwiązania umowy przed upływem okresu czasu, na który została zawarta, regulują świadczenia poboczne, związane jedynie pośrednio z głównym przedmiotem umowy. Inne podejście powodowałoby, że celem umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym byłoby to, aby konsument mógł ją rozwiązać przed terminem i skorzystać ze „świadczenia wykupu”, czyli wypłaty zgromadzonych na rachunku środków po ich obciążeniu różnego rodzaju opłatami. Takie podejście jest nieracjonalne, gdyż konsument w momencie zawierania umowy na czas określony nie ma na celu jej wcześniejszego rozwiązania. Taki zamiar pojawia się dopiero w późniejszym etapie wykonania umowy, np. w momencie, w którym zgromadzony kapitał nie przynosi zysku, a bieżące opłaty pobierane przez ubezpieczyciela powodują dodatkowe straty. W pojęciu świadczenia głównego mieszczą się jedynie podstawowe świadczenia w ramach danej umowy, a inne warunki mają w tym zakresie jedynie charakter posiłkowy. Świadczenie główne spełniane w związku z trwaniem umowy należy zatem odróżnić, od świadczenia spełnianego wskutek tego, że umowa ustała.

Warunki mające charakter posiłkowy względem postanowień umowy definiujących samą istotę obowiązku dłużnika z danego stosunku prawnego, nie mogą być objęte pojęciem głównych świadczeń w rozumieniu art. 385¹ § 1 zdanie drugie k.c. Zauważyć również należy, że użycie w ustawie zwrotu "postanowienia określające główne świadczenia stron" przemawia przeciwko ich rozszerzeniu na takie postanowienia, które tylko dotyczą głównych świadczeń lub są z nimi związane (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2015 r., I CSK 800/14, OSNC 2016/9/105, Biul.SN 2016/1/10). Ponadto cel abstrakcyjnej kontroli postanowień wzorców umownych nie przemawia za szerokim rozumieniem formuły „postanowień określających główne świadczenie stron”. Sporne postanowienia OWU nie charakteryzują i nie oznaczają świadczenia głównego, lecz go "dotyczą", stanowiąc jedno z wielu ograniczeń zakresu obowiązku świadczenia. Nie można im zatem przypisać znaczenia podstawowego w omawianym stosunku prawnym. Na marginesie wspomnieć jedynie wypada, że gdyby uznać, iż (...) jest świadczeniem głównym, to i tak biorąc pod uwagę to w jak niejasny sposób pojęcie to zostało sformułowane (o czym mowa była wyżej) podlegałoby ono kontroli Sądu.

Powyższe rozumowanie znalazło odzwierciedlenie w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2020 r. (III CZP 51/19), w której wskazano wyraźnie, że Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest świadczeniem głównym w rozumieniu art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.. Sąd Rejonowy pogląd ten w pełni podziela.

W toku postępowania pozwany nie wskazał w sposób wyraźny, z jakiego tytułu zatrzymuje część środków zgromadzonych przez powódkę, tłumacząc konieczność pobrania tej kwoty z uwagi na potrzebę pokrycia kosztów związanych z zawarciem umowy. W OWU brak jest jednak zapisu, który wskazywałby na funkcję kompensacyjną pobieranej kwoty. W związku z tym stwierdzić należy, że zatrzymywana przez pozwanego kwota stanowi świadczenie konsumenta, nie będące świadczeniem głównym, za bliżej nie określone czynności pozwanego, a pobierana jest w razie wypowiedzenia przez ubezpieczonego umowy. Analiza materiału dowodowego doprowadziła Sąd do przekonania, że pozwana przewidziała dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy

bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami. Zatrzymana przez pozwaną kwota nie ma, więc charakteru świadczenia odszkodowawczego zatem w drodze analogii można uznać, iż zakwestionowane postanowienie wzorca podpada pod dyspozycję art. 385³ pkt 17 k.c.. Zakwestionowane przez powódkę postanowienie dotyczące świadczenia wykupu narusza dobre obyczaje gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela w pierwszych latach trwania umowy dużej części wpłaconych środków, niezależnie od tego, czy zakwalifikuje się ją jako swojego rodzaju „odstępne” czy też po prostu sankcją finansową – w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Jest zrozumiałe, że pozwana pozostaje zainteresowana jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania, jednak mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dalszej perspektywie czasowej nie może polegać na obciążaniu ich, wysokimi opłatami, których dodatkowo charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w ogólnych warunkach umowy w sposób prosty i zrozumiały wyjaśnione. Jak wskazał Sąd Najwyższy, przedsiębiorca może stosować postanowienia wzorca umownego określające zasady odpowiedzialności finansowej konsumenta w przypadku wcześniejszego wypowiedzenia umowy, ale zasady tej odpowiedzialności muszą pozostawać w związku z kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2007 r. III SK 21/06, OSNP 2008/11-12/181). Uzasadnieniem prawnym dla pobieranych opłat nie może być tylko to, że wypłaty takie powodują powstanie kosztów po stronie instytucji, gdy koszty te nie zostały odpowiednio skalkulowane. Oznacza to możliwość korelowania obowiązku zapłaty wynagrodzenia (opłaty) za określone, dające się jurydycznie wyodrębnić świadczenie ze strony instytucji (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13.07.2005r. (sygn. I CK 832/04, Pr. Bankowe 2006/3/8, Biul.SN 2005/11/13). Ponadto zgodnie z poglądem zaprezentowanym w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6 września 2012 r. (VI ACa 458/12, Lex nr 1240299) zasady odpowiedzialności konsumenta za wcześniejsze rozwiązanie umowy muszą pozostawać w związku z rzeczywistymi kosztami i ryzykiem ponoszonym przez przedsiębiorcę. Również wynagrodzenie pozwanego winno pozostawać w proporcji do zapewnianych przez niego świadczeń w zakresie pomnażania deponowanego kapitału. Trzeba przy tym zauważyć, że wzorzec umowy przewidujący, jak w niniejszej sprawie, że w razie rezygnacji przez ubezpieczonego z kontynuowania umowy ubezpieczenia traci on dużą część zgromadzonych środków, bezsprzecznie narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela dużej części środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Zapis taki rażąco narusza interes konsumenta gdyż prowadzi do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas, gdy ten ostatni zgromadzi na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 14 maja 2010 r., sygn. akt: VI ACa 1175/09).

Na uwagę w tym miejscu zasługuje też stanowisko zaprezentowane w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 r. (I CSK 149/13, Lex nr 1413038), w którym zostało wskazane wprost, że „postanowienie ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przewidujące, że w razie wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego przed upływem 10 lat od daty zawarcia umowy, ubezpieczyciel pobiera opłatę likwidacyjną powodującą utratę wszystkich lub znacznej części zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego środków finansowych, rażąco narusza interesy konsumenta i stanowi niedozwolone postanowienie umowne w świetle art. 385¹ zdanie pierwsze k.c.” Tzw. opłaty likwidacyjne muszą bowiem pozostawać w realnym związku z kosztami, jakie faktycznie ponosi ubezpieczyciel w związku z umową ubezpieczenia. Natomiast nie jest dopuszczalnym zastrzeżenie wysokich i niewspółmiernych opłat likwidacyjnych jako swoistej sankcji za przedterminowe wypowiedzenie umowy.

Wskazać w tym miejscu również należy, że w rejestrze klauzul niedozwolonych figurują postanowienia wzorców umownych dotyczące opłat likwidacyjnych, o które pomniejszono kwotę wykupu w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (wyroki Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o sygn.: XVII AmC 1704/09, XVII AmC 1941/11, XVII AmC 3669/10, pozycja 3834 w rejestrze, a także wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o sygn. XVII AmC 974/11, pozycja 4633 w rejestrze). Konsekwencją wyroków Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w W. oraz odwołujących się do nich wyroków sądów powszechnych, uznających opłatę likwidacyjną za niedozwolone

postanowienia umowy, była zmiana sposobu pobrania tej opłaty. W miejsce opłaty likwidacyjnej pojawiło się adekwatne umniejszenie kwoty wykupu. Prowadzi to do efektu identycznego z pobraniem opłaty likwidacyjnej.

W ocenie Sądu pozwany ubezpieczyciel jako profesjonalista na rynku ubezpieczeń musiał zdawać sobie sprawę z tego, że takie a nie inne skonstruowanie umów ubezpieczeń w sposób niedopuszczalny kształtuje jego świadczenie, zastrzega korzyści jedynie dla ubezpieczyciela, ukrywa pod skomplikowane brzmiącymi pojęciami metodę ustalenia wartości świadczenia wykupu, której wysokość jest zaniżana celem pobrania dodatkowej niczym nie uzasadnionej opłaty stanowiącej zysk ubezpieczyciela. Rejestr klauzul niedozwolonych jest jawny, zaś pozwany ubezpieczyciel powinien był wiedzieć, konstruuując swoje produkty, że zawiera w nich niedozwoloną klauzulę dotyczącą opłaty likwidacyjnej, stosując jedynie inną nazwę i inny sposób wyliczenia ukrytej opłaty. Cel opłaty likwidacyjnej oraz znaczne, niczym nieuzasadnione pomniejszenie kwoty wykupu mają w rzeczywistości ten sam cel, a mianowicie osiągnięcie przez pozwaną dodatkowego zysku. Zdaniem Sądu, nie ulega wątpliwości, że opracowanie takiego produktu musiało być świadome i nacelowane na osiągnięcie zysków kosztem wpłat ubezpieczonego.

Mając na uwadze powyższe rozważania oraz powołane w tym zakresie orzecznictwo, posiłkują się przy tym poglądem Rzecznika (...), Sąd Rejonowy uznał, że analizowane postanowienia OWU, uprawniające stronę pozwaną do zatrzymania części środków zgromadzonych na rachunku powoda, są niewiążące w świetle art. 385¹ k.c., jako klauzule abuzywne. Wyłączenie zaś z umowy postanowień uznanych za abuzywne, nie powoduje nieważności całej umowy, nawet wtedy, gdyby bez tych postanowień umowa nie została zawarta (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 lutego 2013 r.; I CSK 408/12, OSNC 2013/11/127). Zaznaczyć należy, że strona pozwana nie kwestionowała wysokości kwoty dochodzonej przez powoda, argumentując jedynie, że kwota ta została przez nią zatrzymana słusznie. W tym stanie rzeczy, uznając zakwestionowane postanowienia OWU dotyczące świadczenia wykupu za niewiążące w świetle art. 385¹ § 1 k.c.

Dodatkowo wsazać należy w tym miejscu, że pozwany w żaden sposób nie wskazał w jaki sposób została wyliczona wartość wykupu polisy.

Mając powyższe na uwadze Sąd uwzględnił całości roszczenie powoda

O odsetkach orzeczono na podstawie art. 481 § 1 kpc zasądzając je od 14 sierpnia 2018 r.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 kpc obciążając nimi w całości pozwanego jako przegrywającego proces. Do kosztów należy zaliczyć 900 zł jako koszty zastępstwa ustalone na podstawie § 2 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r. poz. 1800) oraz 100 zł jako koszt opłaty sądowej oraz 17 zł jako koszt opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

SSR Mariusz Gotowski