

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 4 lipca 2018 roku w sprawie o sygn. akt I C 279/17, z powództwa B. S. przeciwko V. L. Towarzystwo (...) Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę, Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi:

zasądził od pozwanej V. L. Towarzystwo (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz powoda B. S.:

- a. kwotę 18.306,24 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 18 marca 2017 roku do dnia zapłaty,
- b. kwotę 4.533 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

**Swoje rozstrzygnięcie Sąd I instancji oparł na ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych, które przedstawiają się następująco:**

W dniu 23 stycznia 2007 roku B. S. zawarł ze (...) Spółką Akcyjną w W. umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną M. Spektrum, której potwierdzenie stanowiła polisa nr (...). Umowa została zawarta wskutek złożonego przez powoda wniosku. Powód zdecydował się na zawarcie umowy pod wpływem agenta ubezpieczeniowego, z którym utrzymywał relacje zawodowe i do którego miał zaufanie. Został poinformowany o niemożności rozwiązania umowy przez pierwsze pięć lat jej trwania. Agent skupił się jedynie na możliwych do uzyskania zyskach, wyższych niż osiągnąć wówczas w produktach bankowych. Powód został zapewniony, że to dobra inwestycja, mająca stanowić jego zabezpieczenie na przyszłość. Początek okresu ubezpieczenia określono na dzień 23 stycznia 2007 roku, koniec zaś na 22 stycznia 2029 roku. Powód nie skorzystał z możliwości odstąpienia od umowy w terminie 30 dni, do czego miał prawo.

Integralną część umowy stanowił dokument zatytułowany Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU). Zgodnie z umową, pozwane Towarzystwo zobowiązało się wypłacić świadczenie w przypadku zajścia w życiu ubezpieczonego zdarzenia przewidzianego w umowie, a powód zobowiązał się terminowo opłacać składki w wysokości 500 zł miesięcznie.

Umowa ubezpieczenia miała na celu długoterminowe inwestowanie przez ubezpieczającego środków pochodzących ze składek. Przedmiotem umowy było ubezpieczenie życia ubezpieczonego (§ 3 OWU). Na podstawie § 12 OWU umowa ulegała rozwiązaniu m.in. w przypadku wypłaty wartości wykupu – z dniem złożenia wniosku o wypłatę Wartości Wykupu.

Wartość wypłacana przez Towarzystwo w związku z rozwiązaniem umowy to wartość wykupu, definiowana jako wartość polisy, pomniejszona o opłatę likwidacyjną. Wartość polisy stanowiła łączna wartość portfeli modelowych zapisanych na dany dzień na rachunku jednostek funduszy oraz liczba jednostek funduszy zapisanych w danym dniu na rachunku jednostek funduszy, pomnożona przez właściwe ceny jednostek funduszy, powiększona o wartość gotówki zaksięgowanej w tym dniu na rachunku jednostek funduszy. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego tj. dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia bądź śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, ubezpieczyciel zobowiązany był do wypłaty wartości polisy (§ 5 w zw. z § 4). Składki uiszczane przez ubezpieczonego miały być lokowane w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych i portfelach modelowych, zgodnie z dyspozycją ubezpieczonego. Ubezpieczony miał prawo także, po spełnieniu odpowiednich warunków przekształcić umowę w umowę bezskładkową.

Zgodnie z § 25 ubezpieczający, od drugiej rocznicy polisy, miał prawo wystąpić o wypłatę wartości, pod warunkiem, że opłacił wszystkie składki regularne w należytym wysokości, wymagane do dnia złożenia wniosku o wykup. Złożenie wniosku skutkowało rozwiązaniem umowy.

Towarzystwo zostało uprawnione do pobrania szeregu opłat: za ryzyko, administracyjną, za zarządzanie, likwidacyjną, wstępną, za udzielanie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej (§ 26 OWU). Ubezpieczyciel mógł jednostronną decyzją odstąpić na czas określony od pobierania opłat. Decyzja ta nie powodowała i nie wymagała zmiany warunków

umowy. Opłaty miały być pobierane poprzez odpisanie z rachunku jednostek funduszy odpowiedniej części środków. Opłata administracyjna, związana z administrowaniem umową, określana była kwotowo i pobierana miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy. Wynosiła 12,43 zł miesięcznie. Opłata za zarządzanie aktywami Rachunku Jednostek Funduszy była określana procentowo przez ubezpieczyciela i pobierana miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy, zgodnie z wzorem w załączniku do OWU, wyszczególnionym w tabelce, zależnym od okresu ubezpieczenia, sumy składek regularnych należnych w roku polisy i stawki opłaty w każdym roku polisy. Stawka opłaty likwidacyjnej w pierwszych dwóch latach polisy wynosiła 100%, zaś w kolejnych miała stanowić wynik działania  $100\% - (97,7\%)^{(K-T)}$ , gdzie wartość T wynikała z liczby pełnych lat polisy, za które została zapłacona składka regularna i liczby pełnych lat polisy od dnia zawarcia umowy do dnia wystąpienia o wypłatę wartości wykupu, natomiast wartość K stanowiła okres ubezpieczenia. We wzorze nie wyjaśniono przy tym, co miało oznaczać „100%” i od jakiej wartości miało być obliczone, nadto nie wskazano jednostki dla wartości K i T.

Powód otrzymał od pozwanej kwotę dodatkowej alokacji w wysokości 780 zł (65 zł x 12 miesięcy) jako bonus.

W trakcie trwania umowy, pozwany korzystał z przyznanych mu uprawnień, tj. przekształcił umowę w bezskładkową, dokonał wpłaty składki dodatkowej, nie wyraził zgody na indeksację składki, zawniósł o przeksięgowanie kwoty ze składki dodatkowej na poczet składki regularnej.

Z dniem 31 października 2016 roku, na skutek wniosku powoda o wypłatę Wartości Wykupu, umowa uległa rozwiązaniu. Pozwany dokonał rozliczenia umowy. Suma wpłaconych przez powoda składek wyniosła 40.960 zł, wartość Rachunku Jednostek Funduszy – 32.722,29 zł. Pozwana dokonała potrącenia w łącznej wysokości 9.275,26 zł z tytułu opłaty likwidacyjnej. Opłaty za zarządzanie, potrącane przez okres trwania umowy, wyniosły łącznie 9.030,98 zł.

Pismem z dnia 6 marca 2017 roku powód wezwał pozwaną do zapłaty na swoją rzecz łącznej kwoty 18.306,24 zł stanowiącej wartość potrąconej opłaty likwidacyjnej oraz wartość pobranych opłat za zarządzanie, w terminie 7 dni od dnia doręczenia. Wezwanie do zapłaty doręczono stronie pozwanej w dniu 10 marca 2017 roku. Pozwana do dnia zamknięcia rozprawy nie wypłaciła żądanej należności.

Sąd Rejonowy ustalił stan faktyczny przede wszystkim na podstawie powołanych dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, które nie były kwestionowane przez żadną ze stron, a w ocenie Sądu nie było podstaw, by poddawać w wątpliwość okoliczności faktyczne wynikające z ich treści. Sąd uznał, że dowody z tych dokumentów tworzą spójny, niebudzący wątpliwości w świetle wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego materiał dowodowy, a przez to w pełni zasługujący na wiarę. Sąd uwzględnił także zgodne twierdzenia stron w trybie art. 229 k.p.c. oraz twierdzenia strony, którym przeciwnik nie przeczył w trybie art. 230 k.p.c. Sąd pominął wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego - specjalisty aktuarium, na okoliczność ustalenia zasad kalkulacji pobieranych przez stronę pozwaną kosztów związanych z przedterminową rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, z uwagi na jego cofnięcie. Sąd pominął dowody z dokumentów prywatnych w postaci zestawienia kosztów, definicji określeń użytych w zestawieniu kosztów, wydruku tabeli prowizjami wypłacanymi agentowi i wyciągów z raportów oraz wydruków ze stron internetowych artykułów dotyczących charakteru prawnego świadczeń w umowach ubezpieczeniowych z funduszem kapitałowym, jako nieprzydatne dla rozstrzygnięcia, wskazując, że powyższe stanowią w części dokumenty prywatne, stanowiące dowód na to, że osoba podpisana pod jego treścią złożyła takie oświadczenie. Sąd podkreślił, że część z nich nie jest w ogóle opatrzona podpisem, nie zostały także poświadczone za zgodność z oryginałem przez pełnomocnika strony pozwanej, zatem nie mogą być uznane nawet za dokumenty prywatne. Dokumenty stanowiące zestawienie kosztów były negowane przez stronę powodową jako nieodzwierciedlające rzeczywistych kosztów, których wysokość nie była przedmiotem ustaleń z konsumentem. Sąd wskazał, że opinie wyrażane w załączonych do akt artykułach, nie mogą stanowić dowodu w niniejszej sprawie, wobec doniosłości zasady bezpośredniości, a nadto kwestia będąca przedmiotem opinii wiążąca się z przedmiotem rozstrzygnięcia może zostać zbadana przez Sąd bez konieczności zasięgnięcia wiedzy specjalnej.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał, że powództwo zasługuje na uwzględnienie w całości.

Sąd meriti wskazał, że istota sporu dotyczy oceny prawnej możliwości pobrania przez pozwaną opłaty likwidacyjnej oraz opłaty od zarządzania, określonych w umowie zawartej między stronami, a w szczególności rozważenia, czy nie są to niedozwolone postanowienia umowne. Sąd argumentował, że nie ulega wątpliwości, iż w niniejszej sprawie doszło do skutecznego rozwiązania umowy łączącej powoda z pozwaną. Wskutek rozwiązania umowy, powodowi winna być wypłacona kwota równa Wartości Wykupu, zgodnie z zasadami wypłaty Wartości Wykupu określonymi w OWU. Wartość wypłacana przez Towarzystwo w związku z rozwiązaniem umowy to Wartość Wykupu, na którą składa się wartość polisy i wartość dodatkowa pomniejszone o opłatę likwidacyjną. Nadto powód kwestionował zasadność i moc wiążącą postanowienia umownego dotyczącego prawa potrącania przez pozwaną comiesięcznej opłaty za zarządzanie. Sąd podkreślił, że wysokość wskazanej opłaty likwidacyjnej nie została zdefiniowana w treści Ogólnych Warunków Umownych, wskazano jedynie wzór na jej wyliczenie w załączniku do OWU. Nie wyjaśniono, na jakie cele ma zostać przeznaczona, jakie koszty ma rekompensować, w jaki sposób pozwana ją wylicza. Opłata nie znajduje oparcia, wbrew twierdzeniom pozwanej, w wysokości poniesionych przez nią kosztów w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy.

Dokonując wykładni powyższych postanowień OWU Sąd Rejonowy miał na względzie brzmienie art. 385<sup>1</sup> k.c. stanowiącego, że postanowienia umowy zawieranej z konsumentem, które nie zostały z nim indywidualnie uzgodnione nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Nie dotyczy to jedynie postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Sąd wskazał, że ustalenie abuzywności wskazanej powyżej klauzuli było w niniejszym postępowaniu kwestią zasadniczą ze względu na skutki prawne, jakie rodzi uznanie postanowienia umowy za klauzulę niedozwoloną. Zgodnie z art. 385<sup>1</sup> § 2 k.c. zamieszczona w umowie klauzula abuzywna nie wiąże konsumenta, a strony są związane umową w pozostałym zakresie. „Brak związania” postanowieniem umownym na skutek uznania go za niedozwolone nie oznacza zatem nieważności czy bezskuteczności umowy w całości, a jedynie w określonym zakresie. Istnieją dwie drogi umożliwiające Sądowi stwierdzenie, iż zamieszczona w umowie klauzula stanowi niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> k.c. tj. kontrola incydentalna dokonywana przez sąd rozpoznający konkretną sprawę oraz kontrola abstrakcyjna sprawowana przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Sąd Rejonowy podkreślił, że w niniejszej sprawie rozpatrując indywidualną sprawę musiał ustalić czy zamieszczona w umowie ubezpieczenia, zawartej między stronami, klauzula stanowi niedozwolone postanowienie umowne, co umożliwia Sądowi ustalenie treści wiążącego strony stosunku prawnego, a tym samym pozwala na rozstrzygnięcie sporu o zapłatę.

Sąd Rejonowy argumentował, że mając na względzie brzmienie art. 385<sup>1</sup> k.c., aby można było uznać dane postanowienie umowy za niewiążące muszą zostać spełnione cztery przesłanki: umowa musi być zawarta z konsumentem, postanowienia tej umowy nie zostały uzgodnione z konsumentem w sposób indywidualny, a ponadto kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, co jednak nie dotyczy głównych świadczeń stron, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Sąd dodał, że zgodnie z zasadą swobody umów, wyrażoną w przepisie art. 353<sup>1</sup> k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiał się właściwości (naturze) stosunku prawnego, ustawie ani zasadom współzycia społecznego. Mając na uwadze brzmienie przepisu art. 385<sup>1</sup> k.c. Sąd stwierdził, że konieczne w niniejszej sprawie było wykazanie przesłanek określonych ww. przepisem, przy czym ciężar udowodnienia zaistnienia przesłanek uznania postanowienia wzorca umowy, zawieranej z konsumentem za niedozwolone spoczywał na stronie powodowej (6 k.c. i art. 232 k.p.c.), a powód podolał ciężarowi dowodu w tym zakresie i zdołał wykazać zaistnienie powyższych przesłanek.

Sąd Rejonowy argumentował dalej, że bezspornym było, iż przedmiotowa umowa ubezpieczenia łącząca strony została zawarta przez przedsiębiorcę (pozwaną) z konsumentem (powodem). Spór dotyczył zaś tego, czy zostały spełnione pozostałe przesłanki niezbędne do uznania rozważanych postanowień za tzw. klauzule abuzywne, a więc niewiążące strony umowy. Pozwana podnosiła, iż warunki umowy zostały indywidualnie uzgodnione z konsumentem, jednakże

okoliczności tej nie wykazała. Jak wynika, z treści zeznań powoda, regulamin i umowa zostały mu przedstawione, z tym że regulamin był „zamaczkowany” i mało czytelny, nadto strony nie omawiały poszczególnych postanowień umownych. Wbrew twierdzeniom pozwanej, warunki umowy nie odbiegały od przyjętych w OWU. Fakt, iż umowa stron została zawarta na okres 22 lat nie świadczy o indywidualnej negocjacji warunków. OWU zakładały możliwość zawarcia umowy na okres do 30 lat, zatem czas trwania umowy z powodem mieścił się w tym przedziale. Podobne wnioski - w ocenie Sądu - należało wyciągnąć w kontekście wysokości regularnej składki. Przyjmując, że powód miał wpływ na te ustalenia, to nie sposób tym samym wywodzić, iż miał możliwość negocjacji innych warunków – w szczególności kwestionowanych, dotyczących wysokości i zasadności poszczególnych opłat. Zdaniem Sądu powód nie miał rzeczywistego wpływu na kształtowanie treści ww. postanowień, a co za tym idzie nie zostały one z nim „uzgodnione indywidualnie”. Fakt, iż mógł się z nimi zapoznać, nie oznacza, że miał wpływ na ich treść, a w każdym razie nie zostało to udowodnione. Sporna okazała się także kwestia, czy jednoznacznie sformułowane postanowienia nie dotyczą „głównych świadczeń stron” oraz czy rozważane postanowienia kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Sąd Rejonowy nie podzielił stanowiska pozwanej, że wskazana w przedmiotowej umowie wartość opłaty likwidacyjnej należała do głównych świadczeń stron. Argumentował, że wprawdzie ustawodawca nie określił, co należy rozumieć przez sformułowanie „główne świadczenia stron”, ale należałoby sądzić, że są to takie elementy konstrukcyjne umowy, bez których uzgodnienia nie doszłoby do jej zawarcia. W myśl utrwalonego poglądu doktryny do głównych świadczeń stron należą: świadczenie pieniężne ubezpieczającego tj. składka ubezpieczeniowa oraz świadczenie pieniężne zakładu ubezpieczeń, które stanowi zapłata umówionej sumy ubezpieczenia. Na podstawie umowy łączącej strony powód zobowiązał się terminowo opłacać składki, a pozwana zobowiązała się wypłacić świadczenie w przypadku zajścia w życiu ubezpieczającego zdarzenia przewidzianego w umowie. Do wykupu polisy i pobrania opłaty likwidacyjnej z tego tytułu dochodzi zatem dopiero po rozwiązaniu umowy, a więc poza zakresem głównych świadczeń stron. Sąd uznał również, że określona w OWU stawka opłaty likwidacyjnej naliczanej przez ubezpieczyciela w związku z rozwiązaniem umowy przed upływem terminu, na który została zawarta, kształtuje obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco narusza jego interesy, podobnie jak naliczanie opłaty za zarządzanie.

Sąd Rejonowy podkreślił, że „dobre obyczaje” są w zasadzie odpowiednikiem „zasad współżycia społecznego”. Zgodnie z utrwaloną judykaturą do zasad tych zalicza się reguły postępowania niesprzeczne z etyką, moralnością, aprobowanymi społecznie zasadami. W rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. „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, zaś „rażące naruszenie interesów konsumenta” oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym. Obie wskazane w tym przepisie formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. Nie jest zatem wystarczające ustalenie nierównomiernego rozkładu praw i obowiązków stron umowy (sprzeczność z dobrymi obyczajami), lecz konieczne jest stwierdzenie prawnie relewantnego znaczenia tej nierównowagi (rażące naruszenie interesów konsumenta). Należy przy tym uwzględnić nie tylko interesy o wymiarze ekonomicznym, ale inne, zasługujące na ochronę dobra konsumenta, jak jego czas, prywatność, poczucie godności osobistej czy satysfakcja z zawarcia umowy o określonej treści. Postanowienia umowy lub wzorca umownego rażąco naruszają interes konsumenta, jeżeli poważnie, znacząco odbiegają od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron. Pojęcie rażącego naruszenia interesów konsumenta nie może być sprowadzane tylko do wymiaru czysto ekonomicznego; należy też uwzględniać niewygodę organizacyjną, nierzetelność traktowania, wprowadzenie w błąd, naruszenie prywatności konsumenta. W ocenie Sądu Rejonowego sporne postanowienia wzorca umownego przewidujące obowiązek zapłaty opłaty likwidacyjnej w razie rezygnacji z ubezpieczenia bez wątplenia naruszały zasadę równorzędności stron stosunku, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między ubezpieczycielem a ubezpieczonym. Przede wszystkim – w ocenie Sądu – opłata likwidacyjna stanowiła w istocie swoistą sankcję za przedterminowe rozwiązanie umowy wskutek wniosku kontrahenta. Zgodnie z OWU, powód miał prawo w każdym czasie, przy założeniu upływu określonego czasu i regularnego wywiązywania się z obowiązku uiszczania składek, złożyć wniosek o wykup. W żadnym zatem

razie nie należy wiązać tego zachowania z nadużyciem prawa. Sam fakt, iż umowa miała zostać zakończona – w założeniu - z upływem lat 22 lat, nie uprawnia do twierdzeń, jakoby wcześniejsze jej rozwiązanie było sprzeczne z gospodarczym przeznaczeniem prawa i nie zasługiwało na ochronę. Umowa ta bowiem mogła zakończyć się w każdej chwili, chociażby z chwilą realizacji zdarzenia ubezpieczeniowego tj. śmierci ubezpieczonego. Pozwana winna się zatem liczyć z możliwością rozwiązania umowy przed upływem deklarowanych 22 lat. Nie sposób zatem uznać za lojalne i zgodne z zasadami współżycia społecznego działania pozwanej nakierowane wyłącznie na uzyskanie nadmiernych korzyści finansowych poprzez wygórowane obciążenia powoda kosztami prowadzenia działalności pozwanej. W istocie pozwana nie wykazała, aby faktycznie poniosła koszty w wysokości ponad 10.000 zł w związku z przedwczesnym zakończeniem umowy. Przedstawione przez nią wyliczenia nie przystają do rzeczywistości i w żaden sposób nie odzwierciedlają powyższych. Nie są one adekwatne do świadczeń pozyskanych od powoda. Pozwana, rekompensując sobie ewentualne koszty pobierała na ich poczet szereg różnych opłat, w tym opłatę wstępną i za ryzyko. Większość z tych opłat rosła wraz ze wzrostem wartości środków zgromadzonych przez powoda. Sąd podkreślił, że nie neguje, iż pozwana ma prawo do stosowania opłat. Stoi jednak na stanowisku, że w umowie powinny znaleźć się zapisy jasno definiujące charakter poszczególnych opłat, ich wysokość i zasady pobierania. Umowa zawarta pomiędzy stronami niniejszego sporu nie spełnia tych wymagań.

Sąd Rejonowy argumentował dalej, że ubezpieczyciel (pozwany) przewidział dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez podlegającego racjonalnej ocenie powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami, przy czym owo zastrzeżenie ma charakter uniwersalny tzn. jest całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Opłaty likwidacyjnej nie da się uniknąć. Nadto, nie jest możliwe jej oszacowanie na podstawie przedstawionego wzoru matematycznego, bo wzór jest nieczytelny. Powód nie miał zatem żadnych realnych możliwości pozyskania informacji o ewentualnych kosztach rozwiązania umowy, a zatem nie mógł racjonalnie przeanalizować ryzyka i opłacalności zawarcia umowy. W samych OWU brak jest definicji opłaty likwidacyjnej, zaś wzór matematyczny jest niezastosowalny. Nie wiadomo bowiem jak rozumieć wartość „100%”, od czego jest on liczony, nadto w jakich jednostkach miary stosować współczynniki K i T.

Sąd Rejonowy nie znalazł podstaw do uznania, aby wysokość opłaty likwidacyjnej była uzasadniona kosztami poniesionymi przez pozwaną na utrzymywanie ochrony ubezpieczeniowej i likwidację polisy. Wskazywane koszty dotyczące prowizji pośredników ubezpieczeniowych, wynagrodzenia akwizytorów i wszystkich innych kosztów były wydatkami ponoszonymi w związku z prowadzoną przez pozwaną działalnością gospodarczą. Nie jest generalnie wykluczona możliwość pobierania przez pozwaną opłat od konsumentów za świadczenie im usług, jednakże opłaty te nie mogą być „ukrywane” w opłacie za wykup czy opłacie likwidacyjnej. Pozwana pobierając tę opłatę, nie może obciążać powoda kosztami prowadzenia działalności gospodarczej, niepozostającymi w bezpośrednim związku z rozwiązaniem umowy. W czasie trwania umowy pozwana była uprawniona do pobierania od powoda różnorodnych opłat i je pobierała. Pozwana otrzymywała więc wynagrodzenie za szereg swoich działań, nie było więc podstaw, by obciążać powoda kosztami działalności pozwanej także poprzez pobieranie od niego wygórowanej opłaty za wykup polisy. Do podobnych konstatacji Sąd Rejonowy doszedł w odniesieniu do ukształtowania postanowień umownych dotyczących opłat za zarządzanie. Definicja zawarta w OWU jest bardzo niejasna i nie tłumaczy w jaki sposób można ją wyliczyć. Pozwana, co prawda przedstawia w załączniku do OWU wzór matematyczny, który jednakże jest trudny do zastosowania, o ile w ogóle możliwy. Opłata określona jest w sposób tak skomplikowany, że przeciętny człowiek nawet dysponujący całością dokumentacji księgowej związanej z daną umową nie byłby w stanie jej obliczyć. Trudno przy tym wymagać od powoda dysponowania taką wiedzą ekonomiczną i matematyczną. W OWU nie sposób doszukać się informacji, które wskazywałyby za co dokładnie pobierana jest przedmiotowa opłata, wobec czego powód miał prawo oczekiwać, iż służy ona jedynie pokryciu faktycznych kosztów zarządzania środkami powoda. Sąd Rejonowy podkreślił, że jej wysokość pozostaje w całkowitym oderwaniu od tychże kosztów. Jak wskazuje powód, zarządzanie ograniczało się do wysłania co miesięcznego maila z raportem o stanie funduszy i propozycjami ewentualnych dyspozycji dotyczących inwestycji. Sam wybór produktów, na które miały być lokowane środki należał do powoda, zatem pozwany nie był zobligowany do zarządzania w kontekście analizy rynku i dokonywania odpowiednich zmian na rachunku. Dodatkowo zgodnie z pkt 10 § 26 ubezpieczyciel zyskiwał uprawnienie do odstąpienia na czas określony od pobierania powyższych opłat, które to prawo realizował w formie jednostronnej decyzji, bez udziału drugiej strony.

W kontekście całokształtu powyższych rozważań Sąd stwierdził, że jednostronna całkowicie uznaniowa i niezależna od spełnienia żadnych warunków decyzja ubezpieczyciela w zakresie pobierania bądź niepobierania opłat dodatkowych stawia go na niezasadnie uprzywilejowanej względem konsumenta pozycji, co stanowi kolejny asumpt do uznania istnienia rażącej dysproporcji stron w przedmiotowej umowie.

W ocenie Sądu Rejonowego nie sposób podzielić poglądu pozwanej, że pobieranie opłat, czy to likwidacyjnej, czy to za zarządzanie ma pełnić rolę kompensacyjną i jest usprawiedliwione ponoszeniem przez Towarzystwo (...) znacznych kosztów zawarcia umowy, w tym wysokiej prowizji wypłacanej agentowi, jak również celem samej umowy, którym jest długotrwałe, regularne uiszczanie składek przez ubezpieczonego w celu ich inwestowania przez Towarzystwo (...) w wybrane fundusze kapitałowe. Mając na względzie powyższe twierdzenia pozwanego Sąd podkreślił, że w zakwestionowanych zapisach OWU brak jednoznacznego wskazania, że wyodrębnienie wśród świadczeń pozwanej Wartości Wykupu ma służyć pokryciu właśnie kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem umowy, w tym kosztów prowizji pośrednika. Tym samym takie ukształtowanie obowiązku konsumenta jest niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz konstruowania jasnych i przejrzystych postanowień umownych bez zatajania okoliczności wpływających na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta przy zawieraniu umowy. Zakwestionowane postanowienie umowne nakłada na konsumenta obowiązek poniesienia, w razie wypowiedzenia bądź rozwiązania umowy, kosztów wartości wykupu pochłaniającej znaczną część środków zgromadzonych na jego rachunku, jeżeli rozwiązanie umowy następuje do końca okresu 10 lat lub okresu utrzymania umowy, bez względu na wysokość środków zgromadzonych na rachunku. Nie budzi zatem wątpliwości, że pobranie przez pozwaną tych środków w oderwaniu od poniesionych przez nią kosztów, rażąco narusza interesy konsumenta, gdyż jest wyrazem nierówności stron, kształtując prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami.

Odnosząc się zaś do twierdzeń pozwanej o konieczności poniesienia przez nią kosztów Sąd Rejonowy wskazał, że pozwana pobiera w trakcie trwania umowy opłaty o różnym charakterze, które mają za zadanie rekompensować koszty dystrybucji danej umowy. Pozwana pobiera opłaty: administracyjną, operacyjną, za administrowanie i zarządzanie funduszami. Analiza postanowień OWU prowadzi do wniosku, że zarówno mechanizm ustalania wysokości tych opłat, jak i sposób wypłacania prowizji agentowi zależy wyłącznie od pozwanej a klient nie ma żadnego wpływu na powyższe kwestie, pomimo że mają one decydujący wpływ na jego interesy majątkowe w razie wypowiedzenia umowy. Tym samym - w ocenie Sądu - pozwana nie wykazała racjonalnego i dającego się zaakceptować powiązania kosztów i ryzyka ubezpieczyciela z wysokością wyliczonej opłaty likwidacyjnej.

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd meriti uznał, że postanowienie umowne zawarte w § 25 i § 26 Ogólnych Warunków Umowy spełnia przesłanki rażącego naruszenia interesów konsumenta oraz godzi w dobre obyczaje, a tym samym winno zostać uznane za niedozwoloną klauzulę umowną.

W ocenie Sądu Rejonowego podniesiony przez stronę pozwaną zarzut naruszenia art. 385<sup>2</sup> k.c. w zw. z art. 405 k.c. w zw. z art. 5 k.c. nie zasługuje na uwzględnienie, w kontekście żądania kwoty stanowiącej dodatkową alokację w wysokości 780 zł, przyznaną powodowi ze środków własnych pozwanej. Sąd nie doszukał się w żądaniu powoda nadużycia prawa, argumentując, że dodatkowy bonus został przyznany na podstawie autonomicznej decyzji uznaniowej pozwanej, która w ten sposób chciała uzyskać stałą motywację powoda do kontynuowania umowy, nadto został przydzielony w wyniku spełnienia przez powoda pewnych warunków. Sąd podkreślił niewysoką wartość bonusu w kontekście wartości wykupu bądź wartości uiszczanych przez powoda składek opiewających na ponad 40.000 zł. Powód, decydując się na zawarcie umowy z silnym akcentem kapitałowym, miał na celu osiągnięcie dodatkowego zysku poprzez korzystne inwestowanie środków, zaś po rozwiązaniu umowy – pomimo regularnego uiszczania składek i lokowania środków, ostateczny rezultat inwestycji był ujemny, a powód nie tylko nie zyskał, ale stracił zainwestowane pieniądze. W ocenie Sądu Rejonowego powód jako konsument i strona słabsza ekonomicznie nie nadużył prawa domagając się zwrotu premii przyznanej przez pozwanego w pierwszym okresie po zawarciu umowy, a zatem wiele lat temu, w wysokości nieprzystającej i w żaden sposób nierekompensującej rzeczywistej straty powoda. Sąd dodał, że sporny bonus został naliczony na podstawie ważnego postanowienia umowy stron, która została przez

powoda rozwiązana po wielu latach od jej zawarcia i przyznania bonusu. Nadto bonus alokacyjny powiększał aktywa powoda, będące podstawą do pobierania przez stronę pozwaną różnego rodzaju opłat. Uwzględnienie w rozliczeniach stron bonusu alokacyjnego w pełnej wysokości przyznanej przez stronę pozwaną byłoby niesprawiedliwe już z tej przyczyny, że powyższe opłaty pomniejszały także wskazany bonus. Zestawienie danych zgromadzonych w aktach sprawy pozwala na jednoznaczną ocenę, że pomimo przyznania bonusu alokacyjnego, nadal rozliczenie stron jest dla powoda niekorzystne.

Mając na względzie powyższe, Sąd, na mocy art. 410 k.c. w zw. art. 405 k.c. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 18.306,24 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 18 marca 2017 roku do dnia zapłaty, tytułem zwrotu nienależnego świadczenia. Skoro kwestionowane postanowienia zawarte w OWU stanowią niedozwolone postanowienia umowne, to z mocy art. 385<sup>1</sup> § 1 zd. 1 k.c., nie wiążą powoda będącego konsumentem. Kwoty tytułem opłat za zarządzanie i likwidacyjnej zostały pobrane przez pozwanego bez podstawy prawnej (tj. bez wiążących dla powoda postanowień umownych) i tym samym ich pobranie stanowiło nienależne świadczenie uzyskane przez pozwanego od powoda. Omawiane świadczenia zostały spełnione mimo braku zobowiązania do ich spełnienia (art. 410 § 2 k.c.) i z tego względu podlegają zwrotowi na podstawie art. 410 § 1 k.c. w zw. z art. 405 k.c.

O odsetkach Sąd Rejonowy orzekł na podstawie 455 k.c. w zw. art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym w razie, gdy dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Sąd Rejonowy podkreślił, że powód pismem z dnia 6 marca 2017 roku, doręczonym w dniu 10 marca 2017 roku, wezwał pozwaną do zapłaty kwoty 18.306,24 zł stanowiącej wartość rachunku składek z tytułu polisy bez potrącania „opłaty likwidacyjnej” i „opłaty za zarządzanie” w terminie 7 dni. Biorąc pod uwagę powyższe Sąd uznał, że roszczenie stało się wymagalne w dniu 17 marca 2017 roku, a pozwana pozostawała w opóźnieniu z jego zapłatą od dnia 18 marca 2017 roku i od tej daty – zgodnie z żądaniem pozwu - należało zasądzić odsetki ustawowe za opóźnienie.

O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 98 k.p.c., wskazując, że pozwany przegrał sprawę w całości, wobec tego powodowi przysługiwało roszczenie o zwrot poniesionych przez niego kosztów procesu w łącznej wysokości 4.533 zł, na które złożyły się: opłata sądowa od pozwu w wysokości 916 zł, koszty zastępstwa pełnomocnika w wysokości 3.600 zł ustalone zgodnie z § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U.2015.1800 ze zm.), w brzmieniu na datę wytoczenia powództwa oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł.

Apelację od wyroku złożył pozwany, zaskarżając orzeczenie w całości.

Zaskarżonemu wyrokowi apelujący zarzucił:

I. naruszenie przepisów prawa materialnego tj.:

1. art. 65 § 1 i § 2 k.c. w zw. z art. 13 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (obowiązującej w czasie zawarcia i obowiązywania umowy między stronami, dalej również jako (...)), poprzez brak zakwalifikowania Wartości Wykupu (określonej jednoznacznie przez stawkę opłaty likwidacyjnej) jako świadczenia głównego z przedmiotowej umowy;
2. art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. w zw. z art. 13 ust. 4 pkt 5 DzUbezpU, poprzez brak zakwalifikowania opłat za zarządzanie jako jednoznacznie określonego świadczenia głównego;
3. art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., poprzez niesłuszne uznanie, że postanowienia dotyczące opłaty za zarządzanie (w wysokości 1,45 % - 2,9 % wartości rachunku rocznie) są sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszają rażąco interesy powoda;
4. art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., poprzez niesłuszne uznanie, że postanowienia dotyczące wypłaty Wartości Wykupu (opłaty likwidacyjnej) kształtowały prawa powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Ponadto, z ostrożności procesowej, na wypadek uznania przez Sąd Odwoławczy, że pozwana nie była uprawniona do zatrzymania części środków znajdujących się na rachunku ubezpieczeniowym powoda, apelujący zarzucił następujące naruszenie prawa materialnego:

1. art. 5 k.c., poprzez nieuwzględnienie zarzutu nadużycia prawa podmiotowego w zakresie, w którym powód żąda zwrotu równowartości przyznanej mu Dodatkowej Alokacji (780,00 zł);
2. art. 409 k.c., poprzez jego niezastosowanie i nieuwzględnienie faktu, że pozwana, w świetle znajdującej się w aktach dokumentacji kosztowej, zużyła korzyść uzyskaną od powoda w taki sposób, że nie była wzbogacona o różnicę pomiędzy wartością rachunku ubezpieczeniowego a kwotą wypłaconą tytułem Wartości Wykupu;
3. art. 455 k.c. w zw. z art. 817 § 1 k.c. poprzez zasądzenie odsetek od dnia 2 września 2016 roku, podczas gdy odsetki należałoby ewentualnie liczyć najwcześniej od 31 dnia następującego po dniu doręczenia pozwanej wezwania do zapłaty.

W konsekwencji zgłoszonych zarzutów apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów postępowania za I instancję, zgodnie z wnioskiem złożonym przed Sądem Rejonowym i o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie w całości oraz o zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za instancję odwoławczą według norm przepisanych.

#### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja jest niezasadna. Tytułem wstępu zaznaczyć trzeba, że w sprawie niniejszej sąd drugiej instancji nie przeprowadził postępowania dowodowego ani nie zmienił ustaleń faktycznych sądu pierwszej instancji, a w apelacji nie zgłoszono zarzutów dotyczących tych ustaleń, wobec czego uzasadnienie wyroku może w myśl art. 387 § 2<sup>1</sup> k.p.c. zawierać jedynie wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa.

Analiza zarzutów apelacyjnych zawartych w pkt I. 1-4 wywiedzonego środka odwoławczego, tj. zarzutów naruszenia prawa materialnego w postaci art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., art. 13 ust. 4 pkt 2 i pkt 5 ustawy z dnia 13 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej oraz art. 65 § 1 i 2 k.c., prowadzi do wniosku, iż skarżący stoi na stanowisku, że Sąd meriti uchybił tym przepisom.

W pierwszej kolejności, wskazać należy, że umowa zawarta między stronami ma charakter umowy mieszanej i z całą pewnością nie jest „klasyczną umową ubezpieczenia”. Sąd Odwoławczy doszedł do przekonania, że w przeważającej mierze ma ona charakter umowy inwestycyjnej, a nie stricte ubezpieczeniowej. Tym samym niezasadnie strona pozwana twierdziła, że poniesiona przez powoda opłata likwidacyjna jest świadczeniem głównym i w związku z tym nie może podlegać kontroli na podstawie art. 385<sup>1</sup> k.c. W umowie, do której przystąpił powód, główne świadczenia stron ograniczały się do obowiązku zapłaty składki przez ubezpieczonego i świadczenia usług ubezpieczeniowych po stronie ubezpieczyciela, w szczególności spełnienia świadczenia związanego z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, zaś w zakresie elementu inwestycyjnego umowy - na obowiązku lokowania środków w określone produkty inwestycyjne. Niezależnie od powyższego, nawet gdyby przyjąć, że opłata likwidacyjna stanowiła główne świadczenie to jako sformułowana w sposób niejednoznaczny mogła podlegać ocenie pod kątem art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i następnych. Zdaniem Sądu Okręgowego dokonując oceny należy uwzględnić interpretację stosownych przesłanek abuzywności na gruncie dyrektywy 93/13/EWG (dobrej wiary w znaczeniu obiektywnym oraz znaczącej nierównowagi praw i obowiązków stron ze szkodą dla konsumenta), dokonywaną w oparciu o wskazania zawarte w samej dyrektywie. Przepis art. 385<sup>1</sup> k.c. stanowi implementację art. 3 dyrektywy Rady 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 roku w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz. Urz. WE L Nr 95, s. 29, ze zm.). Trzeba przy tym podkreślić, że w preambule wymienionej dyrektywy oraz w art. 5 zaznaczono, że umowy powinny



być sporządzone prostym i zrozumiałym językiem, a konsument powinien mieć faktycznie możliwość zapoznania się ze wszystkimi warunkami umowy, a wszelkie wątpliwości powinny być interpretowane na jego korzyść. Niewątpliwie powód jest konsumentem w rozumieniu art. 22<sup>1</sup> k.c., a sporne postanowienia umowne nie zostały z nim indywidualnie uzgodnione.

Ubezpieczyciel (pozwany) przewidział dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez podlegającego racjonalnej ocenie powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami, przy czym owo zastrzeżenie ma charakter uniwersalny tzn. jest całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Opłaty likwidacyjnej nie dawało się uniknąć, nie było możliwe jej oszacowanie na podstawie przedstawionego wzoru matematycznego, bo wzór jest nieczytelny. Powód nie miał żadnych realnych możliwości pozyskania informacji o ewentualnych kosztach rozwiązania umowy, a zatem nie mógł racjonalnie przeanalizować ryzyka i opłacalności zawarcia umowy. W samych OWU brak jest definicji opłaty likwidacyjnej, zaś wzór matematyczny jest niezastosowalny. Nie wiadomo bowiem jak rozumieć wartość „100%”, od czego jest on liczony, nadto w jakich jednostkach miary stosować współczynniki K i T. Nie można też doszukać się podstaw do uznania, że wysokość opłaty likwidacyjnej była uzasadniona kosztami poniesionymi przez pozwaną na utrzymywanie ochrony ubezpieczeniowej i likwidację polisy. Pozwana powołuje się na m.in. na koszty dotyczące prowizji pośredników ubezpieczeniowych i wynagrodzenia akwizytorów. Nie jest generalnie wykluczona możliwość pobierania przez pozwaną opłat od konsumentów za świadczenie im usług, jednakże opłaty te nie mogą być „ukrywane” w opłacie za wykup czy w opłacie likwidacyjnej. Pozwana pobierając tę opłatę, nie może obciążać powoda kosztami prowadzenia działalności gospodarczej, niepozostającymi w bezpośrednim związku z rozwiązaniem umowy. W czasie trwania umowy pozwana była uprawniona do pobierania od powoda różnorodnych opłat i je pobierała. Pozwana otrzymywała więc wynagrodzenie za szereg swoich działań, nie było więc podstaw, by obciążać powoda kosztami działalności pozwanej także poprzez pobieranie od niego wygórowanej opłaty za wykup polisy. Takie same wnioski dotyczą postanowień umownych dotyczących opłat za zarządzanie. Definicja zawarta w OWU jest bardzo niejasna i nie tłumaczy w jaki sposób można ją wyliczyć. Pozwana, co prawda przedstawia w załączniku do OWU wzór matematyczny, który jednakże jest trudny do zastosowania, o ile w ogóle możliwy. Opłata określona jest w sposób tak skomplikowany, że przeciętny człowiek nawet dysponujący całością dokumentacji księgowej związanej z daną umową nie byłby w stanie jej obliczyć. Trudno przy tym wymagać od powoda dysponowania taką wiedzą ekonomiczną i matematyczną. W OWU nie sposób doszukać się informacji, które wskazywałyby za co dokładnie pobierana jest przedmiotowa opłata, wobec czego powód miał prawo oczekiwać, iż służy ona jedynie pokryciu faktycznych kosztów zarządzania środkami powoda.

Z powyższego wynika jednoznacznie, że koszty ponoszone przez ubezpieczyciela przerzucają ryzyko prowadzonej przez pozwanego działalności na konsumenta, stanowią swoistą sankcję za wcześniejsze rozwiązanie przez niego umowy i godzą w równowagę kontraktową stosunku umownego. Zapisy te należy więc uznać za kształtujące obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Dla oceny, czy zachodzi sprzeczność z dobrymi obyczajami (naruszenie "dobrej wiary" w znaczeniu obiektywnym, stosownie do dyrektywy 93/13/EWG) istotne jest, czy przedsiębiorca traktujący konsumenta w sposób sprawiedliwy i słuszny mógłby racjonalnie spodziewać się, że konsument zgodziłby się na sporne postanowienie wzorca w drodze negocjacji indywidualnych (por. wyrok (...) z dnia 14 marca 2013 roku w sprawie C-415/11, A., (...):EU:C:2013:164, pkt 69). Trzeba zaznaczyć, że powód niewątpliwie nie zgodziłby się na takie warunki.

Na skutek owej sprzeczności z dobrymi obyczajami rażąco naruszono interesy konsumenta, i to nie tylko jego interes ekonomiczny, bowiem narażono go także na dyskomfort przez nierzetelne traktowanie i konieczność straty czasu, dążąc do odzyskania własnych pieniędzy. Nie można zgodzić się z apelującym, jakoby Sąd Rejonowy błędnie zakwalifikował postanowienia OWU dotyczące ustalania wartości Całkowitego Wykupu jako nie dotyczące świadczenia głównego stron. Ustawodawca wyłączył bowiem kontrolę abuzywności w odniesieniu do postanowień umowy określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie. Jakkolwiek pojęcie "głównych świadczeń stron" jest niejednoznaczne i jego rozumienie może budzić wątpliwości (zob. M. Bednarek, w: System PrPryw, t. 5, 2013, s. 757, Nb 364; W. Popiołek, w: Pietrzykowski, Komentarz, 2015, t. I, art. 385<sup>1</sup>, Nb 12; C. Żuławska, w:

Bieniek, Komentarz. Zobowiązania, t. I, 2011, art. 385<sup>1</sup>, s. 161), bowiem może być rozumiane jako obejmujące te elementy umowy, które są konieczne do tego, aby umowa w ogóle doszła do skutku, lub też, alternatywnie, elementy typizujące daną umowę jako ukształtowaną w określony sposób w k.c., to w orzecznictwie sądowym preferuje się jednak wąskie rozumienie tego pojęcia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2004 r., I CK 635/03), a do takiego rozumienia przychyliła się także Sąd Okręgowy rozpoznający niniejszą apelację. 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”. Sąd Okręgowy podkreśla w tym miejscu, że obowiązek wykładni pro unijnej nakazuje uwzględnić stanowisko Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości ( (...)), wyrażone w związku z interpretacją pojęcia „główny przedmiot umowy” zawartego w art. 4 ust. 2 dyrektywy Rady 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 roku w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz.U.L.95), który stanowi, że ocena nieuczciwego charakteru warunków nie dotyczy ani określenia głównego przedmiotu umowy, ani relacji ceny i wynagrodzenia do dostarczonych w zamian towarów i usług, o ile warunki te zostały wyrażone prostym i zrozumiałym językiem. Nie dość, że - jak już wyżej wskazano - kwestionowane zapisy OWU nie były wyrażone w sposób jasny i zrozumiały, to nie można uznać, że objęte one były świadczeniem głównym. Odnosząc się do zapisu akapitu dziewiętnastego preambuły dyrektywy Rady 93/13/EWG, warto zapoznać się z wyrokiem z dnia 23 kwietnia 2015 roku, C-96/14, J.-C. H. v. (...) SA, w którym dokonano wykładni art. 4 ust. 2 w stosunku do umowy ubezpieczenia, a mianowicie umowy ubezpieczenia, które jasno określają ryzyko ubezpieczeniowe (lub zakreślają jego granice) oraz określają odpowiedzialność ubezpieczyciela, nie będą podlegały wskazanej ocenie, ponieważ takie ograniczenia brane są pod uwagę przy obliczaniu składki opłacanej przez konsumenta. Trybunał stwierdził, że transakcja ubezpieczeniowa charakteryzuje się tym, że ubezpieczyciel zobowiązuje się w zamian za uprzednią zapłatę składki do świadczenia ubezpieczonemu, w przypadku realizacji ryzyka ubezpieczeniowego, usługi uzgodnionej przy zawarciu umowy. Trybunał uznał, że warunek ustanowiony w umowie ubezpieczenia jest objęty zakresem wyjątku zawartego w art. 4 ust. 2 dyrektywy tylko wtedy, gdy sąd stwierdzi po pierwsze, że w świetle charakteru, ogólnej systematyki i postanowień całości stosunku umownego, w którą ten warunek się wpisuje, a także kontekstu prawnego i faktycznego tego stosunku, wspomniany warunek określa podstawowy element wspomnianej całości, który jako taki ją charakteryzuje oraz po drugie, że warunek jest sporządzony prostym i zrozumiałym językiem, czyli że jest nie tylko zrozumiały dla konsumenta pod względem gramatycznym, ale też, że umowa wyjaśnia w sposób przejrzysty konkretne funkcjonowanie mechanizmu, do którego odnosi się dany warunek, a także stosunek pomiędzy tym mechanizmem, a mechanizmem przewidzianym w innych warunkach, tak aby konsument był w stanie przewidzieć, w oparciu o jednoznaczne i zrozumiałe kryteria, konsekwencje ekonomiczne, jakie wynikają dla niego z ustanowienia tego mechanizmu.

W okolicznościach niniejszej sprawy nie powinno budzić wątpliwości, że dla powoda jako konsumenta, intencją było zawarcie umowy ubezpieczenia na życie związane z inwestowaniem kapitału, co wiązało się dla powoda z obowiązkiem opłacania wysokich składek. Powód nie był jednak w stanie zrozumieć i przewidzieć konsekwencji ekonomicznych związanych z wcześniejszym rozwiązaniem umowy. Mechanizm wyliczania wartości Całkowitego Wykupu zawarty w OWU jest nieczytelny, brakuje w zapisach przejrzystych i konkretnych kryteriów dokonywanych wyliczeń. Jak już wskazano, pojęcie „głównych świadczeń stron” (art. 385<sup>1</sup> § 1 zd. 2 k.c.) należy interpretować raczej wąsko, w nawiązaniu do elementów przedmiotowo istotnych umowy (por. wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 czerwca 2004 roku, I CK 635/03). Przemawia za tym treść przepisu, ustawodawca posłużył się bowiem terminem „postanowienia określające główne świadczenia stron”, a nie zwrotem „dotyczące” takiego świadczenia, który ma szerszy zakres. Umowa ubezpieczenia na życie jest umową nazwaną, do której zastosowanie mają przepisy znajdujące się w szczególności w tytule XXVII, dziale I i III Kodeksu cywilnego oraz przepisy zawarte w ustawie z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2015, poz. 1206, ze zm.). 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. Opłaty likwidacyjnej czy quasi-opłaty, tzn. potrącenia procentowo określonej części świadczenia wykupu (przy czym cel obu jest identyczny) nie można uznać za jedno z głównych świadczeń stron. Zawarta pomiędzy stronami umowa,

nawet gdyby w ogóle nie regulowała kwestii Wykupu nadal byłaby tzw. umową o polisokatę, bowiem essentialia negotii tego stosunku prawnego są inne. 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. Powoduje to tyle, że sporne świadczenie jako świadczenie uboczne podlega ocenie przez pryzmat przepisu art. 385<sup>1</sup> k.c. Podkreślić ponownie należy, że postanowienia odnośnie świadczenia wykupu są niejasne i nieczytelne, zawierają wielokrotne i rozbudowane odwołania i normy odsyłające, co utrudnia ich odczytanie i zrozumienie, zwłaszcza przeciętnemu klientowi, niezwiązanemu z ryzykiem ubezpieczeń.

Stwierdzić należy także, że arbitralne przejęcie przez ubezpieczyciela znacznej części wpłaconych przez powoda środków, w wysokości nie mającej - w ocenie Sądu - związku z rzeczywiście poniesionymi kosztami, oraz fakt, że w takich okolicznościach to wyłącznie powód ponosił ryzyko wcześniejszego rozwiązania umowy rażąco naruszało jego interes jako konsumenta, a nadto było wyrazem nierówności stron tego stosunku zobowiązaniowego, kształtując prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Podkreślić trzeba, że istnieje swoiste domniemanie prawne abuzywności takich postanowień umownych, które obciążają tylko klienta kosztami wcześniejszego rozwiązania umowy. Podobnie trzeba ocenić postanowienia umowne, które prowadzą do powstania rażącej dysproporcji świadczeń stron na niekorzyść konsumenta jak też w praktyce wyłączają odpowiedzialność kontrahenta konsumenta za jego zobowiązania umowne lub czyniąc tę odpowiedzialność symboliczną. Taka sytuacja ma miejsce w niniejszej sprawie. Zatem można uznać, że przedmiotem badania nie jest to, czy strona pozwana ma prawo do pokrycia kosztów ze składek ubezpieczeniowych, czy też czerpania zysków, bo takie prawo niewątpliwie posiada jako podmiot prowadzący działalność gospodarczą, ale to czy poszczególne postanowienia umowne kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (art. 381<sup>1</sup> § 1 k.c.). Badanie to dokonywane jest według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny (art. 382<sup>2</sup> k.c.).

Dodać należy, że mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może jednak polegać na obciążaniu ich, w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy opłatami, których charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w ogólnych warunkach umowy wyjaśnione. Wcześniejsze wygaśnięcie takiej umowy wskutek jej wypowiedzenia przez ubezpieczonego nie jest jej celem, choć taka możliwość została w niej przewidziana, a zatem przewidziana w takim wypadku opłata likwidacyjna pobierana jest jedynie w sytuacji niestanowiącej celu zawarcia umowy. Głównym celem, do którego dążą ubezpieczający, jest uzyskanie możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego w drodze inwestowania kapitału wpłaconego tytułem składek, ewentualnie uzyskanie świadczenia na wypadek śmierci czy dożycia określonego wieku, a nie wcześniejsze wycofanie się umowy i otrzymanie przewidzianego na ten wypadek świadczenia – z tego więc powodu opłaty likwidacyjnej nie można uznać z pewnością za świadczenie główne wynikające z umowy.

W tych okolicznościach za bezzasadne należy uznać zarzuty naruszenia prawa materialnego w postaci art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., art. 13 ust. 4 pkt 2 i pkt 5 ustawy z dnia 13 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (obowiązującej w dacie zawarcia i obowiązywania umowy pomiędzy stronami) oraz art. 65 § 1 i 2 k.c.

Chybiony jest także zarzut naruszenia przez Sąd I instancji art. 5 k.c. poprzez brak uznania, iż dochodzenie przez powoda zwrotu równowartości umownego bonusu w kwocie 780 zł stanowi nadużycie prawa podmiotowego. Zgodnie z utrwalonym zarówno w doktrynie, jak i w orzecznictwie, poglądem, powołany przepis ma charakter wyjątkowy, gdyż jego stosowanie prowadzi do ograniczenia praw podmiotowych, a zatem winien być wykładany ściśle oraz stosowany z ostrożnością i jedynie w wyjątkowych wypadkach. Zdaniem Sądu odwoławczego, na gruncie przedmiotowej sprawy taki wyjątkowy wypadek nie zachodzi. W pierwszej kolejności trzeba bowiem stwierdzić, że żadne z postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie przewiduje, aby przyznana powodowi jako tzw. „bonus” kwota 780 zł podlegała zatrzymaniu przez pozwane towarzystwo ubezpieczeń w razie wcześniejszego rozwiązania umowy przez

ubezpieczonego. Co więcej, Sąd II instancji stoi na stanowisku, że – wbrew wywodom apelacji – nie ma podstaw do przyjęcia, iż przyznanie wspomnianej kwoty miało na celu wyłącznie zachęcenie ubezpieczonego do długiego oszczędzania – co uzasadniać miałyby tezę, że w sytuacji, kiedy ów cel się nie zrealizował, sprzeczne z zasadami współzycia społecznego jest domaganie się jej wypłacenia – ale w równej mierze stanowiło pewien sposób promowania oferowanego produktu finansowego na tle konkurencyjnych ofert innych przedsiębiorców działających w tym samym segmencie rynku w celu nakłonienia klienta do zawarcia umowy właśnie z pozwanym towarzystwem ubezpieczeń. Jeśli skarżący zdecydował się dla osiągnięcia określonych korzyści zachęcać potencjalnych kontrahentów do zawierania umów ubezpieczenia na życie za pośrednictwem finansowych bonusów, a jednocześnie nie zawarł w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia jakichkolwiek zapisów, które określałyby, co dzieje się z tą kwotą w sytuacji wcześniejszego wygaśnięcia umowy, nie powinien domagać się, aby konsekwencjami tego zaniechania obciążony został powód, który z takiej oferty skorzystał. W ocenie Sądu odwoławczego, nie sposób uznać, że sprzecznie z zasadami współzycia społecznego postępuje konsument, który domaga się zwrotu środków pieniężnych należących wszakże do niego od chwili zawarcia umowy i zaoferowanych mu wówczas przez samego ubezpieczyciela, jako zachęta do wybrania właśnie jego oferty. Na uwzględnienie nie zasługuje także argument strony apelującej, jakoby powód bezpodstawnie wzbogacił się jej kosztem. Skarżący zdaje się nie dostrzegać, że tzw. „bonus” przyznano powodowi na podstawie ważnej umowy, a zatem pozwany nie może twierdzić, że powód wzbogacił się kosztem jego majątku bez podstawy prawnej.

Strona pozwana powołując się na brzmienie art. 409 k.c. wskazała, że wskutek zużycia korzyści nie jest wzbogacona. Zarzut ten nie zasługiwał na uwzględnienie. Zgodnie z brzmieniem tego przepisu, niezależnie od faktu rzeczywistego zużycia lub utraty uzyskanej bez podstawy prawnej korzyści, dla rozstrzygnięcia o obowiązku jej zwrotu zasadnicze znaczenie ma powinność przewidywania obowiązku zwrotu. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 2 marca 2010 roku w sprawie II PK 246/09, powinność ta oznacza zarówno sytuację, w której zobowiązany do zwrotu wiedział, że korzyść mu się nie należy, jak również sytuację, gdy co prawda był subiektywnie przekonany, iż korzyść mu się należy, lecz na podstawie okoliczności sprawy obiektywnie powinien się liczyć z możliwością obowiązku zwrotu. Wzbogacony powinien liczyć się z obowiązkiem zwrotu także wówczas, gdy przy dołożeniu należytej staranności powinien był przynajmniej powziąć istotną wątpliwość co do tego, czy uzyskana przez niego korzyść ma podstawę prawną i podstawa ta jest trwała. Dla istnienia obowiązku z art. 409 k.c. wystarczająca jest ocena, że przekonanie wzbogaconego co do podstawy prawnej uzyskania korzyści nie znajdowało uzasadnienia w obiektywnych okolicznościach. W niniejszej sprawie na stronie pozwanej jako na profesjonalistcie, którego staranność działania oceniana jest z zastosowaniem bardziej rygorystycznych kryteriów (art. 355 § 2 k.c.), spoczywał obowiązek zgodnego z przepisami ukształtowania treści umowy. Niewątpliwie będąc podmiotem doświadczonym w prowadzeniu działalności ubezpieczeniowej powinien był on liczyć się z obowiązkiem zwrotu w przypadku niekorzystnego dla konsumenta ukształtowania stosunku prawnego.

Na uwzględnienie nie zasługiwał nadto zarzut niezasadnego obliczenia odsetek. Strona pozwana powołała się na przepis art. 455 k.c. w zw. z art. 817 § 1 k.c., z którego wynika, że ubezpieczyciel jest zobowiązany spełnić świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Systematyka kodeksowa oraz jednoznaczna treść przepisu wskazują, że termin 30 dni zarezerwowany jest dla wypłaty przynajmniej bezspornej części świadczenia w przypadku ziszczenia się zdarzenia ubezpieczeniowego. Dla oceny prawidłowości zastosowania art. 455 k.c. zasadnicze znaczenie ma fakt, że w przedmiotowej sprawie nie doszło do zaistnienia przesłanek uzasadniających odpowiedzialność ubezpieczyciela tj. dożycia określonej daty ani śmierci ubezpieczonego. W kontekście powyższego brak podstaw do przyjęcia, że obowiązek wypłaty odsetek powstał najwcześniej od 31 - go dnia od doręczenia wezwania zapłaty. Prawidłowo zatem Sąd Rejonowy uwzględnił żądanie powoda w tym zakresie zgodnie z pozwem.

Podsumowując powyższe wywody, uznać trzeba, że apelacja pozwanego nie zawiera zarzutów mogących podważyć stanowisko Sądu Rejonowego, w związku z czym podlega oddaleniu w oparciu o art. 385 k.p.c.

Z uwagi na wynik kontroli instancyjnej kwestionowanego rozstrzygnięcia, skarżący, jako strona przegrywająca postępowanie odwoławcze, winien w oparciu o art. 98 § 1 k.p.c. zwrócić powodowi poniesione przez niego koszty zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym, tj. kwotę 1.800 zł, której wysokość ustalono na podstawie § 10

ust. 1 pkt 1 w związku z § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. z 2017 r., poz. 1800 ze zm.).