

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 3 listopada 2015 r. wydanym w sprawie o sygn. akt I C 687/15 Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi w pkt 1. wyroku zasądził od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz A. S. kwotę 5.544 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 21 grudnia 2013 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 1.253 zł, w pkt 2. wyroku oddalił powództwo w pozostałym zakresie, w pkt 3. orzekł o zwrocie na rzecz (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 2.000 zł tytułem nadpłaconych wydatków.

(wyrok – k. 173)

Podstawę rozstrzygnięcia Sądu I instancji stanowiły następujące ustalenia faktyczne:

W dniu 28 lipca 2010 r. strony zawarły umowę o ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną M. (...). Wysokość składki określono na kwotę 6000 złotych rocznie, którą powódka uiściła. Z uwagi na niewpłacenie składki za 2011 r., umowa została rozwiązana przez stronę pozwaną.

Z tytułu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczyciel pobierał następujące opłaty, których wysokość określona została w załączniku do OWU:

- wstępną (2% w przypadku składki dodatkowej),
- za udzielanie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej (2zł miesięcznie),
- za ryzyko,
- administracyjną (w okresie od 01.2010 do 12.2012 – 10,23zł miesięcznie),
- za zarządzanie aktywami jednostek funduszy i aktywami portfel modelowy (2,40% rocznie),
- opłatę operacyjną i inne opłaty z tytułu usług dodatkowych, w przypadku składki regularnej w wysokości 6.000zł – 2,40%.

Z zapłaconych składek finansowane były koszty związane z zawieraniem umów (koszty akwizycji) obejmujące koszty bezpośrednie w tym prowizje agentów, wynagrodzenia pracowników bezpośrednio związanych ze sprzedażą, koszty badań lekarskich i ekspertyz związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia, koszty wystawienia polisy i włączenia jej do portfela ubezpieczeń. Prowizja pośrednika zależała od wysokości składki i stanowiła co najmniej 100% jej wartości. Składka miała pokrywać również koszty pośrednie, w tym koszty reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych, koszty zarządzania portfelem umów ubezpieczenia. Były one przypisywane do polis za pomocą klucza księgowego polegającego na tym, że wszystkie poniesione przez ubezpieczyciela koszty poniesione w danym okresie przypisywane są do polis zawartych w tym okresie. Z uwagi na spadek notowań jednostek funduszy, w które powódka zainwestowała, pomimo promocyjnej alokacji środków w kwocie 600zł, wartość jednostek uczestnictwa na dzień rozwiązania umowy wynosiła 5544zł, natomiast opłata za wykup obliczona zgodnie z OWU – 6000zł.

Zgodnie z §10.1 OWU umowa ulegała rozwiązaniu wskutek niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej po wezwaniu do zapłaty w terminie dodatkowym. W razie rozwiązania umowy ubezpieczyciel dokonywał wypłaty świadczenia wykupu w zakresie wartości części bazowej rachunku pomniejszonej o koszty związane z dystrybucją i zawarciem umowy oraz koszty związane z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, które w związku z przedmiotowym rozwiązaniem umowy nie mogły zostać pokryte przez ubezpieczyciela w trakcie całego okresu, na jaki umowa została zawarta. Procent części bazowej rachunku wypłacany ubezpieczającemu w przypadku odpisania jednostek funduszu

z części bazowej rachunku w związku z całkowitą lub częściową wypłatą świadczenia wykupu w pierwszym i drugim roku wynosił 0%. Świadczenie wykupu stanowiło kwotę świadczenia z umowy wypłacanej przez ubezpieczyciela w przypadkach określonych w OWU z przyczyn innych niż dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia, śmierci ubezpieczonego lub odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy.

Sąd Rejonowy oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego na okoliczność kosztów poniesionych przez pozwaną w związku z zawarciem i zakończeniem umowy ubezpieczenia. Sąd wskazał, że zeznania świadka w zakresie wysokości kosztów związanych z samym zawarciem umowy potwierdzone zostały dokumentem prywatnym w postaci faktury i wyciągu raportu prowizyjnego. Poniesienie kosztu bezpośredniego w wysokości 6000 zł zostało przez stronę pozwaną wykazane, wobec czego brak było podstaw do przeprowadzania dowodu z opinii biegłego co do dalszych kosztów w tym pośrednich. Decyzja ta wynikała również z faktu, że w pozostałym zakresie strona pozwana nie przedstawiła materiału, który miałby zostać poddany pod ocenę biegłego. W przypadku dopuszczenia dowodu z opinii biegłego, jego rolą musiałoby być zatem nie tyle dostarczenie Sądowi wiadomości specjalnych, co wyłączenie pozwanej w przedstawieniu szczegółowych twierdzeń faktycznych co do wysokości poniesionych kosztów.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Twierdzenie przez stronę powodową, że świadczenie wykupu stanowi jedno ze świadczeń głównych nie zasługiwało na uwzględnienie. W szczególności nie determinował tej oceny sam zapis w OWU. Była to bowiem nadal opłata likwidacyjna (nazwana świadczeniem wykupu), którą ponosił konsument między innymi w razie niezapłacenia kolejnej składki regularnej. Przed upływem 2 lat polisy – wypłata świadczenia wykupu nastąpić mogła tylko w kwocie równej części wolnej rachunku ((...)), a po upływie 2 lat polisy – w kwocie równej części wolnej rachunku + odpowiedni odsetek części bazowej rachunku ((...)), zgodnie z tabelą z ust. 15 załącznika nr 1 OWU. Na część bazową rachunku składały się środki zapisane na rachunku jednostek funduszy, pochodzącej ze składki regularnej za okres bazowy (pierwsze 7 lat polisy). Na część wolną rachunku składały się środki zapisane na rachunku jednostek funduszy pochodzące ze składki regularnej po okresie bazowym oraz ze składek dodatkowych.

Oznacza to, że przed upływem 2 lat polisy świadczenie wykupu odpowiadało jedynie wartości środków pochodzących ze składek dodatkowych, a zatem brak było możliwości odzyskania jakiegokolwiek części składki regularnej. Z tego względu Sąd Rejonowy przyjął,

że nie ma podstaw do przyjęcia, że w łączącej strony umowie w okresie jej trwania występowały trzy świadczenia mające zdaniem strony pozwanej cechować umowę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i składką regularną,

tj. świadczenie z tytułu śmierci, świadczenie z tytułu dożycia, wypłata inwestowanych środków według ich aktualnej wartości. Z góry bowiem założono, że przed upływem dwóch lat polisy, przy umowach w których ubezpieczający nie opłaca składek dodatkowych, a zatem w takiej umowie, jaką zawarła powódka, będą tylko dwa świadczenia główne i nie będzie nim świadczenie wykupu. Z tego względu Sąd Rejonowy stwierdził, iż powódka miała otwartą drogę do kwestionowania spornego zapisu i wykazania jego abuzywności.

Sąd I instancji wskazał, iż należy się przy tym zastanowić czy zastrzeżenie przez ubezpieczyciela, że w pierwszych dwóch latach część bazowa rachunku wypłacana jest w wysokości 0%, a w trzecim roku 20%, w istocie zmienia sytuację konsumenta w stosunku do zapisu, że w pierwszych dwóch latach opłata likwidacyjna wynosi 100%, a potem 80%.

W dalszym ciągu chodziło w ocenie Sądu o wskazanie jaką kwotę zatrzymuje ubezpieczyciel. Z tego punktu widzenia, zdaniem Sądu Rejonowego, nadal mamy do czynienia z opłatą likwidacyjną, która jest potrącana przez ubezpieczyciela z kwoty stanowiącej jego świadczenie główne. Inaczej rzecz ujmując opłata za całkowity wykup wartości polisy wynosi w pierwszym i drugim roku polisy 100% jej wartości. W orzecznictwie w zasadzie jednolicie przyjmuje się, że nie jest świadczeniem głównym opłata dodatkowa, mająca charakter zbliżony do kary umownej czy do odstępnego.

Poza sporem pozostawała okoliczność, że zapis określający wysokość sumy wykupu nie był negocjowany indywidualnie. Stąd też dopuszczalne było przeprowadzenie indywidualnej kontroli spornego postanowienia pod kątem ewentualnej abuzywności – ukształtowania praw i obowiązków powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, z rażącym naruszeniem jej interesów.

Pierwszym, na co zwrócił uwagę Sąd Rejonowy podczas analizy spornego postanowienia umownego, była rażąca wysokość potrącanej opłaty. Była ona tak wysoka, że przez pierwsze 2 lata pochłaniała całość składki zapłaconej przez ubezpieczonego, co należało uznać za niedopuszczalne z punktu widzenia zasad współżycia społecznego. Rezygnacja przez ubezpieczonego z dalszego wnoszenia składek ubezpieczeniowych (w rozpatrywanym okresie czasu) skutkowałą utratą wszystkich środków. W istocie więc ubezpieczyciel przewidział tu dla ubezpieczającego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy – przerzucając na ubezpieczającego poniesione wydatki, przy czym zastrzeżenie to było całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa.

Tak sformułowane postanowienie naruszało dobre obyczaje, gdyż sankcjonowało przejście przez ubezpieczyciela całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od potrzeby poniesienia przez ten podmiot wydatków. Wzorzec umowny przewidywał bowiem swoisty ryczałt, niezależny od okoliczności dotyczących umowy z konkretnym konsumentem. Nie stanowiło dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter. Sąd zważył, że ubezpieczyciel w trakcie trwania umowy pobiera przecież bieżące opłaty, tj. opłatę administracyjną (10,23 zł miesięcznie), opłatę za ryzyko, opłatę za zarządzanie funduszami.

Sąd I instancji wskazał dalej, iż standardem rynkowym była prowizja w wysokości 100% lub więcej pierwszorocznej składki. Nadto, konsument nie miał jakiegokolwiek wpływu na decyzje pozwanego dotyczące umów zawieranych z pośrednikami czy też kosztów zleczanych przez pozwanego reklam. Ponadto ubezpieczyciel nie może ze składek ubezpieczonego pokrywać kosztów poniesionych przez siebie z tytułu prowizji dla agenta - są to bowiem koszty ogólne prowadzenia przezeń działalności gospodarczej. Ubezpieczony nie ma na nią wpływu i nie jest stroną umowy zawartej przez ubezpieczyciela z agentem. Nadto, zgodnie z art. 761³ § 2 k.c. i 761⁴ k.c., jeżeli umowa zawarta pomiędzy ubezpieczycielem, a ubezpieczonym ma być wykonywana częściami, agent nabywa prawo do prowizji w miarę wykonywania tej umowy; natomiast w razie rozwiązania umowy z przyczyn nie leżących po stronie ubezpieczyciela (np. jak w niniejszej sprawie) - agent nie może żądać prowizji, a prowizja już wypłacona podlega zwrotowi.

Pomocniczo Sąd Rejonowy uwzględnił, że analogiczne postanowienia wzorców umownych figurują w rejestrze klauzul niedozwolonych (wyroki (...) o sygn. akt XVIII Amc 1704/09, pozycja 3834 w rejestrze, a także XVIII AmC 974/11, pozycja 4633 w rejestrze).

Podsumowując, Sąd I instancji wskazał, iż kwestionowany zapis rażąco narusza interes konsumenta, gdyż prowadzi do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych (ustalonych z góry, niezmiennych) korzyści kosztem ubezpieczonego. Te wszystkie przyczyny powodują, że zapis w ogólnych warunkach umowy o wypłacie 0% wysokości części bazowej rachunku w ciągu pierwszych dwóch lat są nieważne i nie wiążą powódki. Oznacza to, że zastosowanie znajduje §10 ust. 2 polisy, który odsyła do § 23 OWU, stanowiącego w ust. 5, że wysokość świadczenia wykupu na dany dzień równa się wartości części wolnej rachunku oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku, wskazanego w ust. 15 załącznika nr 1 do OWU. Ponieważ wskazana tam 0% wielkość części bazowej rachunku uznana została

za abuzywną, powódka ma prawo do części bazowej rachunku czyli do środków zapisanych na rachunku jednostek funduszu pochodzących ze składki regularnej. Ponieważ zgodnie z poczynionymi ustaleniami ta wysokość wynosiła 5.544zł, taka kwota podlega wypłacie. W pozostałym zakresie w części dotyczącej należności głównej powództwo podlegało oddaleniu.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany, zaskarżając orzeczenie w zakresie punktu 1 wyroku.

Skarżonemu orzeczeniu zarzucił:

1. naruszenie przepisu art. 6 kc w zw. z art. 232 kpc poprzez jego błędne zastosowanie i przyjęcie, że powódka przedstawiła dowody świadczące o tym, że postanowienie wzorca umownego stosowanego przez pozwaną stanowi postanowienie niedozwolone, pomimo braku przedstawienia takiego dowodu przez powódkę.
2. naruszenie prawa procesowego, tj. art. 232 kpc poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegające na:
 - a) całkowitym pominięciu przez Sąd I instancji przy rozpoznaniu sprawy warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi łączącej powódkę z pozwaną i uznaniu, iż pozwana zatrzymuje jakieś środki powódki czy też świadczenie wykupu ma charakter opłaty likwidacyjnej, jak również, iż pozwana nie informuje w OWU konsumenta o tym, iż koszty ponoszone przez pozwaną w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w tym koszty akwizycji mają wpływ na wysokość świadczenia wykupu,
 - b) uznaniu, iż świadczenie wykupu nie jest głównym świadczeniem z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym,
 - c) braku dołożenia należytej wagi do okoliczności wynikającej z wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, iż powódka własnoręcznie podpisała otrzymanie oraz akceptację dla treści OWU,
 - d) braku dołożenia należytej wagi do okoliczności wynikającej ze złożonych do akt sprawy dokumentów i zeznań świadka, iż pozwana poniosła w związku z umową ubezpieczenia z powódką liczne koszty oraz ponosiła ryzyko ubezpieczeniowe wystąpienia zdarzenia w postaci śmierci powódki, a z przepisów prawa wynika, iż wpłacona składka powinna wystarczyć na wypłatę świadczeń z umowy ubezpieczenia oraz pokryć koszty działalności ubezpieczeniowej oraz zapewnić odpowiedni zysk w celu zachowania odpowiedniego marginesu wypłacalności.
3. naruszenie prawa procesowego tj. art. 278 § 1 kpc poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarium, podczas gdy rozstrzygnięcie sprawy wymaga wiadomości specjalnych tj. wiadomości o metodach aktuarialnych, aby móc określić czy wysokość świadczenia wykupu wynika z konieczności pokrycia przez pozwaną kosztów wykonywania działalności z wpłaconej przez powoda i innych ubezpieczających składek.
4. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 385¹ kc oraz art. 805 kc w związku z art. 829 § 1 kc i z art. 2 ust. 1 pkt. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz. U. z 2013 roku póź. 950 póź zm.) („ustawa o działalności ubezpieczeniowej”) poprzez jego błędną interpretację oraz błąd w ustaleniach faktycznych i uznanie, iż:
 - a) postanowienie OWU stanowi postanowienie niedozwolone, w tym w szczególności poprzez fakt, iż pozwana w istocie rzeczy stosuje opłatę likwidacyjną a nie świadczenie wykupu,
 - b) postanowienie umowne stoi w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interes powoda,
 - c) świadczenie wykupu nie jest głównym świadczeniem stron,

d) w przypadku stwierdzenia braku związania powoda postanowieniami dotyczącymi świadczenia wykupu na skutek uznania ich za abuzywne, powódce przysługuje wypłata świadczenia wykupu w wysokości wartości podstawowej polisy, podczas gdy prawidłowa wykładnia treści normatywnej OWU po usunięciu postanowień dotyczących świadczenia wykupu prowadzi do wniosku, iż w takim przypadku powódce nie przysługuje żadne świadczenia w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy ubezpieczenia.

5. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 385² kc w związku z art. 65 § 2 kc poprzez jego błędną interpretację i dokonanie indywidualnej kontroli wzorca umownego całkowicie z pominięciem reguły interpretacyjnej wyznaczonej przez przepisy prawa, w tym w szczególności bez dokonania oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia, w tym okoliczności ekonomiczne po stronie pozwanej oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny, przy całkowitym pominięciu przez Sąd okresu, na jaki zostały zawarte wzajemne zobowiązania stron, oraz okoliczności, że jej zerwanie było jednostronną czynnością powódki niezwiązaną z żadnymi przyczynami leżącymi po stronie pozwanej, jak również, iż to powódka dokonała wyboru okresu trwania umowy ubezpieczenia, wysokości składki, częstotliwości jej opłacania oraz funduszy na które była alokowana składka, a nadto mogła na warunkach OWU dokonywać wiążących pozwanego dyspozycji zmian elementów wymienionych wyżej oraz zawiesić opłacanie składki.

6. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 18 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego błędną interpretację i uznanie, iż pozwana nie ma prawa pokrycia kosztów wykonywania umowy ubezpieczenia ze składki wpłaconej przez powódkę i alokowanej w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe.

7. naruszenie prawa materialnego w postaci art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego błędną wykładnię i uznanie, iż postanowienia OWU stanowią postanowienia niedozwolone i tym samym uznanie, iż pozwana jako zakład ubezpieczeń nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzonej działalności ze środków wpłaconych przez powódkę jako składka z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia oraz tym samym nie ma obowiązku prowadzenia działalności rentownej.

8. naruszenie prawa materialnego, tj. § 2 ust. 1 pkt. 19-21 oraz art. 16 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. nr 226 póź. 1825) ((...)) poprzez błędną interpretację i uznanie, iż pozwana nie ma prawa pokrycia kosztów związanych z prowadzoną przez siebie działalnością, w tym w szczególności koszty ponoszone przez pozwaną nie są sprecyzowane i pozwana nie ma prawa amortyzować kosztów akwizycji w czasie, pomimo, iż wyżej wspomniane Rozporządzenie zarówno określa szczegółowo koszty ponoszone przez pozwaną i koszty które pozwana ma rozliczyć z wpłaconych składek jak określa czas ich amortyzacji jak i termin jakich należy je rozliczyć.

9. naruszenie art. 813 § 1 k.c. poprzez błędną interpretację i uznanie, iż na pozwanej ciążył wobec powódki obowiązek zwrotu składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony, podczas gdy powódka opłacała składkę regularną w wysokości 6000 zł rocznie, w szczególności nie opłaciła składki za przyszły okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej oraz wykorzystała okres ochrony ubezpieczeniowej, za który opłaciła składkę.

10. Błąd w ustaleniach faktycznych, naruszenie prawa procesowego tj. art. 479⁴³ w zw. z art. 365 w zw. z art. 366 k.p.c. polegający na błędnym ustaleniu przez Sąd I instancji, iż pozwana jest związana wpisami do rejestru klauzul niedozwolonych dokonanych na skutek postępowań przed Sądem Ochrony Konkurencji i Konsumentów prowadzonych przeciwko innym

niż pozwany ubezpieczycielom, w których pozwana nie brała udziału.

Wobec powyższego skarżący wniósł o zmianę skarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na rzecz pozwanej od powódki kosztów postępowania za dwie instancje, ewentualnie uchylenie skarżonego orzeczenia i przekazanie do ponownego rozpoznania Sądu I instancji.

(apelacja – k. 183)

Na terminie rozprawy 3 czerwca 2016 r. pełnomocnik powódki wniósł o oddalenie apelacji oraz zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

(protokół rozprawy – k. 231-232)

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja była bezzasadna, co skutkowało jej oddaleniem.

Wobec sformułowania przez skarżącą zarzutów naruszenia przepisów postępowania, należało odnieść się do nich w pierwszej kolejności, gdyż wnioski w tym zakresie z istoty swej determinują rozważania co do pozostałych zarzutów apelacyjnych. Jedynie nieobarczone błędem ustalenia faktyczne, będące wynikiem należyście przeprowadzonego postępowania, mogą być bowiem podstawą oceny prawidłowości kwestionowanego rozstrzygnięcia w kontekście twierdzeń o naruszeniu przepisów prawa materialnego.

Skarżąca podniosła naruszenie przez Sąd przepisu art. 233 kc. W myśl przepisu art. 233 § 1 kpc, sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Ocena dowodów polega na ich zbadaniu i podjęciu decyzji, czy została wykazana prawdziwość faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. Celem sądu jest tu dokonanie określonych ustaleń faktycznych, pozytywnych bądź negatywnych i ostateczne ustalenie stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia.

Ocena wiarygodności mocy dowodów przeprowadzonych w danej sprawie obejmuje rozstrzygnięcie o przeciwnych twierdzeniach stron na podstawie własnego przekonania sędziego powziętego w wyniku bezpośredniego zetknięcia ze świadkami, stronami, dokumentami i innymi środkami dowodowymi. Powinna odpowiadać regułom logicznego rozumowania wyrażającym formalne schematy powiązań między podstawami wnioskowania i wnioskami oraz uwzględniać zasady doświadczenia życiowego wyznaczające granice dopuszczalnych wniosków i stopień prawdopodobieństwa ich występowania w danej sytuacji.

Jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd wskazanego przepisu wymaga zatem wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, tylko to bowiem może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów.

Pozwana podniosła, iż powódka nie wykazała żadnej inicjatywy dowodowej co do swojego roszczenia stosownie do art. 6 kc w zw. z art. 232 kpc. Ze stwierdzeniem tym nie sposób się zgodzić. Powódka wykazała inicjatywę dowodową w niniejszym postępowaniu pozwalającą na udowodnienie zasadności i wysokości jej roszczenia poprzez złożenie dokumentów będących w posiadaniu powódki, wносиła również o zobowiązanie pozwanego do złożenia akt ubezpieczeniowych oraz dopuszczenie dowodu z przesłuchania powódki. Sąd we własnym zakresie dokonał natomiast oceny spornych postanowień umowy pod kątem ich abuzywności. Zakres możliwej inicjatywy dowodowej powódki z uwagi na sam charakter niniejszej sprawy był zatem ograniczony.

Wbrew twierdzeniom apelacji, Sąd I instancji przy rozpoznaniu sprawy wyczerpująco odniósł się do ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi łączącej powódkę z pozwaną. Wyjaśnił przy tym powody, dla których świadczenie wykupu w niniejszej sprawie w istocie stanowi opłatę likwidacyjną, które Sąd Okręgowy w całości podziela. Fakt, iż powódka własnoręcznym podpisem potwierdziła otrzymanie oraz akceptację dla treści OWU nie wpływa natomiast na ocenę, że sporne postanowienia nie zostały uzgodnione indywidualnie. Sąd Rejonowy wziął również pod uwagę fakt, że pozwana poniosła w związku z umową ubezpieczenia z powódką liczne koszty oraz ponosiła ryzyko ubezpieczeniowe wystąpienia zdarzenia w postaci śmierci powódki. Nie zmieniało to jednakże oceny, że sporne postanowienie stanowi klauzulę abuzywną z powodów wymienionych przez Sąd Rejonowy. Uzasadniając zarzut naruszenia art. 232 kpc w pozostałym zakresie, pozwana podjęła w istocie polemikę z wnioskami wyciągniętymi przez Sąd Rejonowy na podstawie zebranych dowodów, co stanowiłoby naruszenie przepisów prawa materialnego, nie zaś naruszenie art. 232 kpc., o czym mowa będzie zatem w dalszej części rozważań.

Pozwana zarzuciła naruszenie przepisu art. 278 § 1 kpc poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza. Sąd podziela w tym zakresie stanowisko Sądu Rejonowego, że okoliczność wysokości kosztów związanych z przedterminowym rozwiązaniem umowy została wykazana za pomocą innych środków dowodowych, tj. poprzez dowody z dokumentów i zeznania świadka. Zasadność przyjętego sposobu rozliczania kosztów podlegała natomiast ocenie Sądu.

Przechodząc na grunt oceny zarzutów naruszenia prawa materialnego, pozwana w pierwszej kolejności podniosła naruszenie przez Sąd Rejonowy art. 385¹ kc oraz art. 805 kc w związku z art. 829 § 1 kc i z art. 2 ust. 1 pkt. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz. U. z 2013 roku póź. 950 póź zm.) („ustawa o działalności ubezpieczeniowej”) poprzez jego błędną interpretację oraz błąd w ustaleniach faktycznych.

Zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Przez sformułowanie „główne świadczenia stron”, należy rozumieć zasadniczo takie elementy konstrukcyjne umowy, bez których uzgodnienia nie doszłoby do jej zawarcia czyli tzw. essentialia negotii. W przypadku umów ubezpieczenia są to: ze strony pozwanej – świadczenie usług ubezpieczeniowych na rzecz konsumentów, ze strony zaś konsumenta – zapłata ceny za świadczone przez pozwanego usługi. Zgodzić się należy z twierdzeniem zawartym w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2007 r. sygn. akt III CZP 62/07,

że brzmienie art. 385¹kc nie pozwala na szeroką interpretację formuły „postanowień określających główne świadczenia stron”. Z tego powodu postulowane jest, by sformułowanie to roznieść wąsko, jako obejmujące swym zakresem tylko te zapisy, które wprost odnoszą się do obowiązku głównego, podstawowego, realizowanego w ramach umowy. Sąd Najwyższy wskazał także, iż „wszelkie wątpliwości należy rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną”.

„Rażąco naruszenie interesów konsumenta” w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym, natomiast "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.

Jak następnie stanowi art. 385¹ § 2-4 k.c., jeżeli postanowienie umowy nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie. Postanowienia umowy nie są uzgodnione indywidualnie, jeżeli na ich treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu.

W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje.

Zgodnie z art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 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. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

W niniejszej sprawie strony zawarły umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W przypadku przedmiotowej umowy, w odróżnieniu od tradycyjnych umów ubezpieczenia, wpłacane przez ubezpieczającego składki są inwestowane w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, z których to funduszy następnie potrącane są opłaty związane z kosztami lub ryzykiem ubezpieczeniowym na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia. W umowie takiej jest zatem wyraźnie wyodrębniony fundusz kapitałowy podlegający odrębnemu administrowaniu. Umowa ta stanowi zatem produkt ubezpieczeniowo-inwestycyjny przewidujący regularną składkę, jednakże, wobec szerokiej definicji umowy ubezpieczenia zawartej w art. 805 kc, umowę taką należy traktować nadal jako umowę ubezpieczenia.

Jak wynika z przepisu art. 805 kc, w umowie ubezpieczenia główne świadczenia stron polegają ze strony ubezpieczyciela na spełnieniu określonego świadczenia, w szczególności przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, ze strony ubezpieczającego - zapłacie składki. Głównym celem umowy ubezpieczenia na życie jest uzyskanie ochrony w zakresie świadczeń z tytułu dożycia i śmierci klienta. Umowa taka jest więc w większym stopniu produktem ochronnym niż inwestycyjnym. Głównymi świadczeniami stron takiej umowy jest zatem ze strony ubezpieczającego zapłata składek, a ze strony zakładu ubezpieczeń – wypłata świadczenia na wypadek śmierci lub dożycia ubezpieczonego. Wartość wykupu wypłacana jest jedynie w sytuacji wcześniejszego rozwiązania umowy, a zatem sytuacji nie stanowiącej celu jej zawarcia. Wartość wykupu nie stanowi zatem świadczenia głównego, gdyż wiązana jest jedynie z wygaśnięciem umowy, na skutek wycofania się klienta. Główną ideą i celem ekonomicznym do którego dążą klienci jest natomiast uzyskanie świadczenia na wypadek śmierci czy dożycia określonego wieku, a nie wcześniejsze wycofanie się umowy. Z powyższych względów, Sąd Okręgowy podziela stanowisko Sądu Rejonowego, iż wartość wykupu nie stanowi głównego świadczenia stron w niniejszej sprawie.

Pozwana zarzuciła również naruszenie przez Sąd Rejonowy przepisów art. 385² kc w związku z art. 65 § 2 kc.

Według art. 385² k.c., oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się 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.

Skarżąca podniosła, iż Sąd Rejonowy nie wziął pod uwagę charakteru działalności pozwanej oraz osoby powódki, która, jako typowy konsument, powinna być uważna i ostrożna podczas zawierania umowy. Zarzuty te są bezzasadne. Fakt, iż ubezpieczyciel pokrywa koszty wykonywanej działalności z uzyskiwanych składek nie podlega dyskusji, jednakże nie tłumaczy faktu obciążania konsumenta wygórowaną opłatą na wypadek rozwiązania umowy. Bezzasadny był zatem również zarzut naruszenia art. 18 ust. 2

oraz art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz § 2 ust. 1 pkt 19-22 oraz art. 16 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. nr 226 póż. 1825). Niezależnie natomiast od stopnia staranności zachowanego przez konsumenta przy zawieraniu umowy, i tak nie miałyby on możliwości negocjowania spornych postanowień umowy.

Sąd Okręgowy podziela przy tym stanowisko Sądu Rejonowego dotyczące motywów, jakimi kierował się Sąd uznając sporne postanowienie umowne jako abuzywne, zaś zarzuty pozwanej w tym zakresie mają jedynie charakter gołosłowny.

Pozwany zarzucił także naruszenie przepisu art. 813 § 1 kc. Przepis ten nie ma jednakże zastosowania w niniejszej sprawie. Przedmiotem rozważań Sądu Rejonowego była bowiem ocena postanowienia umowy w świetle jego abuzywności.

Zarzut naruszenia przepisu art. 479⁴³ w zw. z art. 365 w zw. z art. 366 k.p.c. był również bezzasadny, gdyż Sąd Rejonowy jedynie na marginesie odniósł się do rejestru klauzul niedozwolonych.

Nie ma również racji skarżący, iż w przypadku uznania wzorca umownego za niedozwolony w niniejszej sprawie, ubezpieczającemu nie przysługuje żadne świadczenie w przypadku rozwiązania umowy. Wobec uznania, iż zapis umowny przewidujący, że w związku z wypłatą świadczenia wykupu ubezpieczającemu wypłacana jest część bazowa rachunku wynosząca 0 % w ciągu pierwszych dwóch lat jest nieważny i nie wiąże powódki, ma ona prawo do części bazowej rachunku czyli do środków zapisanych na rachunku jednostek funduszu pochodzących ze składki regularnej, której wysokość wynosiła 5.544zł.

W tym stanie faktycznym apelacja podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Na podstawie art. 98 § 1 i § 2 k.p.c. Sąd zasądził na rzecz powoda 600 zł tytułem wynagrodzenia pełnomocnika [§ 12 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 6 pkt 4 Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu. (Dz. U. 2013 r., poz. 490)].