

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 13 października 2017 roku w sprawie z powództwa M. B. przeciwko V. L. Towarzystwu (...) S.A. V. (...) w W. o zapłatę zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 27.969,10 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 14 stycznia 2017 roku do dnia zapłaty, oddalił powództwo w zakresie odsetek od dnia 15 maja 2015 roku do dnia 13 stycznia 2017 roku, zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.016 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło w oparciu o ustalenie, że w dniu 13 lipca 2009 roku pomiędzy powodem a pozwanym zawarta została umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną M. (...). Umowa została zawarta na okres 15 lat, koniec okresu ubezpieczenia został określony na dzień 12 lipca 2014 roku. Składka regularna została określona na kwotę 800 złotych miesięcznie. Zgodnie z treścią polisy stanowiącej integralną część umowy prawa i obowiązki wynikające z umowy były określone w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych. Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia przedmiotem umowy łączącej strony było życie ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w okresie na jaki umowa została zawarta; celem umowy nie była realizacja zysków w krótkim okresie czasowym. Zakres ubezpieczenia obejmował następujące zdarzenia ubezpieczeniowe - dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia oraz śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia. W przypadku zajścia zdarzeń innych niż powyższe lub odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczyciel był zobowiązany do wypłaty ubezpieczającemu świadczenia wykupu określonego szczegółowo w § 23 umowy. Z tytułu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczyciel zgodnie z treścią umowy ( §24 ) pobierał następujące opłaty - opłatę wstępną, opłatę za udzielenie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, opłatę za ryzyko, opłatę administracyjną, opłatę za zarządzanie aktywami rachunku jednostek funduszy, opłatę za zarządzanie aktywami portfeli modelowych, opłatę operacyjną, inne opłaty z tytułu dodatkowych usług oferowanych przez ubezpieczyciela związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi określone w szczegółowych regulaminach. Kwota wypłaty świadczenia wykupu w pierwszych dwóch latach ubezpieczenia wynosiła 0%.

Umowa łącząca powoda z pozwaną została rozwiązana z dniem 13 kwietnia 2015 roku z powodu zaprzestania płacenia składki przez powoda. Wartość części bazowej rachunku wyniosła 55.938,20 złotych, suma wpłaconych przez powoda składek wyniosła w tym okresie 53.600 zł. Świadczenie wykupu określono na kwotę 27.969,10 zł.

M. B. był namawiany do zawarcia umowy ubezpieczenia przez agenta ubezpieczeniowego .Umówił się z nim na spotkania gdzie zaprezentowano mu ofertę zawarcia umowy i ewentualne korzyści oraz spodziewane zyski. Podpisując umowę opierał się o informacje uzyskane od agenta, nie zapoznał się z ogólnymi warunkami umowy które mu załączono, wierzył w to co usłyszał od agenta. Agent nie poinformował go o skutkach wcześniejszego zerwania umowy.

Powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 27.969,10 zł w terminie 7 dni od otrzymania wezwania. Odpis pozwu doręczono pozwanemu w dniu 13.01.2017 roku.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy uznał, że w niniejszej sprawie bezsporne było zawarcie przez strony umowy o treści określonej w dołączonych do pozwu Ogólnych warunkach Ubezpieczeń (OWU - co do których powód własnoręcznym podpisem potwierdził zapoznanie się z ich treścią) oraz zaprzestanie przez powoda opłacania składek ubezpieczeniowych - w związku z czym doszło do przedterminowego rozwiązania umowy zawartej pierwotnie na 15 lat. Kwestią pomiędzy stronami sporną, a dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy kluczową, było to czy postanowienia umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy stronami w takim zakresie w jakim uprawniały ubezpieczyciela do zatrzymania części środków powoda zgromadzonych na jego rachunku, a których zwrotu w niniejszej sprawie powód się domagał stanowią niedozwolone klauzule umowne. Umowa zawarta przez strony odpowiadała w swej konstrukcji wymienionej w dziale I załącznika do ustawy z dnia 22 maja 2003

roku o działalności ubezpieczeniowej umowie ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Według § 3 OWU przedmiotem umowy było życie ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w okresie na jaki umowa została zawarta; zaznaczono jednocześnie, że „celem umowy nie jest realizacja zysków w krótkim horyzoncie czasowym.” Zakres ubezpieczenia obejmował jako zdarzenia ubezpieczeniowe „dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia” oraz „śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia” (§ 3 ust. 2 OWU). Nakreślony w tym miejscu szczególny typ stosunku zobowiązaniowego łączący cechy umowy ubezpieczenia na życie z umową o charakterze inwestycyjnym - składki ubezpieczających przeznaczane są bowiem na nabycie jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, którego środki przeznaczone są właśnie na inwestycje - łączy wysokość wypłacanych przez ubezpieczyciela świadczeń z wynikami inwestycyjnymi osiąganymi przez fundusz kapitałowy. Stąd też wynika zazwyczaj wyższa niż w przypadku „zwykłej” umowy ubezpieczenia na życie wysokość składki: składka jest bowiem przeznaczana na inwestycje, a nie na pokrycie kosztów bieżącej działalności ubezpieczyciela. Różnica polega też na możliwości wycofania środków zgromadzonych w ramach ubezpieczenia związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym - w przeciwieństwie do klasycznych umów ubezpieczenia, gdzie składki wpłacane przez ubezpieczającego mają charakter bezzwrotny (por. M. Szczepańska, Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, rozdz. 3.5.2., LEX 2011). Wedle § 4 ust. 3 OWU w przypadku zdarzeń w tym dokumencie określonych, innych niż zdarzenia ubezpieczeniowe lub odstąpienie ubezpieczającego od umowy w terminie 30 dni od daty doręczenia polisy ubezpieczyciel zobowiązywał się wypłacić ubezpieczającemu „świadczenie wykupu w wysokości kwoty nie wyższej niż kwota odpowiadająca wartości części wolnej rachunku, powiększonej o określony procent wartości części bazowej rachunku, wskazany w ust. 1515 załącznika Nr 1 do OWU.” Jako że do rozwiązania umowy ubezpieczenia pomiędzy stronami postępowania doszło na skutek nieopłacenia przez powoda w wyznaczonym terminie kolejnej składki, szczególne znaczenie ma analiza § 10 ust. 2 OWU, wedle którego w przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej w oznaczonym czasie umowa ulega rozwiązaniu, a ubezpieczyciel zobowiązany jest do dokonania wypłaty kwoty w wysokości świadczenia wykupu, zgodnie z zasadami wypłaty świadczenia wykupu określonymi w § 23 OWU. Zgodnie z § 23 ust. 5 i 6 OWU wysokość świadczenia wykupu na dany dzień jest równa wartości części wolnej rachunku oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku wskazanego w ust. 1515 załącznika Nr 1 do OWU; wysokość procentu o jakim mowa miała być ustalana na podstawie okresu ubezpieczenia dla danej umowy, aktualnego na dzień jej zawarcia oraz roku oznaczającego w okresie bazowym oraz po jego upływie, jeśli nie zostały opłacone składki regularne należne za okres bazowy (okres pierwszych siedmiu lat polisy - § 2 ust. 1 pkt 12 OWU), a w razie gdy nie nastąpiło zawieszenie opłacania składki regularnej (w niniejszej sprawie nie dowodzono, by do takiego zawieszenia doszło) - liczbę lat polisy, za które w pełni zostały zapłacone wszystkie składki regularne powiększoną o 1, jednak nie wyższą niż rok polisy, w którym dokonywana jest całkowita lub częściowa wypłata świadczenia wykupu. W ust. 1515 załącznika Nr 1 do OWU określono procent wartości części bazowej rachunku w zależności od tego na jak długi okres została zawarta umowa ubezpieczenia. W przypadku okresu ubezpieczenia wynoszącego 15 lat, w pierwszym i drugim roku chodziło o 0%, w trzecim 20 %, w czwartym 30%, w piątym 40%, w szóstym 50%, w siódmym 60%, w ósmym 70%, w dziewiątym 79%, w dziesiątym 82%, w jedenastym 84%, w dwunastym 87%, w trzynastym 90%, w czternastym 93%, w piętnastym 96%, Równocześnie w § 10 ust. 5 OWU przewidziano, że w razie przedterminowego rozwiązania umowy na skutek niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej wypłacana wysokość świadczenia wykupu w zakresie wartości części bazowej rachunku uwzględnia jej pomniejszenie o koszty poniesione przez ubezpieczyciela związane z dystrybucją i zawarciem umowy oraz o koszty związane z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, które w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy nie będą mogły zostać pokryte z opłat określonych w § 24 ust. 1 OWU, jakie byłyby pobierane przez ubezpieczyciela w trakcie całego okresu, na jaki umowa została zawarta; zarazem jednak dodano, że wypłacając świadczenie wykupu ubezpieczyciel nie nalicza ani nie potrąca z wypłacanego świadczenia jakiegokolwiek kary umownej lub odstępnego w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, związanych z przedterminowym rozwiązaniem umowy. Powołane zapisy OWU stały się dla pozwanego podstawą wypłaty tylko połowy zgromadzonych środków wskutek nieopłacenia przez powoda w określonym terminie kolejnej składki regularnej. Sąd Rejonowy uznał, że trzeba zatem rozważyć, czy zakwestionowane zapisy stanowią niedozwolone klauzule umowne. Zagadnienie to reguluje w pierwszej kolejności art. 385 § 1 k.c., zgodnie z którym to przepisem 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. Jeżeli postanowienie umowy zgodnie z § 1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie (§ 2). Nieuzgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta (§ 3). Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje (§ 4).

Na podstawie art. 385<sup>2</sup> 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. By określone postanowienie umowy mogło zostać uznane za niedozwolone postanowienie umowne, spełnione muszą zostać cztery warunki: 1) umowa musi być zawarta z konsumentem, 2) postanowienie umowy nie zostało uzgodnione indywidualnie, 3) postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, 4) postanowienie sformułowane w sposób jednoznaczny nie dotyczy „głównych świadczeń stron”. Okoliczność zawarcia przez pozwanego umowy ubezpieczenia z M. B. jako konsumentem nie była w toku postępowania kwestionowana. Wobec drugiej z przesłanek uznania za niedozwolone postanowienia umownego, a więc braku jego indywidualnego uzgodnienia, należało zważyć w pierwszej kolejności na wynikającą z art. 385<sup>1</sup> § 4 k.c. zasadę, wedle której ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie spoczywa na tym kto się na to powołuje. W przedmiotowej sprawie strona pozwana nie próbowała nawet wykazywać, że postanowienia OWU dotyczące zasad wypłaty i ustalania wysokości świadczeń na wypadek wcześniejszego niż przewidziany terminu rozwiązania umowy zostały z powodów uzgodnione indywidualnie. Sporne pomiędzy stronami zapisy należy uznać za nieuzgodnione z powodów indywidualnie, bowiem stanowiły one wzorzec umowy zaproponowany konsumentowi przez przedsiębiorcę prowadzącego profesjonalną działalność w zakresie ubezpieczeń. Chodzi tutaj bowiem o takie postanowienia umowne, które zostają wprowadzone do treści stosunku prawnego przez jedną z jego stron (zwykle tę silniejszą, w tym przypadku - ubezpieczyciela) jeszcze przed zawarciem konkretnej umowy. Opracowywane w taki sposób postanowienia umów nie mogą być w tym stanie rzeczy przez drugą stronę zmieniane. Z samej nazwy „Ogólne Warunki Ubezpieczenia” wynika też, że zapisy w takim dokumencie się znajdujące stosowane są masowo w większej ilości umów i w takim też celu zostały stworzone. Spełniona została również kolejna z przesłanek uznania postanowienia umownego za niedozwolone, bowiem w ocenie Sądu orzekającego w niniejszej sprawie nie może zostać uznane za główne świadczenie ubezpieczyciela w postaci „świadczenia wykupu”, o którym mowa w § 10 ust. 2, a obliczane zgodnie z § 23 OWU. Przez główne świadczenia stron należy rozumieć elementy umowy decydujące o jej charakterze, bez których uzgodnienia nie doszłoby do jej zawarcia, stanowiące essentialia negotii danej umowy (art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. wskazuje przykładowo, że może tu chodzić o cenę lub wynagrodzenie). Brzmienie powołanego przepisu nie pozwala na szeroką interpretację sformułowania „postanowień określających główne świadczenia stron”, dlatego też koniecznym jest, by wyrażenie to roznieść wąsko jako obejmujące swym zakresem tylko te zapisy, które wprost odnoszą się do obowiązku głównego, podstawowego, realizowanego w ramach umowy. Wszelkie wątpliwości należy przy tym rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną (por. uzasadnienie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2007 roku, sygn. akt III CZP 62/07). Za główne świadczenia stron umowy ubezpieczenia, nawet jeśli jest to ten szczególny typ umowy ubezpieczenia związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym uznać należy nadal: po stronie ubezpieczyciela — świadczenie usług ubezpieczeniowych na rzecz konsumentów, po stronie ubezpieczającego zaś - zapłatę składek ubezpieczeniowych. Nawet jednak gdyby uznać inaczej, to przypomnienia wymaga w tym miejscu, że stosownie do art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. warunkiem uznania postanowień umowy zawieranej z konsumentem za regulujące główne świadczenia stron jest to, by były one sformułowane w sposób jednoznaczny, a więc pozwalający konsumentowi na prostą ocenę wysokości świadczenia drugiej strony lub świadczenia własnego (tak też Sąd Najwyższy w uzasadnieniu ostatnio cytowanej uchwały). Za jednoznaczne nie sposób uznać postanowień OWU stosowanych przez pozwaną Spółkę a regulujących zasady wypłaty i ustalania wysokości „świadczenia wykupu” w sytuacji rozwiązania umowy na skutek zaprzestania opłacania przez ubezpieczającego składek. Ponownie zacytować można tutaj § 10 ust. 2 OWU, wedle którego „w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 2) - 3), Ubezpieczyciel dokona

wypłaty kwoty w wysokości Świadczenia wykupu, zgodnie z zasadami wypłaty Świadczenia Wykupu określonymi w § 23”. Odsyła się zatem w tym miejscu w pierwszej kolejności do pkt 3) ust. 1 § 10 OWU, zgodnie z którym „umowa ulega rozwiązaniu wskutek niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki Regularnej w przypadku, o którym mowa w § 12 ust. 7 pkt 1) - z upływem ostatniego dnia 45-dniowego okresu, z zastrzeżeniem ust. 3”, wedle którego z kolei „w pierwszych dwóch latach polisy wartość świadczenia wykupu jest równa wartości części wolnej rachunku i wypłacana jest jedynie wówczas, gdy na rachunku jednostek funduszy zgromadzone są środki stanowiące część wolną rachunku”. W dalszej kolejności OWU odsyła w tym miejscu do § 23 OWU. Wspomniany § 12 ust. 7 pkt 1) OWU wskazuje, że „w przypadku, gdy Składka Regularna nie zostanie opłacona najpóźniej w okresie 45 dni od pierwszego dnia okresu, za który jest należna w Okresie Bazowym oraz po jego upływie, jeśli nie zostały opłacone Składki Regularne należne za Okres Bazowy - Konsument zapoznający się z OWU zmuszony jest nie tylko przyswoić sobie dalszą interpretację konkretnych pojęć ale także zwrócić uwagę na zastrzeżenie wprowadzone przez kolejne paragrafy OWU zmieniające w określonych tam sytuacjach zasady ustalania „wysokości Świadczenia Wykupu w zakresie Części Bazowej Rachunku”. Stosownie do § 23 ust. 5 OWU „wysokość Świadczenia Wykupu na dany dzień jest równa Wartości Części W. Rachunku oraz określonego procentu Wartości Części Bazowej Rachunku, wskazanego w ust.15 Załącznika nr 1 do OWU.” została zdefiniowana jako „stanowiąca Część Bazową Rachunku wartość środków zapisanych w danym dniu na Rachunku Jednostek Funduszy, obliczona jako liczba Jednostek Funduszy pomnożona przez właściwe Ceny Jednostek Funduszy, powiększona o wartość gotówki”, a jako „stanowiąca Część W. Rachunku wartość środków zapisanych w danym dniu na Rachunku Jednostek Funduszy, obliczona jako liczba Jednostek Funduszy pomnożona przez właściwe Ceny Jednostek Funduszy, powiększona o wartość gotówki.” Ubezpieczyciel odwoływał się zatem w ten sposób do dalszych jeszcze pojęć wprowadzając ich szczególne rozumienie na gruncie OWU. Wbrew stanowisku prezentowanemu przez stronę pozwaną za niezrozumiałą dla przeciętnego konsumenta należy uznać także treść tabeli w ust.15 załącznika nr 1 do OWU wskazującą na „określony procent Części Bazowej Rachunku wypłacany Ubezpieczającemu, w przypadku odpisania Jednostek Funduszy z Części Bazowej Rachunku w związku z całkowitą lub częściową wypłatą Świadczenia Wykupu.” W świetle powyższego tym bardziej nie da się obronić tezy, by „świadczenie wykupu” stanowiło po stronie ubezpieczyciela świadczenie główne. Zapisy OWU dotyczące zasad wypłaty i ustalania wysokości tego świadczenia są trudne do zrozumienia dla przeciętnego konsumenta, wymagające od niego sprawnego poruszania się w specyficznej terminologii stosowanej przez ubezpieczyciela. Pozwana popełnia w OWU liczne błędy logiczne *ignotum per ignotum*, definiując liczne pojęcia tam wprowadzone za pomocą dalszych pojęć o charakterze niezrozumiałym, wymagających wyjaśnienia poprzez wprowadzanie kolejnych definicji, często równie niejasnych.. W takiej sytuacji znajdujące się w OWU zapisy dotyczące „świadczenia wykupu” uznać należy za regulujące świadczenie poboczne, nienależące do *essentialia negotii* tego typu umowy. Klauzula umożliwiająca potrącenie ułamekowej wysokości świadczenia, która w pierwszym i drugim roku umowy pochłania wszystkie wpłacone przez konsumenta kwoty, a w dalszych latach ich znaczną część, stanowi niedozwoloną klauzulą umowną (art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.). Rozważając kwestię tego czy postanowienia OWU, które dla strony pozwanej stanowiły podstawę odmowy wypłaty powodowi całego „świadczenia wykupu „kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami rażąco naruszając jego interesy .Powód został w połowie pozbawiony środków jakie po zainwestowaniu składek przez niego wpłaconych pozostały na rachunku. Strona pozwana w odpowiedzi na pozew podawała też przykłady kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia jakie ponosi ubezpieczyciel twierdząc ,że precyzyjne wyliczenie tych kosztów w części przypadającej na umowę ubezpieczenia zawartą z powodem jest niemożliwe.

Co zaś do pojęcia dobrych obyczajów, to w przypadku czynności podejmowanych przez przedsiębiorców w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, należy się odnieść również do powszechnie przyjmowanych wartości etycznych, wspólnych dla wszelkich sfer aktywności zarobkowej człowieka. Sprzeczne z dobrymi obyczajami będą przykładowo takie działania, które zmierzają do wykorzystania przez przedsiębiorcę jako profesjonalnego uczestnika obrotu, braku kompetencji konsumenta niemającego specjalistycznej wiedzy w danej dziedzinie np. finansów czy działalności ubezpieczeniowej. Interesami konsumenta zasługującymi na ochronę są oczywiście również jego interesy majątkowe. Ustawodawca wymaga przy tym, by naruszenie interesów konsumenta w wyniku zastosowania danego postanowienia umownego było naruszeniem „rażącym”, a więc naruszało te interesy w sposób wyjątkowy, znacznie odbiegający od przyjętych w społeczeństwie ocen etycznych. Oczywistym kryterium oceny może być w przypadku

interesów majątkowych konsumenta wysokość poniesionej przez niego straty wyrażonej najczęściej w sposób arytmetyczny jako określona kwota pieniężna. Trzeba tutaj wrócić do wskazywanych już różnic pomiędzy tradycyjną umową ubezpieczenia, a taką umową z jaką ma się do czynienia w niniejszej sprawie, a więc umową ubezpieczenia powiązaną z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Tylko w przypadku tej pierwszej umowy składki wpłacane przez ubezpieczającego z samej istoty umowy mają charakter bezzwrotny, przy tym wysokość świadczenia na wypadek nastąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jest z góry określona. W przypadku zaś drugiego z typów umów ubezpieczającemu przyznaje się uprawnienie do „wycofania” przynajmniej części składek – są to bowiem środki przeznaczone na inwestycje, a wysokość wypłaconego świadczenia ubezpieczeniowego uzależniona jest od skuteczności dokonywanych inwestycji, zysk z zainwestowanej składki automatycznie zwiększa ma wysokość wypłaconego świadczenia.

Oplaty, o jakich mowa (§ 24 OWU) i załączniku Nr 1 do OWU są liczne i obliczanie ich wysokości bardzo skomplikowane i niejasne. Zwrócić należy uwagę na zastrzeżenie wskazane w ust. 15 § 24 OWU, zgodnie z którym wszystkie wymienione opłaty służą pokryciu kosztów związanych z obsługą i administrowaniem umową, kosztów jej dystrybucji, jak również innych kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą. Zapisy OWU uniemożliwiały natomiast przeciętnemu konsumentowi ustalenie rzeczywistej wysokości kosztów jakie będą pokrywane z wpłacanych przez niego składek. W istocie koszty jakie obciążały ubezpieczającego z tytułu umowy zawartej, zostały w sposób zawołany ustalone ryczałtowo, w oderwaniu od rzeczywistych kosztów ponoszonych w związku z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej jako procent wartości środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego. Należałoby wymagać od pozwanej, aby w OWU prezentowanych konsumentom informowała ich w sposób wyraźny o tych kosztach, przerzucanych przecież ostatecznie na ubezpieczającego. Powód tymczasem nie tylko nie został poinformowany o wysokości prowizji należnej pośrednikowi, ale też na jej wysokość nie mógł mieć jakiegokolwiek wpływu. Wbrew temu co twierdzi, strona pozwana zmierza w rzeczywistości do przerzucenia ryzyka związanego z zawartą umową ubezpieczenia na ubezpieczającego, tak jakby zwolniona była całkowicie z obowiązku badania indywidualnej sytuacji majątkowej konsumenta starającego się o zawarcie umowy i rzetelnej oceny możliwości regularnego opłacania przez niego składek regularnych - co wydaje się zasadne wobec podkreślania przez nią samą odmienności zawartej umowy od zwykłej umowy ubezpieczenia. Sąd I instancji wskazuje, że stosowane przez stronę pozwaną postanowienia umowne dotyczące ustalania wysokości świadczenia wykupu należnego ubezpieczającemu w razie wcześniejszego niż przewidywany terminu rozwiązania umowy stanowiły na gruncie niniejszej sprawy niedozwolone postanowienia umowne i jako takie nie mogły być wiążące dla powoda. Ocena taka uwzględnia także wprowadzone przez art. 385<sup>2</sup> k.c. kryterium okoliczności zawarcia umowy, które w niniejszej sprawie (, niedostateczne poinformowanie o obciążających go rzeczywistych kosztach związanych z jej zawarciem) nie uwzględniały interesów konsumenta. Wobec tego ubezpieczyciel bezpodstawnie pozbawił powoda środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego w kwocie dochodzonej pozwem dlatego też taka właśnie kwota została od pozwanej na rzecz powoda zasądzona, wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 14stycznia 2017 roku . Datę początkową naliczania odsetek ustalono w oparciu o dowód doręczenia stronie pozwanej odpisu pozwu w niniejszej sprawie, stąd też oddaleniu podlegało dalej idące żądanie pozwu, dotyczące odsetek naliczanych od jeszcze wcześniejszej daty.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. Złożyły się na nie kwota 1399 zł opłaty sądowej od pozwu, 17 zł kosztów opłaty od pełnomocnictwa i 3.600 zł , kosztów zastępstwa procesowego.

Apelację od powyższego wyroku wniosła strona pozwana, zaskarżając go w części, tj. w zakresie pkt. 1 i 3. Zaskarżonemu wyrokowi zarzuciła:

1. naruszenie przepisów prawa procesowego, tj.:

a) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędną ocenę materiału dowodowego, dokonaną z przekroczeniem granic swobodnej oceny dowodów oraz dokonanie oceny dowodów w sposób sprzeczny z zasadami logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego, a co za tym idzie, sprzeczność ustaleń Sądu I instancji z zebrany w przedmiotowej sprawie materiałem dowodowym, tj. błędne ustalenie, że postanowienia regulujące sposób wyliczenia świadczenia wykupu nie

określają świadczenia stron oraz błędne ustalenie, że w sprawie zachodzą okoliczności świadczące o tym, że stosowanie postanowień umowy ubezpieczenia łączącej strony, regulujących sposób wyliczenia świadczenia wykupu naruszyło rażąco interesy powoda i kształtowało jego obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami,

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.:

a) art. 385<sup>1</sup> § 1 zd. 2 k.c., Dyrektywy 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 roku w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich oraz art. 805 § 1 k.c. poprzez nieuwzględnienie, że zgodnie z umową ubezpieczenia zawartą pomiędzy pozwaną a powodem, wypłata przez pozwaną wartości polisy stanowi jedno z głównych świadczeń stron umowy ubezpieczenia, a co za tym idzie – nieuwzględnienie, że postanowienia umowy ubezpieczenia regulujące wysokość tego świadczenia ( w tym postanowienia regulujące sposób wyliczenia świadczenia wykupu) nie podlegają kontroli na podstawie art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.,

b) art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. poprzez przyjęcie, że postanowienia umowy ubezpieczenia, regulujące sposób wyliczenia świadczenia wykupu stanowią niedozwolone postanowienia umowne, pomimo że żadne okoliczności niniejszej sprawy nie wskazywały, iż kształtowały one obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego oraz kosztów opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. A także o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów postępowania przed Sądem II instancji według norm przepisanych ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania – przy uwzględnieniu kosztów postępowania przed Sądem II instancji.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o uznanie apelacji za bezzasadną i jej oddalenie oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego wraz z kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Powyższy wyrok apelacją zaskarżył także powód w zakresie pkt. 1 i 2 co do żądania odsetek ustawowych za opóźnienie od kwoty 27.969,10 zł od dnia 12 lipca 2016 roku do dnia 13 stycznia 2017 roku.

Orzeczeniu zarzucił naruszenie art. 455 k.c. w zw. z art. 481 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i zasądzenie odsetek za opóźnienie od kwoty głównej dopiero od dnia doręczenia pozwanemu pozwu, w sytuacji gdy powód wcześniej wzywał pozwanego do zapłaty.

Skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w zakresie rozstrzygnięcia co do okresu płatności odsetek ustawowych za opóźnienie od kwoty 27.969,10 zł poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda odsetek ustawowych za opóźnienie od kwoty 27.969,10 zł od dnia 12 lipca 2006 roku do dnia zapłaty, zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania za II instancję z uwzględnieniem kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

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

apelacja nie jest zasadna i podlega oddaleniu.

Sąd Okręgowy, po dokonaniu analizy stanu faktycznego sprawy, przyjmuje za własne ustalenia Sądu I instancji stanowiące podstawę faktyczną rozstrzygnięcia przyjętego w zaskarżonym wyroku.

Żaden z podniesionych w apelacji zarzutów zarówno naruszenia norm prawa procesowego jak i materialnego nie okazał się trafny.

W pierwszej kolejności odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., wskazać należy, że wbrew stanowisku strony apelującej Sąd Rejonowy dokonał wszechstronnej i wyczerpującej analizy materiału dowodowego. Przypomnieć należy, iż przeprowadzona przez Sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona tylko w przypadku, gdyby nie była oparta na odpowiadającym zasadom logiki powiązaniu ujawnionych w postępowaniu dowodowym okoliczności w całość zgodną z doświadczeniem życiowym (por. wyrok Sądu Najwyższego z 27 września 2002 r., II CKN 817/00). Skarżący braku logiki w ocenie materiału dowodowego lub sprzeczności tej oceny z doświadczeniem życiowym zdaniem Sądu Okręgowego nie wykazał. Podnosząc powyższy zarzut nie wskazał, w jaki sposób Sąd I instancji zasadę swobodnej zasady oceny dowodów naruszył. Skarżący ograniczył się jedynie do zaprezentowania własnej oceny prawnej stanu faktycznego. Samo przekonanie strony o innej niż przyjął sąd ocenie prawnej ustalonych faktów nie może stanowić o skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c.

Zarzuty naruszenia norm prawa materialnego art. 385<sup>1</sup> § 1 zd. 2 k.c., Dyrektywy 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 roku w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich oraz art. 805 § 1 k.c. koncentrowały się na zakwestionowaniu przyjęcia przez Sąd Rejonowy postanowienia umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną M. (...), regulującego sposób wyliczenia świadczenia wykupu jako niedozwolonego, w sytuacji kiedy zdaniem skarżącego wypłata świadczenia polisy stanowi jedno z głównych świadczeń stron umowy ubezpieczenia a obowiązki powoda w świetle umowy były zgodne z zasadami współżycia społecznego i rażąco nie naruszały jego interesów. Zdaniem Sądu Okręgowego zarzuty te są niezasadne.

Oceniając dopuszczalność przeprowadzenia w niniejszej sprawie indywidualnej kontroli spornego postanowienia umowy pod kątem abuzywności Sąd I instancji dokonał trafnej oceny, że przewidziane w przepisie art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. przesłanki zostały spełnione, w szczególności zaś ustalenia, że sporne postanowienie nie dotyczy głównych świadczeń zawartej pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia. W ocenie Sądu Okręgowego z unormowań zawartych w przedmiotowej umowie oraz OWU jednoznacznie wynika, że świadczeniem głównym powoda, jako ubezpieczającego się jest opłacanie składki ubezpieczeniowej, zaś świadczeniem głównym skarżącego jako ubezpieczyciela jest wypłacenie określonego świadczenia pieniężnego w przypadku zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia. Powyższe świadczenia stron odpowiadają elementom przedmiotowo istotnym (essentialia negotii) umowy ubezpieczenia. Kwestionowane przez powoda postanowienia OWU dotyczą natomiast wysokości ustalonej przez skarżącego opłaty związanej z wykupem polisy, o którą pomniejszana jest wysokość należnego powodowi (lub uposażonemu) świadczenia odpowiadającego sumie ubezpieczenia powiększonej o wartość dodatkową. W kontekście powyższego za trafną uznać należy konstatację Sądu I instancji, że opłata od wykupu polisy nie jest świadczeniem głównym zawartej pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia na życie, co oznacza spełnienie przewidzianej w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. przesłanki warunkującej dopuszczalność przeprowadzenia indywidualnej kontroli spornego postanowienia umowy pod kątem jego ewentualnej abuzywności.

Sąd Okręgowy w pełni podzielił stanowisko Sądu Rejonowego, iż postanowienie umowy ubezpieczenia dotyczące wykupu polisy nakładające na konsumenta obowiązek poniesienia w razie między innymi niezapłacenia kolejnej składki, regularnej opłaty likwidacyjnej nazwanej świadczeniem wykupu pochłaniającej połowę środków zgromadzonych na jego rachunku stanowi klauzulę abuzywną. Nie przytaczając prawidłowego i szczegółowego wyводу Sądu I instancji wskazać należy, że opłata likwidacyjna za całkowity wykup wartości polisy w wysokości 50 % narusza dobre obyczaje gdyż sankcjonuje przejęcie przez ubezpieczyciela połowy zgromadzonych przez ubezpieczającego środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Postanowienie to również rażąco narusza interes konsumenta, albowiem prowadzi do wzbogacenia się ubezpieczyciela kosztem ubezpieczającego. Opłata taka jest wygórowana i niewspółmierna do rzeczywiście poniesionych przez stronę pozwaną kosztów, nadmiernie przy tym obciąża powoda. Nadto kształtuje prawa i obowiązki strony w sposób niewspółmierny, albowiem ustanowiona jest wyłącznie na rzecz strony pozwanej, co stanowi rażące naruszenie interesów konsumenta poprzez nieuzasadnioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść. Należy zauważyć, że dopiero bardzo wnikliwa analiza Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie może naświetlić fakt wyłączenia przez pierwsze lata trwania umowy jej inwestycyjnego charakteru w odniesieniu lokowanych środków

i finansowania nimi działalności gospodarczej pozwanej (§ 10 pkt. 5 OWU). Wysokość tych kosztów nie jest przedstawiana kontrahentowi, tak aby mógł podjąć w tym zakresie świadomą decyzję i zawrzeć umowę, w której przez co najmniej pierwsze dwa lata jej trwania nie występuje część inwestycyjna. Tymczasem jak trafnie zważył Sąd I instancji akwizycja „produktu” opierała się właśnie na zapewnieniu, że zachodzi możliwość zrezygnowania z umowy w każdym czasie z odzyskaniem zainwestowanych pieniędzy i ewentualnymi profitami z dokonanej inwestycji. Zdaniem Sądu Okręgowego okoliczność przyznania pośredniczącemu w zawarciu umowy agentowi prowizji raczej nie przemawia za tym, że niekorzystne aspekty umowy zostają podane do wiadomości konsumenta. Niewątpliwie w interesie agenta jest bowiem uzyskanie od ubezpieczającego jak najwyższej możliwej składki i tym samym prowizji. Stąd Sąd słusznie uznał, że sam zapis określający wysokość sumy wykupu nie był negocjowany indywidualnie, ponieważ do wiadomości powoda w ogóle nie przekazano faktu, że pod pojęciem sumy wykupu faktycznie ukryto opłatę likwidacyjną. Wskazać przy tym należy, że Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 grudnia 2013 roku (I CSK 149/13) w sposób jednoznaczny przesądził, 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. 385<sup>1</sup> zdanie 1 kc”. Fakt, iż ubezpieczyciel ma prawo pokrywać koszty wykonywanej działalności z uzyskiwanych składek, nie oznacza uprawnienia do obciążania konsumenta wygórowaną opłatą na wypadek rozwiązania umowy. Sąd Najwyższy w przytoczonym wyżej wyroku z 18 grudnia 2013 roku trafnie wskazał również, że mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może polegać na obciążaniu ich, w przypadku wypowiedzenia przez nich umowy, opłatami likwidacyjnymi, których charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w ogólnych warunkach umowy wyjaśnione. Jest to zaś okoliczność o kardynalnym znaczeniu dla oceny niedozwolonego charakteru tego postanowienia umownego w świetle art. 385<sup>1</sup> § 1 KC. Jak ponadto wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 23 marca 2005 r. (I CK 586/04), dopuszczalność umownego zobowiązania się nabywcy na wypadek odstąpienia od umowy do zwrotu kosztów niezbędnych do jej zawarcia, nie oznacza dopuszczalności zobowiązania do zwrotu dowolnie oznaczonej kwoty. Koszt niezbędny do zawarcia umowy może być określony kwotowo bądź procentowo, ale nie zwalnia to przedsiębiorcy od wykazania, że poniósł koszty w kwocie określonej w umowie, że pozostają one w normalnym związku przyczynowym z zawarciem umowy i były niezbędne do jej zawarcia. Nazwa opłaty, jak również zapisy stosowanych przez pozwanego wzorców umownych wskazują, że opłata ta stanowi świadczenie konsumenta, nie będące świadczeniem głównym, za bliżej nie określone czynności strony pozwanej. W umowie nie wskazano jednak, jakie to świadczenia objęte zostały pobieranymi opłatami likwidacyjnymi. Narusza to bez wątpienia obowiązek rzetelnego i kompletnego informowania konsumentów o istotnych okolicznościach dotyczących ich praw i obowiązków w zakresie łączącego stosunku prawnego. Zdaniem Sądu Odwoławczego kwestionowana opłata z tytułu całkowitego wykupu wartości polisy w szóstym roku, ustalona na poziomie niemalże 50 % wartości części bazowej rachunku, stanowiła nie tylko niczym nie uzasadnioną dolegliwość dla konsumenta, ale przede wszystkim została pomyślana jako źródło dodatkowego zarobkowania dla skarżącego. Skarżący ani w toku postępowania rozpoznawczego, ani w postępowaniu apelacyjnym, nie zdołał wykazać realnego związku powyższej opłaty z ponoszonymi przez siebie wydatkami związanymi z zawarciem i wykonywaniem przedmiotowej umowy ubezpieczenia. Tego typu praktyki, polegające na czerpaniu dodatkowych i niemoralnych profitów, zasługują na szczególne potępienie zwłaszcza, gdy sięgają po nie podmioty działające na rynku finansowym. Wprowadzenie przez stronę pozwaną opłat na wskazanym poziomie godziło w dobre obyczaje i uczciwe praktyki kupieckie oraz naruszało interes powoda jako konsumenta w sposób rażący. W tym stanie rzeczy opłatę likwidacyjną Sąd I instancji słusznie uznał, że stanowi ona niedozwoloną klauzulę umowną, co z kolei przesądza o zasadności powództwa.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację pozwanego.

Apelacja powoda zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd Rejonowy błędnie ocenił datę początkową biegu odsetek ustawowych za opóźnienie w zapłacie dochodzonego roszczenia naruszając art. 455 k.c. w zw. z art. 481 k.c. Jak stanowi art. 455 k.c. jeżeli termin spełnienia świadczenia



nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania.

Powód wezwał pozwanego do zapłaty spornej kwoty pisemnym wezwaniem do zapłaty z dnia 28 czerwca 2016 roku doręczonym pozwanemu w dniu 4 lipca 2016 roku w terminie 7 dni od otrzymania wezwania tj. do dnia 11 lipca 2016 roku (wezwanie wraz z potwierdzeniem odbioru k. 10 -12). Należało przyjąć, że pozwany popadł w opóźnienie w spełnieniu świadczenia po upływie terminu do zapłaty wskazanego w wezwaniu. Powodowi należą się zatem odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia 12 lipca 2016 roku. A nie jak wskazał Sąd Rejonowy od daty późniejszej – od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu.

W wyniku przedstawionych rozważań Sąd Okręgowy, uwzględniając apelację powoda zmienił odpowiednio zaskarżony wyrok na podstawie art. 386 § 1 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. i zasądzono od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.985 zł tytułem zwrotu kosztów procesu w postępowaniu apelacyjnym. Na kwotę tę złożyła się kwota 50 zł opłaty od apelacji powoda, kwota 135 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego powoda z apelacji powoda, stanowiąca wynagrodzenie pełnomocnika powoda ustalone stosownie do treści § 2 pkt. 2 w zw. z § 10 pkt. 1 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie z dnia 22 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 r, poz. 1800) oraz kwota 1.800 zł kosztów zastępstwa procesowego powoda z apelacji pozwanego ustalona stosownie do treści § 2 pkt. 5 w zw. z § 10 pkt. 1 ust. 1 cyt. rozporządzenia.