

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 30 października 2017 roku w sprawie o sygn. akt III C 839/16, z powództwa B. W. przeciwko „C. Towarzystwo (...)” Spółce Akcyjnej z (...) w W., o zapłatę, Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi III Wydział Cywilny zasądził od „C. Towarzystwo (...)” Spółki Akcyjnej z (...) w W. na rzecz B. W. kwotę 28.854,81 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 16 czerwca 2016 roku do dnia zapłaty oraz kwotę 6.260 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

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

W dniu 30 marca 2012 roku powódka zawarła z pozwanym umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem inwestycyjnym MegaFundusz, na dowód zawarcia której wystawiono polisę numer (...). Zgodnie z § 22 OWU pozwany był uprawniony do pobrania z kwoty wykupu opłaty stałej określonej w pkt I tabeli opłat zamieszczonej w załączniku numer 1. Opłata ta mogła podlegać indeksacji. Dodatkowo pozwany był uprawniony do pobrania opłaty zmiennej w przypadku wypowiedzenia umowy przed upływem 5 lat od dnia jej zawarcia. Powódka zawarła umowę ponieważ poinformowano ją, że będzie ona korzystniejszą formą lokowania środków aniżeli lokaty bankowe. Powódka regularnie wpłacała środki. Po kilku miesiącach powódka zorientowała się, że jej kapitał nie wzrasta. Przeciwnie, powódka zobaczyła, że na jej koncie jest mniej środków aniżeli wpłacała. Z tego powodu zdecydowała się na wypowiedzenie umowy. Na skutek złożonego przez powódkę oświadczenia o wypowiedzeniu umowy umowa została rozwiązana z dniem 15 września 2015 roku. Pismem z dnia 28 września 2015 roku powódka została poinformowana, że na jej rachunku zgromadzono kwotę 41.192,59 zł. Z kwoty tej potrącono opłatę z tytułu umorzenia jednostek w kwocie 28.854,81 zł. Do wypłaty pozostała kwota 12.337,78 zł i taką też kwotę wypłacono na rzecz powódki. Pismem z dnia 7 czerwca 2016 roku powódka wezwała pozwanego do zwrotu kwoty 28.854,81 zł z tytułu nienależnie pobranej opłaty likwidacyjnej. Powódka wyznaczyła termin spełnienia świadczenia na dzień 15 czerwca 2016 roku. Sąd Rejonowy oddalił wniosek pozwanego o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza, bowiem w ocenie Sądu meriti rozstrzygnięcie sporu sprowadza się do prawnej oceny postanowień umowy łączącej strony, a wniosek ten prowadził jedynie do zwłoki w toczącym się postępowaniu i był zbędny z punktu widzenia rozstrzygnięcia sprawy. Na podstawie art. 242 k.p.c. Sąd I instancji pominął dowód z zeznań świadka A. P.. Sąd podkreślił, że został oznaczony termin, po którego upływie przeprowadzenie dowodu z zeznań tego świadka będzie mogło nastąpić jedynie wówczas, gdy nie spowoduje to zwłoki w toczącym się postępowaniu. Na termin ten świadek się nie stawił, a była to kolejna absencja tego świadka. Na podstawie art. 217 k.p.c. Sąd Rejonowy oddalił również wniosek o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka D. P.. Dowód ten został zgłoszony dopiero na rozprawie w dniu 18 października 2017 roku, zaś pozwany mógł zgłosić ten wniosek dowodowy od samego początku procesu. W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał, że powództwo jest zasadne w całości. Sąd meriti podkreślił, że powódka zawarła umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, do której stosuje się przepisy art. 805-819 k.c. oraz art. 829 – 834 k.c. Jako podstawę prawną dochodzonego roszczenia wskazał przepis art. 410 k.c. W ocenie Sądu Rejonowego kwestią sporną była ocena czy postanowienia łączącej strony umowy w zakresie określającym uprawnienie strony pozwanej do pobrania opłaty likwidacyjnej stanowiły niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. W myśl art. 385¹ § 1 k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Za niezgodnione indywidualnie należy rozumieć te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności zaś odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta (art. 385¹ § 3 k.c.). Sąd Rejonowy uznał, że bezspornie powódka zawarła przedmiotową umowę jako konsument w rozumieniu art. 22¹ k.c., zaś bez znaczenia pozostaje fakt, że powódka jest przedsiębiorcą. Powódka prowadzi działalność zawodową jako lekarz, co nie oznacza, że nie może być uznana za konsumenta. Mogłoby tak być jedynie wówczas, gdyby powódka zawarła

sporną umowę w celu związanym bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową. W sprawie niniejszej nie miało to miejsca. Powódka zawarła umowę w celu ulokowania swoich oszczędności. W ocenie Sądu meriti może być ona zatem uznana za konsumenta w rozumieniu powyższego przepisu. Sąd Rejonowy argumentował, że kwestionowane postanowienia nie były indywidualnie uzgodnione z powódką, która nie miała realnego wpływu na treść umowy. Zdaniem Sądu doświadczenie życiowe nakazywało dać temu wiarę. Sąd podkreślił, że umowy zawierane przez ubezpieczycieli konstruowane są w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia i trudno wyobrazić sobie sytuację, aby w praktyce na wniosek konsumenta ubezpieczyciele uwzględniali przy zawarciu umowy jakiegokolwiek propozycje zmiany postanowień umownych wynikających z OWU. W ocenie Sądu pozwany nie wykazał, aby w okolicznościach sprawy taka sytuacja miała miejsce. Sąd Rejonowy uznał, że nie są postanowieniami indywidualnie uzgodnionymi klauzule sporządzone z wyprzedzeniem w sytuacji, gdy kontrahent nie miał wpływu na ich treść, nawet jeżeli są one zawarte we wzorcu wykorzystanym tylko jednorazowo. Nie będą także postanowieniami uzgodnionymi postanowienia wybrane przez konsumenta z kilku przedstawionych mu przez przedsiębiorcę postanowień alternatywnych. Wiedza kontrahenta o istnieniu klauzul nienegocjowanych czy też możliwość zapoznania się z nimi przed zawarciem umowy i nawet zrozumienie ich treści nie stanowią okoliczności wyłączającej uznanie tych klauzul za narzucone. Istotnym jest tu bowiem możliwość realnego wpływania na kształtowanie ich treści. Zgodnie z art. 385¹ § 4 k.p.c. ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje. W niniejszej sprawie ciężar ten spoczywał zatem na pozwanym, a pozwany w tym zakresie nawet nie podjął skutecznej inicjatywy dowodowej. Równocześnie – zdaniem Sądu Rejonowego - nie sposób przyjąć, że w okolicznościach sprawy zastosowanie przepisu art. 385¹ § 1 k.c. wyklucza okoliczność, że kwestionowane postanowienia OWU określają świadczenia główne strony. Sąd podkreślił, że 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. Świadczeniami głównymi w umowie ubezpieczenia osobowego są więc: ze strony ubezpieczyciela zapłata umówionej sumy pieniężnej lub spełnienie innego świadczenia w razie zajścia określonego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej, zaś ze strony ubezpieczającego, uiszczenie składki ubezpieczeniowej. Głównym celem umowy ubezpieczenia na życie jest uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dożycia i śmierci ubezpieczonego. Sąd Rejonowy argumentował, że powyższe należy odnosić także do umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, jakkolwiek różni się ona od tradycyjnej umowy ubezpieczenia na życie, gdyż w tego typu umowach 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. Głównym celem umowy pozostaje jednak uzyskanie ochrony w zakresie świadczeń z tytułu dożycia i śmierci ubezpieczonego. Sąd meriti podzielił pogląd, że świadczeniami głównymi są te, których określenie należy do istotnych (koniecznych) elementów umowy danego rodzaju. Pojęcie to należy interpretować raczej wąsko, w nawiązaniu do elementów przedmiotowo istotnych umowy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2004 roku, sygn. akt I CK 635/03, (...) Legalis nr 208591). W świetle powyższego – w ocenie Sądu I instancji - nie sposób zasadnie uznać opłaty likwidacyjnej jako świadczenie główne. Świadczeniem tym po stronie ubezpieczającego pozostaje bowiem składka ubezpieczeniowa. Opłata likwidacyjna została przewidziana jedynie w sytuacji wcześniejszego rozwiązania umowy, a założeniem umowy jest jej długoterminowość, co oznacza, że opłata ta nie stanowi świadczenia głównego. W konsekwencji kwestionowane przez powódkę postanowienia umowne podlegają kontroli zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. Sąd Rejonowy argumentował dalej, że dla uznania danego postanowienia za niedozwolone konieczne jest ustalenie, że postanowienie to kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, wskutek czego dochodzi do rażącego naruszenia interesów konsumenta. W świetle art. 385¹ § 1 k.c. oba te warunki wystąpić muszą łącznie. 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. Za rażące naruszenie interesów konsumenta w rozumieniu powołanego przepisu należy rozumieć nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym. Jednocześnie ustawodawca wymaga, by naruszenie interesów konsumenta miało charakter

rażący, a więc odnosi się do wypadków znacznego, szczególnie doniosłego odbiegania przyjętego uregulowania od zasad uczciwego wyważenia praw i obowiązków stron. Niedozwolone są w szczególności postanowienia umowne uszczuplające ustawowe uprawnienia konsumenta, w tym nałożenie we wzorcu umowy na konsumenta obowiązku zapłaty kwoty pieniężnej i to w znacznej wysokości, w razie skorzystania przez niego z prawa przyznanego mu w ustawie. Takie postanowienia należy uznać za sprzeczne zarówno z ustawą, jak i dobrymi obyczajami, jako zmierzające do ograniczenia ustawowego prawa konsumenta, czyniąc ekonomicznie nieopłacalnym korzystanie z niego (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 23 marca 2005r., I CK 586/04, LEX). Sąd Rejonowy podkreślił, że zgodnie z art. 830 § 1 k.c. przy ubezpieczeniu osobowym ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku - ze skutkiem natychmiastowym. Nałożenie na konsumenta w OWU obowiązku uiszczenia opłaty likwidacyjnej, poprzez jej potrącenie z wartości polisy przypadającej do wypłaty, w sytuacji wcześniejszego rozwiązania umowy, a więc skorzystania z przysługującego konsumentowi ustawowego uprawnienia do rozwiązania umowy ubezpieczenia, np. z powodu niezadowalających w cenie konsumenta – wyników inwestycyjnych (jak to miało miejsce w niniejszej sprawie) może powodować, że konsument z przyczyn ekonomicznych, obawiając się o utratę części środków, nie skorzysta ze swojego uprawnienia ustawowego. Możliwość potrącenia opłaty likwidacyjnej z wartości rachunku, w sytuacji, gdy nie jest to związane z ryzykiem inwestowania, a wynika jedynie z niczym nieuzasadnionego potrącenia przez ubezpieczyciela na jego rzecz określonej części tych środków – w ocenie Sądu meriti - niewątpliwie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. W istocie postanowienia dotyczące opłaty likwidacyjnej stanowią swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy. Sąd Rejonowy nie podzielił argumentacji strony pozwanej, że uzasadnieniem dla bytu kwestionowanych postanowień umownych mogą być wysokie koszty obsługi umów takiego rodzaju. Sąd podkreślił, że pozwany jako ubezpieczyciel powinien liczyć się z możliwością rozwiązania umowy przez konsumenta przed upływem terminu na jaki umowa została zawarta i traktować taką sytuację jako normalne zachowanie konsumenta, będące realizacją uprawnienia wynikającego z przepisów prawa, którego ryzyko i prawdopodobieństwo wystąpienia winien uwzględnić w prowadzonej działalności gospodarczej. Nie powinien natomiast ryzyka tego przerzucać na konsumenta, tym bardziej, że w postanowieniach OWU brak jest jakiegokolwiek wskazania, że opłata likwidacyjna służyć ma pokryciu właśnie tych kosztów. W szczególności, ubezpieczyciel nie może ze składek ubezpieczonego pokrywać kosztów poniesionych przez siebie z tytułu prowizji należnej agentowi ubezpieczeniowemu. Nie są to bowiem koszty związane z konkretną umową ubezpieczenia, ale koszty ogólne prowadzenia działalności przez ubezpieczyciela, a ubezpieczający nie ma na nie wpływu i nie jest stroną umowy zawartej przez ubezpieczyciela z agentem. Sąd Rejonowy powołał się na decyzję Prezesa Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 15 marca 2016 roku nr (...), w której wskazano, że przedsiębiorca oferujący produkty ubezpieczeniowe charakteryzujące się dość dużym poziomem komplikacji treści umowy, z uwagi na połączenie w jednym produkcie elementów umowy ubezpieczenia oraz umowy o charakterze inwestycyjnym, powinien wykazać się szczególną ostrożnością w podejmowaniu decyzji biznesowych związanych z umowami zawartymi z konsumentami, aby nie wystąpiła możliwość naruszenia dobrych obyczajów. Jako naruszające dobre obyczaje należy zaś niewątpliwie uznać postanowienia umowne dotyczące opłaty likwidacyjnej. Sąd Rejonowy podkreślił, że pozwany może kompensować poczynione nakłady, jak również uwzględniać ryzyko poniesienia strat w przypadku wcześniejszej rezygnacji konsumenta z umowy przez odpowiednie uwzględnienie wysokości poszczególnych opłat, pobieranych w czasie trwania umowy. W trakcie trwania umowy tego rodzaju opłaty były zresztą pobierane, tak więc koszty związane z działalnością inwestycyjną ubezpieczyciela na rzecz konkretnego klienta znalazły już pokrycie. W ocenie Sądu Rejonowego aby uznać, że uregulowanie umowne dotyczące opłaty likwidacyjnej nie pozostaje w sprzeczności z dobrymi obyczajami, musiałoby wiązać wysokość opłaty jedynie z kosztami, jakie pozwany ponosi w związku z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia i wykupem Jednostek Uczestnictwa. Tymczasem, jak podnosił pełnomocnik pozwanej, przy określeniu wysokości tej opłaty strona pozwana bierze pod uwagę wszystkie koszty jej działalności, w większości już pokryte przez ubezpieczonego w ramach innych opłat. W ocenie Sądu meriti biorąc powyższe pod uwagę postanowienia § 22 ust. 1 i 2 OWU w zakresie dotyczącym opłaty likwidacyjnej należało uznać za niedozwolone, w świetle przepisu art. 385¹ § 1 k.p.c., co oznacza, że pozwany nie miał prawa zatrzymywać części wartości polisy odpowiadającej opłacie likwidacyjnej. Tym samym pobrana na podstawie omawianego uregulowania przez pozwanego kwota 28.854,81 zł jako świadczenie nienależne podlegała zwrotowi na

rzecz powódki na podstawie art. 405 k.c. w związku z art. 410 § 1 i 2 k.c. Taką też kwotę Sąd Rejonowy zasądził od pozwanego na rzecz powódki na podstawie przytoczonych przepisów. O odsetkach ustawowych za opóźnienie Sąd I instancji orzekł na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. i art. 455 k.c. O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu. Na zasądzoną kwotę złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 4.800 zł; opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł i opłata od pozwu w kwocie 1.443 zł.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany, zaskarżając orzeczenie w całości. Zaskarżonemu wyrokowi apelujący zarzucił: 1. nierozpoznanie istoty sprawy poprzez uznanie, że postanowienie stosowane przez pozwanego w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczące ustalania wartości Całkowitego Wykupu, stanowi niedozwolone postanowienie umowne, podczas gdy postanowienie określa główne świadczenie strony, sformułowane w sposób jednoznaczny, a zatem nie podlega badaniu po kątem abuzywności, co wynika z charakteru umowy łączącej pozwanego z ubezpieczającym, tj. umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym; 2. nierozpoznanie istoty sprawy poprzez całkowite pominięcie, że pozwany wypłacił powodowi tytułem Całkowitego Wykupu kwotę stanowiącą 55% wartości rachunku udziałów, a w orzecznictwie sądowym kwestionowane były postanowienia skutkujące brakiem wypłaty świadczenia w ogóle, co jednoznacznie wskazuje, że nie doszło do rażącego naruszenia interesów konsumenta; 3. naruszenie prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c., poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego aktuarusza, podczas gdy rozstrzygnięcie sprawy wymaga wiadomości specjalnych, a przeprowadzenie tego dowodu było możliwe; 4. naruszenie prawa procesowego tj. art. 217 § 3 k.p.c., art. 227 k.p.c., art. 274 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka - pośrednika, podczas gdy był to dowód niespóźniony oraz istotny dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy; 5. naruszenie art. 6 k.c. poprzez jego niezastosowanie i nieuznanie, że to na powodzie spoczywa ciężar udowodnienia, podczas gdy to na stronie powodowej w niniejszej sprawie spoczywa ciężar udowodnienia, że postanowienia OWU są niezgodne z dobrymi obyczajami; 6. naruszenie art. 232 k.p.c. poprzez jego błędne zastosowanie i przyjęcie, że powód przedstawił dowody świadczące o tym, że postanowienie wzorca umownego stosowanego przez pozwanego stanowi postanowienie niedozwolone pomimo braku przedstawienia takiego dowodu przez powoda; 7. naruszenie prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. mające wpływ na wynik sprawy poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie, w tym uznanie: a) że opłata za Wykup jest świadczeniem ubezpieczającego na rzecz pozwanego, gdy tymczasem jest ona jednym z koordynatów (elementów) służących do obliczenia Całkowitego Wykupu ubezpieczenia, tj. świadczenia ubezpieczyciela w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia z przyczyn leżących po stronie ubezpieczającego; b) polegające na pominięciu faktów, że koszty zawarcia umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ponoszone przez pozwanego są de facto kosztami związanymi z rozwiązaniem takiej umowy w sytuacji, gdy następuje przedwczesne rozwiązanie umowy w stosunku do założonego przez pozwanego czasu jej trwania, a pozwany jest zobowiązany do rozliczenia tych kosztów na podstawie przepisów o rachunkowości zakładów ubezpieczeń w chwili rozwiązania danej umowy, niezależnie od tego czy wskaże te koszty kontrahentowi w umowie, a nadto pozwany w sytuacji rozwiązania umowy ubezpieczenia przed 10 -tym rokiem obowiązywania umowy w żadnej mierze nie może pokryć tych kosztów poprzez pobranie opłaty z tytułu administrowania funduszem lub opłaty administracyjnej z tytułu prowadzenia rachunku lub opłaty za ochronę ubezpieczeniową, które byłyby należne za kolejne okresy obowiązywania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi; 8. naruszenie prawa materialnego tj. art. 385¹ kodeksu cywilnego mające wpływ na orzeczenie poprzez jego błędną interpretację i uznanie, że postanowienie Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką podstawową opłacaną regularnie („OWU”), jakie mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy ubezpieczającym a pozwanym, stanowią postanowienia niedozwolone, pomimo, że świadczenie polegające na wypłacie Całkowitego Wykupu, wyliczone przy uwzględnieniu opłat, stanowi główne świadczenie ubezpieczyciela z umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i nie narusza dobrych obyczajów; 9. naruszenie prawa materialnego tj. art. 385² kodeksu cywilnego poprzez jego błędną interpretację i dokonanie indywidualnej kontroli wzorca umownego całkowicie pomijając reguły interpretacyjne wyznaczone przez przepisy prawa; 10. naruszenie art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2013 roku o działalności

ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 roku poz. 950 z późn. zm.) tj. ustawy obowiązującej w dacie zawarcia przez strony umowy ubezpieczenia, poprzez jego niezastosowanie, tj. pominięcie tego przepisu przy dokonywaniu oceny, czy analizowane postanowienia umowy stanowią niedozwolone postanowienia umowne i bezpodstawne uznanie, że pozwany nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzenia przez siebie działalności ze środków wpłaconych przez ubezpieczających z tytułu składki ubezpieczeniowej, niezależnie od tego czy te koszty zostaną wskazane w umowie i pomimo że pozwany jako ubezpieczyciel jest do tego zobowiązany przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa; 11. naruszenie § 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 poz. 1825) poprzez jego niezastosowanie, a tym samym uznanie, że pozwany nie ma prawa pokrycia kosztów związanych z prowadzoną przez siebie działalnością związanych z daną umową ubezpieczenia i nie ma prawa amortyzować kosztów akwizycji w czasie, wobec braku przedstawienia tych informacji powodowi, pomimo, iż rozporządzenie to zarówno określa szczegółowo koszty ponoszone przez pozwanego i koszty które pozwany ma rozliczyć z wpłaconych składek jak również określa czas ich amortyzacji jak i termin w jakim należy je rozliczyć, niezależnie od przedstawienia tych informacji w umowie; 12. naruszenie art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego niezastosowanie, polegające na pominięciu tego przepisu przy dokonywaniu oceny, czy analizowane postanowienia umowy stanowią niedozwolone postanowienia umowne i bezpodstawne uznanie, że postanowienie OWU regulujące opłatę za Wykup stanowią postanowienia niedozwolone i tym samym uznanie, że pozwany jako zakład ubezpieczeń nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzonej działalności ze środków wpłaconych przez ubezpieczającego z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, wobec braku przedstawienia tych informacji powodowi oraz tym samym nie ma obowiązku prowadzenia działalności rentownej, pomimo, iż jest do tego zobowiązany przez obowiązujące przepisy prawa; 13. naruszenie art. 805 kodeksu cywilnego w związku z art. 829 § 1 kodeksu cywilnego w związku z art. 2 ust. 1 pkt. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez ich błędną wykładnię i uznanie, że wypłata Całkowitego Wykupu dokonana przy uwzględnieniu opłaty za Wykup nie stanowi głównego świadczenia stron z umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz uznanie, że umowa ubezpieczenia jest umową wzajemną;

W konsekwencji zgłoszonych zarzutów apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości oraz poprzez zasądzenie na rzecz pozwanego od powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, a także o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych. Ewentualnie apelujący wniósł o uchylenie orzeczenia w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Nadto apelujący wniósł o rozpoznanie na podstawie art. 380 k.p.c. postanowienia Sądu I instancji oddającego wnioski dowodowe pozwanego i dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu wiedzy aktuarialnej oraz świadków wnioskowanych przez stronę pozwaną na okoliczność wskazane w treści odpowiedzi na pozew

Na rozprawie apelacyjnej w dniu 29 maja 2018 roku powódka wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego nie jest zasadna. W pierwszej kolejności wskazać należy, że brak jest podstaw do uchylenia zaskarżonego wyroku. Stosownie do przepisu art. 386 § 4 k.p.c. sąd drugiej instancji może uchylić zaskarżony wyrok i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy. Nierozpoznanie istoty sprawy odpowiada sytuacji, kiedy sąd pierwszej instancji nie zbadał podstawy merytorycznej dochodzonego roszczenia albo zaniechał zbadania materialnej podstawy żądania. Nierozpoznanie istoty sprawy można ująć jako niewyjaśnienie i pozostawienie poza oceną okoliczności faktycznych, stanowiących przesłanki zastosowania normy prawa materialnego, będącej podstawą roszczenia. Co do zasady zatem przez pojęcie „nierozpoznania istoty sprawy” należy rozumieć nierozstrzygnięcie żądań stron, czyli niezalatwienie przedmiotu sporu (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 2014 r., sygn. akt III PZ 6/14, opubl. LEX nr 1486981). W okolicznościach niniejszej sprawy zarzut nierozpoznania istoty sprawy, motywowany tym, że Sąd I instancji

błędnie ocenił stan faktyczny i nie wziął pod uwagę okoliczności, że pozwany wypłacił powódce tytułem Całkowitego Wykupu kwotę stanowiącą 55 % wartości rachunku udziałów był o tyle chybiony, że skarżący w istocie zarzucał dokonanie przez Sąd błędnej oceny prawnej okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, nie zaś nierozpoznanie istoty sprawy. Z nierozpoznanem istoty sprawy nie mamy do czynienia, bowiem Sąd Rejonowy wydał orzeczenie odnoszące się do żądania powódki, na które składa się samo żądanie z podaną w pozwie podstawą prawną oraz okoliczności faktyczne przytoczone na jego poparcie. Nie jest nierozpoznanem istoty sprawy przyjęcie przez Sąd I instancji, że podnoszone przez powódkę twierdzenia i okoliczności faktyczne uzasadniają powództwo. Proces stosowania prawa przez sąd polega na ustaleniu faktów relewantnych dla rozstrzygnięcia, opisanych hipotezami norm prawa cywilnego materialnego, które znajdują zastosowanie dla zgłoszonych roszczeń, a brak rozważań w tym zakresie prowadzi do niewyjaśnienia istoty sprawy. Taka sytuacja w sprawie nie zachodzi. Sąd I Instancji ustalił istotne w sprawie okoliczności faktyczne, a następnie rozważył, czy w tych okolicznościach żądanie powódki znalazło podstawy materialnoprawne, przy czym brał także pod uwagę stanowisko strony pozwanej.

Sąd Okręgowy podziela i przyjmuje za własne poczynione przez Sąd pierwszej instancji ustalenia stanu faktycznego. Znajdują one pełne oparcie w zebranych w sprawie materiale dowodowym. Wymagały one jednak uzupełnienia w zakresie istotnym dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, na podstawie dowodów zebranych w toku postępowania przed Sądem I instancji. W obecnym modelu procedury cywilnej sąd odwoławczy nie ogranicza się bowiem wyłącznie do kontroli orzeczenia sądu pierwszej instancji, lecz bada ponownie całą sprawę, a kontrolując prawidłowość zaskarżonego orzeczenia, pełni również funkcję sądu merytorycznego, który może rozpoznać sprawę od początku, uzupełnić materiał dowodowy lub powtórzyć już przeprowadzone dowody, a także poczynić samodzielnie ustalenia na podstawie materiału zebranego w sprawie. Dokonanie ustaleń faktycznych umożliwia bowiem sądowi drugiej instancji ustalenie podstawy prawnej wyroku, a więc dobór właściwego przepisu prawa materialnego, jego wykładnię oraz dokonanie aktu subsumcji. Tym samym postępowanie apelacyjne - choć odwoławcze - ma charakter merytoryczny (zob. uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 1999 roku, sygn. III CZP 59/98, publ. OSNC 1999/7-8/124; uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, OSNC 2008, Nr 6, poz. 55 i powołane tam orzecznictwo). Stosując zatem dyrektywę procesową z art. 382 k.p.c. Sąd Okręgowy poczynił następujące dodatkowe ustalenia faktyczne:

Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym została zawarta na czas nieoznaczony. Zgodnie z zawartą umową w razie śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązało się wypłacić ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wyższej z kwot: 1. wartości jednostek zgromadzonych na indywidualnym rachunku ubezpieczonego nabytych za składki funduszowe, obliczonej zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia; 2. sumy ubezpieczenia 13.200 PLN, z zastrzeżeniem § 20 ust. 11 powiększone o wartość jednostek zgromadzonych na indywidualnym rachunku ubezpieczonego, nabytych za składki dodatkowe, obliczoną zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia. Składka funduszowa opłacana miesięcznie wynosiła 1.000 zł. Alokacja składki funduszowej przedstawiała się następująco: - (...) M. A. 50% - (...) A. 50%. Do umowy miały zastosowanie ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym MegaFundusz o symbolu (...). (polisa – k. 16) Powódka złożyła wniosek o zawarcie umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie, jednocześnie potwierdzając, że przed podpisaniem wniosku zostały jej doręczone ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia podstawowego (w tym opłat w tym ubezpieczeniu i regulaminów wybranych funduszy. (wniosek – k. 117-119) P. w zawarciu umowy była A. P. działająca jako przedstawiciel (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł.. (k. 121) Na podstawie § 19 OWU pozwany pobierał następujące opłaty: opłatę za prowadzenie indywidualnego rachunku; opłatę za obsługę umowy ubezpieczenia; opłatę z tytułu konwersji jednostek; opłatę z tytułu: zmiany alokacji składki funduszowej, określenia odmiennej alokacji składki dodatkowej, zmiany określonej uprzednio odmiennej alokacji składki dodatkowej; opłatę przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia podstawowego; opłatę manipulacyjną za zakup jednostek ze składką dodatkową. W myśl § 20 ust. 1 OWU Towarzystwo pobierało z kwoty wypłaconego Całkowitego wykupu lub Częściowego Wykupu opłatę stałą w wysokości określonej kwotowo w pkt 1 Tabeli opłat za wykup ubezpieczenia. Opłata ta mogła podlegać indeksacji według zasad określonych w § 19 ust. 9 OWU. Zgodnie z ust. 2 § 20 OWU niezależnie od opłaty stałej wymienionej w ust. 1 w przypadku dokonywania Całkowitego wykupu Towarzystwo pobierało opłatę zmienną dotyczącą umarżanych

aktywów powstałych w wyniku zainwestowania składek funduszowych należnych w pierwszych pięciu latach opłacania składek regularnych z zastrzeżeniem, że każdy miesiąc zawieszenia opłacania składek regularnych wydłuża okres pierwszych pięciu lat opłacania składek regularnych o kolejny miesiąc. (OWU – k. 29) Zgodnie z Tabelą opłat za wykup ubezpieczenia opłata zmienna za Całkowity wykup ubezpieczenia w trzecim roku ubezpieczenia wynosiła 80% wartości umarzanych aktywów. (Tabela opłat za wykup ubezpieczenia – k. 35)

Przechodząc do zgłoszonych w apelacji zarzutów naruszenia prawa procesowego gdy chodzi o zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c., a więc normy określającej sądowi granice oceny zebranego materiału dowodowego, to przypomnieć należy, że do jego naruszenia mogłoby dojść tylko wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów (tak m. in. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 grudnia 2005 r., III CK 314/05, LEX nr 172176). Nie stanowi o naruszeniu omawianego przepisu dokonana przez sąd orzekający ocena prawna, stanowiąca rozważanie czy w ustalonym stanie faktycznym znajduje zastosowanie konkretna norma prawa materialnego. W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd pierwszej instancji prawidłowo ustalił okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, które jedynie w zakresie niezbędnym zostały uzupełnione przez Sąd Okręgowy. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w zakresie dokonanych ustaleń jest logiczny i wzajemnie spójny, zaś informacje zawarte w poszczególnych źródłach dowodowych nawzajem się uzupełniają i potwierdzają, a jako takie są w pełni wiarygodne. Sąd Okręgowy podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Rejonowy (a uzupełnione w postępowaniu apelacyjnym) i przyjmuje je za własne. Sąd Okręgowy podziela także rozważenia prawne Sądu I instancji. Za chybione należy uznać także pozostałe zarzuty naruszenia prawa procesowego wskazane w apelacji dotyczące postępowania dowodowego (art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c., art. 217 § 3 k.p.c., art. 227 k.p.c., art. 274 k.p.c., art. 232 k.p.c.). W ocenie Sądu Okręgowego przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków oraz z opinii biegłego było nieprzydatne dla rozstrzygnięcia. Bezzasadnym był również wniosek o przeprowadzenie dowodów, nieprzeprowadzonych w postępowaniu przed Sądem Rejonowym, wnioskowanych w apelacji. Podkreślić należy, że postanowienia dotyczące opłat za wykup ubezpieczenia nie były indywidualnie uzgadniane z powódką, co wynika z zeznań powódki oraz z faktu, że stanowiły one gotowe formularze, które mogły być jedynie w całości zaakceptowane przez powódkę, bądź odrzucone przez nią i w tym drugim przypadku nie doszłoby do zawarcia umowy. Nadto wykup wartości polisy nie jest zwykłym sposobem zakończenia umowy, nie można bowiem stwierdzić aby obie strony przy zawieraniu umowy z góry zakładały taki finał umowy, wręcz przeciwnie, przy zawieraniu umowy o charakterze inwestycyjnym obu stronom powinno zależeć na tym, aby umowa zakończyła się w przewidzianym terminie. Ponadto w sytuacji, gdy powódka powoływała się także na rozmiar opłaty likwidacyjnej i brak jej powiązania z rzeczywistymi kosztami zakończenia umowy, a więc okoliczności o charakterze obiektywnym, zachowanie obowiązków informacyjnych przy zawieraniu umowy nie miało w istocie znaczenia dla oceny skuteczności postanowień umownych. Bezzasadnym był również wniosek pozwanego o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego w zakresie wiedzy aktuarialnej. Opinia taka w ocenie Sądu Okręgowego byłaby nieprzydatna dla rozstrzygnięcia sprawy, ponieważ pozwany kalkulując wysokość ponoszonych kosztów nie bierze pod uwagę pojedynczej umowy, lecz cały ich portfel. Tymczasem sankcja za wcześniejsze rozwiązanie umowy obciąża konkretną osobę, prowadząc tym samym do przerzucenia całego ciężaru strat przedsiębiorstwa na podmiot, który nie może ponosić ryzyka związanego z prowadzeniem działalności gospodarczej. Unormowania zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczące opłaty pobieranej przez pozwanego w przypadku wypowiedzenia umowy w pierwszych 10-ciu latach jej obowiązywania uznać należy za klauzule niedozwolone w myśl art. 385¹ § 1 k.c., co w konsekwencji oznacza konieczność zwrotu przez pozwanego na rzecz powódki pobranej kwoty. 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 powódkę opłata likwidacyjna jest świadczeniem głównym i w związku z tym nie może podlegać kontroli na podstawie art. 385¹ k.c. W umowie, do której przystąpiła powódka, 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. 385¹ § 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. 385¹ 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 powódka jest konsumentem w rozumieniu art. 22¹ k.c., a wymienione postanowienia umowne nie zostały z nią indywidualnie uzgodnione. Postanowienia OWU w zakresie dotyczącym wysokości opłaty zmiennej dotyczącej umarżanych aktywów mają brzmienie niejednoznaczne, dezinformujące, nie wyjaśniają w jasny sposób mechanizmu wyliczenia. 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 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 powódka niewątpliwie nie zgodziłaby się na takie warunki. Powódce przedstawiono jedynie plusey wynikające z zawieranej umowy, nie uprzedzono o dotkliwych konsekwencjach finansowych, które wynikały z rozwiązania umowy (zeznania powódki – k. 207, e-protokół – płyta – k. 249). 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. 385¹, Nb 12; C. Żuławska, w: Bieniek, Komentarz. Zobowiązania, t. I, 2011, art. 385¹, 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 dziesiątego 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 powódki jako konsumenta, intencją było zawarcie umowy ubezpieczenia na życie związane z inwestowaniem kapitału, co wiązało się dla powódki z obowiązkiem opłacania wysokich składek. Powódka nie była 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. 385¹ § 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 Całkowitego nadal byłaby tzw. umową o polisolokacie, 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. 385¹ 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. Tym samym, nawet gdyby było to świadczenie główne, to i tak można by dokonać jego oceny przez pryzmat przepisów o klauzulach niedozwolonych. Stwierdzić należy także, że arbitralne przejęcie przez ubezpieczyciela znacznej części wpłaconych przez powódkę środków, w wysokości niemającej - w ocenie Sądu - związku z rzeczywiście poniesionymi kosztami, oraz fakt, że w takich okolicznościach to wyłącznie powódka ponosiła ryzyko wcześniejszego rozwiązania umowy rażąco naruszało jej interes jako konsumenta, a nadto było wyrazem nierówności stron tego stosunku zobowiązaniowego, kształtując prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Ocena taka znajduje oparcie w licznych orzecznictwie zarówno UOKiK, jak i sądów powszechnych oraz Sądu Najwyższego. Zgodnie z art. 385³ pkt 16 i 17 k.c. w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są między innymi w szczególności te, które: - nakładają wyłącznie na konsumenta obowiązek zapłaty ustalonej sumy na wypadek rezygnacji z zawarcia lub wykonania umowy; - nakładają

na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego. 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 czynią 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. 381¹ § 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. 382² k.c.). Istotne znaczenie ma również ukształtowanie świadczeń stron w czasie od chwili zawarcia umowy. Szeroką analizę postanowień umownych o charakterze takim jak w niniejszej sprawie przeprowadził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 grudnia 2013 roku (I CSK 149/13, OSNC 2014/10/103, LEX nr 1413038, Biul.SN 2014/2/14, M.Prawn. 2014/17/923). Sąd Najwyższy wskazał, że w przypadku umowy mieszanej z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału jest zrozumiałe, że pozwany pozostaje zainteresowany jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania. 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. Zarzut naruszenia art. 385² k.c. jest więc bezzasadny.

Wbrew twierdzeniom pozwanego podstawą do obciążania konsumenta całością kosztów prowadzonej działalności gospodarczej w przypadku rozwiązania umowy nie może być przepis art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Przepis ten stanowi o obowiązku dokonania takiej kalkulacji składki, by umożliwiała ona wykonanie wszystkich zobowiązań i pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń. W przepisie tym jest mowa o wysokości składki nie zaś o „świadczeniu wykupu”. Strona pozwana nie może wbrew treści cytowanej ustawy przenosić ryzyka działalności na konsumenta w swoistej sankcji za wcześniejsze rozwiązanie umowy (tak m.in. wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie, sygn. akt XXV C 1699/12). Powołany w apelacji przepis art. 18 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie zawiera reguł rozliczania wpłaconych kwot w przypadku rozwiązania umowy, lecz określa zasady ustalania wysokości samej składki ubezpieczeniowej. Bez znaczenia pozostaje też brzmienie art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i § 2 ust. 1 pkt. 19-21 oraz § 16 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, które to przepisy nie mogą być wykorzystane jako samodzielne uzasadnienie dokonania przez stronę pozwaną potrąceń z sumy wpłaconych składek.

W ocenie Sądu Okręgowego zaskarżony wyrok odpowiada prawu i wyrażone w nim stanowisko jest zbieżne z orzecznictwem sądów powszechnych w sprawach incydentalnych, wyrokami (...) u i Sądów Apelacyjnych, a wreszcie także Sądu Najwyższego. W konsekwencji sporne zapisy jako niewiążące dla stron, nie mogły stanowić podstawy naliczenia opłaty likwidacyjnej czy potrącenia procentowo określonej części świadczenia i zasadne było zasądzenie żądanej kwoty na rzecz powódki. Zapisy umowy poddane kontroli uznać należało za niedozwolone, co prawidłowo ocenił Sąd Rejonowy, spełnione bowiem zostały wszystkie przesłanki określone w art. 385¹ § 1 k.c. Dodać należy, że konsument zawierając z przedsiębiorcą umowę musi mieć pewność łączących strony postanowień umowy, mieć jasność i świadomość przysługujących mu praw jak również ciążących na nim obowiązków. Natomiast na etapie zawierania umowy klient nie miał świadomości na temat tego jakie środki i w jakiej wysokości zostaną zatrzymane przez ubezpieczyciela w przypadku przedterminowego zakończenia umowy. Sąd Okręgowy nie zgadza się tu z twierdzeniami pozwanego, że opłata ta została prawidłowo ustalona, a klient został o niej należycie poinformowany. Nie sposób bowiem twierdzić, że zapisy te były sformułowane przejrzysto. Sam fakt przedstawienia

wzorca umownego przed podpisaniem umowy nie jest wystarczający. Konsument nie może być w trakcie realizowania umowy zaskakiwany nakładaniem na niego obowiązku zwrotu kwot, których wyliczenie nasuwa wątpliwości. Brak precyzji i dokładności formułowania postanowień umowy jest również przesłanką sprzeczności z dobrymi obyczajami i może stanowić o rażącym naruszeniu praw konsumenta (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 21 maja 2015 r., VI ACa 849/14). Unormowania zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia i tabeli opłat, dotyczące opłaty za wykup pobieranej przez pozwanego, w przypadku wypowiedzenia umowy w pierwszych 10-ciu latach jej obowiązywania uznać należy za klauzule niedozwolone w myśl art. 385¹ § 1 k.c., co w konsekwencji oznacza konieczność zwrotu przez pozwanego na rzecz powódki pobranej kwoty. W przypadku tak skonstruowanej umowy jak ta będąca przedmiotem badania w niniejszej sprawie pozwany faktycznie nie ponosi żadnego ryzyka wykraczającego poza składki uiszczone przez powódkę, jednocześnie mając zawsze zagwarantowane własne świadczenie odniesione do wysokości uiszczonej składki. Świadczy to o rażącym braku ekwiwalentności świadczeń. Przeczy to zarówno istocie ochrony ubezpieczeniowej jak i rzekomo inwestycyjnemu charakterowi umowy (konsument nie może wycofać środków bez utraty znaczącej ich części). W konsekwencji całość ryzyka przeniesiona jest na konsumenta, co niewątpliwie jest dla niego niekorzystne. Takie ukształtowanie obowiązku nałożonego na konsumenta jest niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz z zasadą konstruowania jasnych i przejrzystych postanowień umownych bez zatajania jakichkolwiek okoliczności mających wpływ na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta w razie zawarcia umowy. Oceny tej nie zmieniają przepisy o rachunkowości towarzystw ubezpieczeniowych. Czym innym jest bowiem ukształtowanie umowy w sposób niekorzystny dla klienta, a czym innym rozliczanie kosztów prowadzenia działalności według określonych zasad rachunkowości. To pozwany jest profesjonalnym uczestnikiem obrotu i nie ma podstaw aby przenosił na konsumenta skutki takiego a nie innego sposobu prowadzenia własnej rachunkowości zwłaszcza, że klient nie uczestniczy w jakikolwiek sposób w wewnętrznych rozliczeniach Towarzystwa. Istotą oceny abuzywności takiej konstrukcji umowy nie jest to kiedy winno nastąpić rozliczenie kosztów ale jest nią nierówne rozłożenie ryzyka i przeniesienie go w całości na konsumenta, który niezależnie od wyników finansowych inwestycji zmuszany jest do pokrycia wszystkich kosztów działalności profesjonalisty. Konkluzje Sądu Rejonowego w tym przedmiocie są prawidłowe i nie stanowią o naruszeniu ani art. 385¹ § 1 k.c. ani art. 805 k.c. Niewątpliwie przedmiotowe postanowienia OWU sporządzonych przez stronę pozwaną - określające wysokość tzw. opłaty za wykup ubezpieczenia należnego w wysokości wskazanej w Tabeli opłat za wykup ubezpieczenia - nie mogą zostać ocenione inaczej niż jako nieuczciwa praktyka rynkowa ze strony pozwanego ubezpieczyciela i sprzeczne z zasadami współżycia społecznego ukształtowanie stosunku umownego w sposób rażąco niekorzystny dla konsumenta, który w istocie bez żadnego uzasadnienia miałby utracić na rzecz przedsiębiorcy (zakładu ubezpieczeń) 80% korzyści pochodzących z zainwestowanej składki.

Z powyższych względów Sąd Okręgowy podziela pogląd prawny, który legł u podstaw wydania zaskarżonego wyroku i nie znajduje podstaw do uznania, że przy wydawaniu orzeczenia doszło do naruszenia przepisów wymienionych w apelacji.

Wskazać jednak należy, że błędne jest uznanie Sądu Rejonowego, że roszczenie powódki znajduje oparcie w przepisach art. 410 k.c. Podstawą roszczenia i zasądzenia dochodzonej kwoty była umowa łącząca strony, w zakresie, w którym jej postanowienia były skuteczne. W momencie wygaśnięcia (rozwiązania) umowy pozwany winien wypłacić wartości rachunku w wysokości obliczonej stosownie do postanowień OWU za wyjątkiem postanowień niedozwolonych czyli bez potrącenia opłaty za wykup ubezpieczenia. Nie zaszły zatem w niniejszej sprawie przesłanki do zastosowania art. 410 k.c. i art. 405 k.c. Ostatecznie jednak powyższe nie mogło skutkować zmianą zaskarżonego wyroku i oddaleniem powództwa, gdyż zaskarżone orzeczenie odpowiada prawu.

W konsekwencji apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł na zasadzie odpowiedzialności za wynik postępowania w danej instancji (art. 98 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.). Na zasądzone koszty złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika w osobie adwokata ustalone w stosunku do wartości przedmiotu zaskarżenia na podstawie § 2 pkt 5 w zw. z § 10

ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. z 2015 roku, poz. 1800, ze zm.) w brzmieniu obowiązującym po dniu 27 października 2016 roku.