

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 24 stycznia 2018 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi, w sprawie z powództwa M. Ś. przeciwko V. L. Towarzystwu (...) w W. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.649,98 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 31 stycznia 2017 roku do dnia zapłaty (pkt 1) oraz kwotę 1.017 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu wyroku Sąd Rejonowy wskazał, że powód wywodził roszczenie z zawartej z pozwanym w dniu 25 sierpnia 2009 roku umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ze składką regularną M. (...), potwierdzoną polisą nr (...). Zdaniem powoda regulacje umowne przewidujące pozbawienie ubezpieczonego 40% Części Bazowej Rachunku w 7 roku od zawarcia umowy ubezpieczenia, stanowią niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 zd.1 k.c.. Z uwagi na to, że postanowienia umowy dotyczące opłaty likwidacyjnej, nie wiążą powoda, a zatem pobrana z tego tytułu kwota stanowiła świadczenie nienależne, podlega ono zwrotowi na podstawie art. 410 § 1 k.c. w zw. z art. 405 k.c.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości. Wywodził, że sporne postanowienia umowne nie mają charakteru abuzywnego, ich brzmienie zostało sformułowane w jednoznaczny sposób, a powód wyraził zgodę na związanie się umową, miał świadomość jej warunków, w tym postanowień OWU odnoszących się do spornej opłaty i kosztów, jakie w związku z umową są ponoszone przez ubezpieczyciela. Argumentował, iż świadczenie wykupu stanowi świadczenie główne, obok świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i z tytułu dożycia.

Sąd Rejonowy oparł rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych. W dniu 25 sierpnia 2009 roku powód M. Ś. złożył wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym M. (...). Przedmiotowy wniosek powód skierował do pozwanego za pośrednictwem współpracującego z nim agenta. W wyniku złożonego wniosku pomiędzy stronami doszło do zawarcia umowy, na potwierdzenie której, pozwany wystawił polisę ubezpieczeniową nr (...). Miesięczna składka za polisę została w umowie oznaczona na kwotę 200 zł, przy czym okres ubezpieczenia rozpoczynał swój bieg w dniu 17 września 2009 roku. Koniec okresu ubezpieczenia oznaczono na dzień 16 września 2024 roku. Z tytułu polisy powodowi przysługiwały dwa świadczenia: z tytułu dożycia w wysokości wartości polisy na koniec okresu ubezpieczenia (§ 4 ust. 1 OWU) oraz z tytułu śmierci w wysokości: wartości polisy + 10% (§ 4 ust. 2 pkt 1 OWU) lub sumie składek regularnych i składek dodatkowych zapłaconych w wykonaniu umowy zmniejszonej o częściowe wykupy (§ 4 ust. 2 pkt 2 OWU). Integralnym elementem umowy były Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze składką regularną (...).

Podpisanie umowy zaproponował powodowi przedstawiciel pozwanego, który obiecywał, że polisa jest bardzo korzystna i że powód w ten sposób uzyska lepsze zabezpieczenie, aniżeli przy dotychczasowym ubezpieczeniu, jakie posiadał. Agent ubezpieczeniowy zapewniał, iż powód będzie miał świetlaną przyszłość, a także, że bank nie da mu takiego oprocentowania, jak na polisie, powód bowiem, prócz zainwestowanych składek, miał również otrzymać odsetki, jak na lokacie. Przedstawiciel nie wspominał o kosztach obciążających ubezpieczonego w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy, w szczególności nie informował powoda, iż może on stracić część zainwestowanych środków.

Powód terminowo uiszczał składkę za polisę w wysokości 200 zł miesięcznie. Dodatkowo, w dniu 17 września 2009 roku, powód dokonał wpłaty składki dodatkowej w kwocie 15.226,93 zł.

W dniu 12 września 2016 roku, w związku z chorobą żony i koniecznością pokrycia kosztów leczenia, powód złożył pozwanemu wniosek o wypłatę wartości wykupu. Pismem z dnia 11 października 2016 roku pozwany poinformował powoda, iż umowa uległa rozwiązaniu oraz dokonał rozliczenia z tytułu umowy. W rozliczeniu z tytułu umowy nr (...) pozwany wskazał, że suma wpłaconych składek wynosi 31.332,15 zł, suma wypłat – 14.715,63 zł, wartość umowy – 11.624,95 zł, wartość wykupu – 6.974,97 zł. Pozwany wypłacił powodowi kwotę 6.974,97 zł.

Pismem z dnia 16 stycznia 2017 roku, doręczonym w dniu 23 stycznia 2017 roku, powód wezwał pozwanego do zapłaty w terminie 7 dni kwoty 4.649,98 zł tytułem nienależnie pobranej, w oparciu o niedozwolone postanowienia umowne, części bazowej rachunku w związku z całkowitym wykupem świadczenia wykupu i rozwiązaniem umowy.

W odpowiedzi na wezwanie pozwany wyjaśnił, iż wysokość świadczenia wykupu w zakresie wartości części bazowej rachunku uwzględniała jej pomniejszenie o koszty poniesione przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem umowy, które nie mogły zostać pokryte z opłat określonych w OWU, jakie były pobierane przez ubezpieczyciela w trakcie całego okresu, na jaki umowa została zawarta.

Zgodnie z zawartą przez strony umową (§ 3 ust. 2 OWU), zakres ubezpieczenia obejmował dwa zdarzenia ubezpieczeniowe: dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia oraz śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia. W przypadku ziszczenia się pierwszego zdarzenia ubezpieczyciel spełniał na rzecz ubezpieczonego świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości kwoty równej wartości polisy, natomiast w drugiej sytuacji, spełniał na rzecz uposażonego świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wyższej z następujących kwot: 1) kwoty równej wartości polisy oraz dodatkowo świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości kwoty równej 10% polisy, 2) kwoty równej sumie składek regularnych i składek dodatkowych zapłaconych w wykonaniu umowy, zmniejszonej o częściowe wykupy. Uiszczane przez ubezpieczonych składki regularne oraz składki dodatkowe były lokowane przez ubezpieczyciela w funduszach inwestycyjnych i portfelach modelowych, dzieląc się na jednostki funduszy nabywane z tych środków. Liczba i wartość jednostek funduszy zapisana na rachunku jednostek funduszy w następstwie zapłaty składki regularnej ustalana była na podstawie ceny jednostek funduszu z najbliższego dnia wyceny następującego nie później niż w drugim dniu roboczym po zaksięgowaniu składki regularnej. W myśl § 23 ust. 1 OWU, ubezpieczający od drugiej rocznicy polisy miał prawo wystąpić o wypłatę wartości wykupu pod warunkiem, że opłacił wszystkie składki regularne w należnej wysokości wymagane do dnia złożenia wniosku. Wysokość świadczenia wykupu na dany dzień była równa wartości części wolnej rachunku (tj. części środków zapisanych na rachunku jednostek funduszy, pochodzących ze składki regularnej należnej po okresie bazowym oraz ze składki dodatkowej) oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku (j.w. ale za okres bazowy, tj. okres pierwszych siedmiu lat trwania polisy), wskazanego w ust. 15 załącznika nr 1 do OWU (art. 23 ust. 5 OWU). Wysokość określonego procentu wartości części bazowej rachunku, o którym mowa w ust 5, ustalana była na podstawie okresu ubezpieczenia dla danej umowy, aktualnego na dzień jej zawarcia, oraz roku oznaczającego:

- 1) w okresie bazowym oraz po jego upływie, jeśli nie zostały opłacone składki regularne należne za okres bazowy:
 - a) w przypadku, gdy nie nastąpiło zawieszenie opłacania składki regularnej - 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,
 - b) w przypadku, gdy nastąpiło zawieszenie opłacania składki regularnej - liczbę lat polisy, za które w pełni zostały zapłacone wszystkie składki regularne, powiększoną o 1, jednak nie wyższą niż rok polisy poprzedzający rok polisy, w którym dokonywana jest całkowita lub częściowa wypłata świadczenia wykupu: jeżeli okres zawieszenia nie rozpoczyna się w rocznicę polisy, to okresy, za które zostały zapłacone składki regularne w latach polisy, w których zawieszenie miało miejsce, podlegają sumowaniu,
- 2) po okresie bazowym, pod warunkiem opłacenia składek regularnych należnych za okres bazowy:
 - a) w przypadku, gdy nie nastąpiło zawieszenie opłacania składki regularnej w okresie bazowym - rok polisy, w którym dokonywana jest całkowita lub częściowa wypłata świadczenia wykupu,
 - b) w przypadku, gdy nastąpiło zawieszenie opłacania składki regularnej w okresie bazowym - rok polisy poprzedzający rok polisy, w którym dokonywana jest całkowita lub częściowa wypłata świadczenia wykupu.

W związku z umową pozwany pobierał następujące opłaty (§ 24 OWU): wstępną, za udzielanie tymczasowej ochrony z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, za ryzyko, administracyjną, za zarządzanie

aktywami funduszy inwestycyjnych, za zarządzanie aktywami portfeli modelowych oraz operacyjną. Opłata wstępna była związana z zawarciem umowy i skalkulowana, jako stały procent wartości składki regularnej i składki dodatkowej. Była ona pobierana następnego dnia po zapisaniu na rachunku jednostek funduszy każdej należnej w pierwszym roku polisy składki regularnej oraz każdej zapłaconej w wykonaniu umowy składki dodatkowej przez cały czas trwania umowy, jako równowartość odpowiedniej liczby jednostek funduszy. Opłata za udzielanie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej określana była kwotowo, w wysokości wskazanej w ust. 5 załącznika nr 1 do OWU i pobierana proporcjonalnie do okresu udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, w dniu zapisania pierwszej składki regularnej na rachunku jednostek funduszy, jako równowartość odpowiedniej liczby jednostek funduszy. W przypadku opłat za ryzyko, były one ustalane kwotowo na podstawie wartości polisy, płci, wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia, wykonywanego zawodu i pobierane miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy przez odliczenie odpowiedniej części środków ubezpieczającego z rachunku jednostek funduszy. Opłata ta podlegała pobraniu przez cały czas trwania umowy. Z kolei opłata administracyjna związana była z administrowaniem umową i określana kwotowo, a pobierana miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy przez odliczenie odpowiedniej części środków ubezpieczającego z rachunku jednostek funduszy. Opłata za zarządzanie aktywami funduszy inwestycyjnych była natomiast pobierana miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy przez odliczenie z rachunku jednostek funduszy odpowiedniej części środków ubezpieczającego i stanowiła sumę opłat dla części bazowej rachunku oraz dla części wolnej rachunku. Opłata za zarządzanie dla części bazowej rachunku obliczana była jako iloczyn wartości części bazowej rachunku, ustalonej na dzień naliczenia opłaty i 1/12 stawki opłaty wskazanej w ust. 9 załącznika nr 1 do OWU. Opłata za zarządzanie aktywami portfeli modelowych była zaś określana procentowo przez ubezpieczyciela i pobierana miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy przez odliczenie z rachunku jednostek funduszy odpowiedniej części środków ubezpieczającego. Opłata operacyjna była natomiast określona jako odpowiedni procent aktualnej na dzień dokonania danej czynności opłaty administracyjnej i pobierana razem z tą opłatą w danym miesiącu polisy za czynności dokonane w poprzednim miesiącu polisy.

Wymienione opłaty służyły pokryciu kosztów związanych z obsługą i administrowaniem umową, kosztów jej dystrybucji, jak również innych kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą i pobierane były poprzez odpisanie z rachunku jednostek funduszy odpowiedniej części środków ubezpieczającego. Jednostki funduszy podlegały odpisaniu po cenach jednostek funduszy z dnia wyceny danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, następującego w dniu pobrania każdej z opłat.

Umowa stron ulegała rozwiązaniu ze skutkiem natychmiastowym w przypadku doręczenia do siedziby ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia ubezpieczającego o rozwiązaniu umowy.

W myśl postanowień ust. 15 załącznika nr 1 do OWU, określony procent części bazowej rachunku wypłacany ubezpieczającemu w przypadku odpisania jednostek z funduszy z części bazowej rachunku w związku z całkowitą lub częściową wypłatą świadczenia wykupu wynosił dla okresu ubezpieczenia 15 lat: w 1 i 2 roku – 0%, w 3 roku – 20%, w 4 roku – 30%, w 5 roku – 40%, w 6 roku – 50%, w 7 roku – 60%, w 8 roku – 70% (...) w 15 roku – 96%.

Sąd Rejonowy oddalił wniosek strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza na okoliczność m.in. kosztów poniesionych przez tę stronę procesu w związku z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd I instancji uznał powództwo za zasadne. Wskazał, że w myśl art. 385¹ § 1 zd. 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, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Kwestionowane przez powoda postanowienie umowne nie określa świadczenia głównego, gdyż nie odnosi się do essentialia negotii umowy ubezpieczenia. Świadczeniami głównymi dla tego typu umów są składki ubezpieczeniowe po stronie ubezpieczonego i wypłata sumy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela; kwota likwidacyjna była jedynie potrącana przez Ubezpieczyciela z kwoty stanowiącej jego świadczenie główne. W orzecznictwie w zasadzie jednolicie przyjmuje się, że nie jest świadczeniem głównym opłata dodatkowa, mająca charakter zbliżony do kary umownej czy do odstępnego. Opłata likwidacyjna, rozumiana jako część wartości rachunku

bazowego zatrzymywana przez pozwanego w związku z rozwiązaniem umowy, nie jest świadczeniem głównym. Nie można uznać, że jeśli świadczenie wykupu jest niewątpliwie po stronie ubezpieczyciela najważniejszym celem umowy, to stanowi świadczenie główne. Gdyby tak przyjąć, to każda kara umowna obniżająca wypłatę dla ubezpieczającego byłaby świadczeniem głównym, skoro obniża świadczenie główne. Pogląd taki nie odpowiada pojęciu świadczenia głównego i sprzeczny jest z art. 385³ pkt. 16 i 17 k.c. Pojęcie „głównych świadczeń stron” nie jest zdefiniowane, przez co podlega wykładni, ale nie może ulegać wątpliwości, że chodzi o takie świadczenia, które charakteryzują, definiują i typizują umowę, a bez których nie doszłoby do jej zawarcia. Potwierdzeniem takiej interpretacji omawianego pojęcia, jest wymienienie przez ustawodawcę ceny i wynagrodzenia, jako istotnych elementów stosunków zobowiązaniowych, które wyłączone są spod kontroli abuzywności, jeśli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Trybunał Sprawiedliwości, w wyroku z dnia 26 lutego 2015 roku (C-143/13, (...)) stwierdził, że za warunki umowne, które objęte są zakresem pojęcia „głównego przedmiotu umowy”, w rozumieniu art. 4 ust. 2 dyrektywy 93/13, należy uważać te, które określają podstawowe świadczenia w ramach danej umowy i które z tego względu charakteryzują tę umowę. Natomiast warunki, które wykazują charakter posiłkowy względem warunków definiujących samą istotę stosunku umownego, nie mogą być objęte pojęciem „określenia głównego przedmiotu umowy”. W tym kontekście nie można przyjąć, aby podstawowym (głównym) świadczeniem ubezpieczonego, należącym do istoty umowy ubezpieczenia, było poniesienie opłat likwidacyjnych (niezależnie od ich nazwy lub konstrukcji), które aktualizują się dopiero w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia. Konkluzja staje się oczywista po analizie postanowień OWU. Z treści § 3 ust. 1 OWU wynika, że "Przedmiotem Umowy jest 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 jest realizacja zysków w krótkim horyzoncie czasowym." Z kolei w § 3 ust. 2 OWU wskazano, że zakres ubezpieczenia obejmuje dwa zdarzenia ubezpieczeniowe to jest: dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia oraz śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia. Z kolei w § 21, 22 i 23 uregulowano odpowiednio świadczenie z tytułu śmierci, świadczenie z tytułu dożycia i świadczenie wykupu.

Postanowienia OWU nie podlegały negocjacom, co w szczególności dotyczy sumy wykupu, której wyliczenie stanowiło jeden załączników do umowy. Treść stosunku umownego była zatem jednostronnie kształtowania przez pozwane Towarzystwo, co stanowi zakłócenie równowagi stron, w sytuacji, gdy zapisy umowy sformułowane są w sposób niejasny, nieprecyzyjny. Zestawiając wskazaną wyżej treść § 3 ust. 2 OWU oraz § 21-23 OWU w ocenie Sądu Rejonowego nie można podzielić twierdzenia pozwanego, że świadczenie wykupu stanowi główne świadczenie stron. Z § 20 OWU określającego zasady wypłaty świadczeń wynika wprost, że te świadczenia są powiązane ze zdarzeniami ubezpieczeniowymi, a przedmiotowa regulacja nie obejmuje świadczenia wykupu. Świadczenie główne musi wiązać się ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, a w odniesieniu do świadczenia wykupu taka korelacja nie zachodzi. W judykaturze przyjmuje się zasadnie, że brzmienie art. 385¹ k.p.c. nie pozwala na szeroką interpretację formuły "postanowień określających główne świadczenia stron". Sąd Najwyższy wskazuje także, iż "wszelkie wątpliwości należy rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną". Sam fakt, że w umowie stron "świadczenie wykupu" zostało określone przez ubezpieczyciela w OWU jako jedno ze świadczeń, nie oznacza, że jest jednym z głównych świadczeń stron tej umowy.

Powód jako konsument nie był informowany podczas zawierania umowy, że w przypadku rozwiązania umowy otrzyma "świadczenie wykupu" i że jest ono przewidziane w umowie jako świadczenie główne w przypadku rozwiązania. Z tych względów argumentacja podnoszona przez pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie.

Dodać również należy, iż konstrukcja, jaką zastosował pozwany dla kary umownej i brak nazwania jej opłatą likwidacyjną (w OWU nie ma wprost mowy o opłacie pobieranej przez pozwanego, a jedynie o wysokości świadczenia wykupu wypłacanego właścicielowi polisy, która jednak stanowi wyłącznie określony procent zgromadzonych na rachunku ubezpieczonego środków), stanowi ukrycie rzeczywistego charakteru tej opłaty jako kary umownej.

Poza sporem pozostawało, że sporny zapis nie był negocjowany indywidualnie. Realne możliwości ingerencji powoda w treść zawieranej umowy były minimalne i ograniczały się w istocie do wyboru okresu obowiązywania umowy oraz wysokości stawki.

W konsekwencji Sąd uznał, że dopuszczalne jest przeprowadzenie indywidualnej kontroli spornego postanowienia pod kątem ewentualnej abuzywności – ukształtowania praw i obowiązków powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, z rażącym naruszeniem jego interesów.

W pierwszej kolejności Sąd zwrócił uwagę na procent części bazowej rachunku, który pozwany zatrzymywał w związku z rozwiązaniem umowy, który w siódmym roku trwania umowy wynosił 40%. Pozwany pobrał środki, które pochłonęły niemal połowę sumy zgromadzonej na rachunku (jego części bazowej) powoda, co należy uznać za niedopuszczalne z punktu widzenia zasad współżycia społecznego. W istocie więc ubezpieczyciel przewidział dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy - bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami. Tak sformułowane postanowienie narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejęcie przez ubezpieczyciela dużej części wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Wzorzec umowny przewiduje swoisty ryczałt, niezależny od okoliczności dotyczących umowy z konkretnym konsumentem.

Nie stanowi dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter. Ubezpieczyciel w trakcie trwania umowy pobiera bieżące opłaty, zatem koszty związane z działalnością inwestycyjną ubezpieczyciela na rzecz konkretnego klienta znajdują swoje odzwierciedlenie już w tych opłatach.

Pozwany nie wykazał, aby likwidacja rachunku niosła za sobą koszty w wysokości 40% w siódmym roku trwania umowy.

Ponadto, powód przed zawarciem umowy nie był w stanie samodzielnie ocenić, jaka wysokość „opłaty likwidacyjnej” może być odliczona od wartości zgromadzonych przez niego jednostek funduszy w kolejnych latach trwania umowy, albowiem algorytm wyliczania spornej opłaty jest dla konsumenta niezrozumiały. Przedstawiciel pozwanego nie poinformował przy tym powoda o kosztach związanych z rozwiązaniem umowy i sposobie ich wyliczenia. Powód w ogóle nie miał wiedzy w zakresie tego, że rozwiązanie przez niego umowy przed upływem 15 lat będzie się wiązać po jego stronie ze stratami finansowymi.

Odnosząc się do sytuacji powoda, nie może ująć uwadze, że gdyby umowa uległa rozwiązaniu w pierwszym roku polisy, to biorąc pod uwagę kwotę nagromadzonych składek pobrana przez pozwanego kwota byłaby niższa, niż gdyby umowa uległa rozwiązaniu w kolejnym roku trwania polisy (w pierwszym roku powód straciłby 100% składek, a więc kwotę 2.400 zł, w drugim również 100% składek, a więc już kwotę 4.800 zł, w trzecim 80% składek – 5.760 zł, w czwartym 70% składek – 6.720 zł, w piątym i szóstym odpowiednio 60% i 50% składek – po 7.200 zł). Potwierdza to wniosek o ustalaniu procentowej wartości rachunku zatrzymywanego przez pozwanego w związku z rozwiązaniem umowy w sposób oderwany od wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów.

W ocenie Sądu sporne postanowienia umowne to mechanizm służący ubezpieczycielowi do ukrycia lub przesunięcia rzeczywistych kosztów umowy. Działanie to w istocie prowadzi do zaniżenia składek ubezpieczenia poniżej kosztów, wprowadzając klienta w błąd, co do rzeczywistych kosztów zawarcia umowy. O rzeczywistych kosztach umowy konsumenci przekonują się dopiero po otrzymaniu informacji o kwocie przeznaczonej do wypłaty. Niezależnie od przyjętego przez ubezpieczyciela sposobu opisanie i ustalania wysokości wartości wykupu – skomplikowanego i w świetle życiowego doświadczenia mającego w istocie utrudnić przeciętnemu konsumentowi możliwość ustalenia rzeczywistych skutków – rezultatem jest zdjęcie z siebie przez ubezpieczyciela ryzyka przerwania procesu inwestycyjnego przez ubezpieczonego w ciągu kolejnych lat obowiązywania umowy oraz uzyskanie przez niego nieuzasadnionego przysporzenia w postaci aktualnej wartości ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, zgromadzonego przez danego ubezpieczonego. Twierdzenie o przysporzeniu jest zasadne skoro opłaty za zarządzanie aktywami są równocześnie pobierane na bieżąco. Tymczasem istota umowy ubezpieczenia polega na tym, że to właśnie ubezpieczyciel jest tym podmiotem, który przejmuje na siebie ryzyko, w zamian za opłacanie przez ubezpieczonego składki, a nie dokonuje przy wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego jego potrącenia z jakąś opłatą, które to potrącenie prowadzi w efekcie do pozbawienia ubezpieczonego świadczenia.

W ocenie Sądu Rejonowego powód decydując się na zawarcie przedmiotowej umowy mógł być przekonany, iż agent ubezpieczeniowy będzie działać wyłącznie w jego interesie i na jego korzyść, a także, że wybór przedstawianego produktu finansowego nie jest przypadkowy, a stanowi rezultat wszechstronnej analizy przedstawionych przez powoda preferencji. Powód był zapewniany, że proponowany produkt jest formą oszczędzania, przedstawiciel pozwanego wskazywał bowiem, że polisa jest bardzo korzystna, że powód zyska na tym produkcie więcej, aniżeli w ramach dotychczas posiadanego, że takiego oprocentowania nie zapewnia żaden bank, a on sam będzie miał świetlaną przyszłość. M. Ś., jako konsument, nie miał świadomości, że pozwany proponuje mu skomplikowany i ryzykowny produkt. Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym to kontrakt zawierający zapisy o bardzo wysokim stopniu trudności, regulowany wieloma różnorodnymi wzorcami umownymi, odwołujący się w swej treści do pojęć niejasnych. Analiza treści takiego kontraktu przez przeciętnego konsumenta jest w praktyce wręcz niemożliwa. Nie jest on bowiem w stanie bez odpowiedniego przygotowania zrozumieć mechanizmów prawno-finansowych zawartych we wzorcach umownych, w związku z czym konsument na ogół zawiera taką umowę bazując na informacjach przekazywanych mu przez osobę oferującą zawarcie umowy, czyli pośrednika ubezpieczeniowego, pracownika banku lub doradcy finansowego. Tak stało się również w przypadku powoda, który bazował na informacjach udzielonych mu przez agenta działającego w imieniu pozwanego, który koncentrował się wyłącznie na pozytywnych cechach oferowanego produktu.

Doprowadziło to do powstania fałszywego wyobrażenia, prowadzącego do podjęcia przez powoda, jako przeciętnego konsumenta, decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął.

Zachowaniu pozwanego można przypisać przymiot sprzeczności z dobrymi obyczajami, w istotny sposób zniekształcający lub mogący zniekształcić zachowanie rynkowe powoda, jako przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu. Przesądza o tym zachowanie przedstawiciela pozwanego, który na żadnym etapie zawierania umowy nie poinformował powoda o ryzykach związanych z inwestycją, w tym o możliwości utraty części, a nawet całości wpłacanych środków, a skupił się wyłącznie na korzyściach produktu. Pozwany jako podmiot profesjonalny, trudniący się zawodowo obrotem środkami finansowymi i doradztwem klientom w zakresie instrumentów finansowych, obowiązany jest do przedstawienia wszelkich informacji dotyczących oferowanych produktów, zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych. Konsument, który zawiera takiemu podmiotowi, nie może ponosić negatywnych konsekwencji wynikających z zatajenia istotnych danych o ryzykach związanych z inwestycjami.

Pomocniczo Sąd Rejonowy uwzględnił, że analogiczne postanowienia wzorców umownych figurują w rejestrze klauzul niedozwolonych (wyroki (...) o sygn. akt: XVIII AmC 1704/09, pozycja 3834 w rejestrze, XVIII AmC 974/11, pozycja 4633 w rejestrze, XVII AmC 355/11, pozycja 5608 w rejestrze).

Dodatkowo Sąd Rejonowy zauważył, że w myśl art. 26 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, maksymalna wysokość opłat związanych z przedwczesnym rozwiązaniem umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowych nie może przekraczać 4% wartości opłaconych składek. Wprawdzie ustawa ta nie znajduje zastosowania do umów zawartych przed datą jej wejścia w życie, jednak treść przepisu wskazuje na to, że ustawodawca zauważył konieczność uregulowania przedmiotowego zagadnienia w związku z dowolnością rozwiązań stosowanych przez ubezpieczycieli w zakresie opłat za wykup.

W konsekwencji Sąd Rejonowy uznał, że opłata za wykup polisy w wysokości 40% wartości jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku powoda narusza dobre obyczaje, ponieważ sankcjonuje przejęcie przez ubezpieczyciela obiektywnie dużej części zgromadzonych przez ubezpieczającego środków (blisko ich połowy) w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Postanowienie takie rażąco także narusza interes konsumenta, albowiem prowadzi do wzbogacenia się ubezpieczyciela kosztem ubezpieczającego. Opłata jest wygórowana i niewspółmierna do rzeczywiście poniesionych przez stronę pozwaną kosztów, nadmiernie przy tym obciąża powoda. Nadto kształtuje prawa i obowiązki stron w sposób nierównomierny, albowiem ustanowiona jest wyłącznie na rzecz strony pozwanej, co stanowi rażące naruszenie interesów konsumenta poprzez nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść. Dodatkowo przepis art. 830 § 1 k.c. uprawnia ubezpieczającego do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia osobowego w każdym czasie z zachowaniem

terminu wypowiedzenia, który to przepis ma charakter bezwzględnie obowiązujący. Niedozwolone są postanowienia umowne uszczuplające ustawowe uprawnienia konsumenta; 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, jest sprzeczne zarówno z ustawą, jak i dobrymi obyczajami, gdyż zmierza do ograniczenia ustawowego prawa konsumenta, czyniąc ekonomicznie nieopłacalnym korzystanie z tego prawa.

OWU pozwanego Towarzystwa nie obrazują w żaden sposób mechanizmu potrącania wartości wykupu, nie wyjaśniają także, jaki charakter mają potrącone kwoty i z jakiego tytułu są zatrzymywane.

Sporne zapisy umowne są zatem nieważne i nie wiążą powoda. Pobrana opłata za wykup stanowi świadczenie nienależne, którego zwrot należny jest powodowi w oparciu o przepis art. 410 § 2 k.c.

Wobec powyższego Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.649,98 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 31 stycznia 2017 roku do dnia zapłaty, orzekając o odsetkach na podstawie art. 481 § 1 k.c. Zobowiązanie do zwrotu bezpodstawnie uzyskanej korzyści ma charakter bezterminowy, a termin spełnienia świadczenia musi być wyznaczony zgodnie z art. 455 k.c. Powód wezwał pozwanego do zapłaty spornej kwoty w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania, co nastąpiło w dniu 23 stycznia 2017 roku. Zakreślony termin upłynął bezskutecznie w dniu 30 stycznia 2017 roku, a zatem żądanie odsetkowe powoda zasługiwało na uwzględnienie w całości.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie przepisu art. 98 § 1 k.p.c.

Apelację od przedmiotowego wyroku wywiódł pozwany. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

I. naruszenie prawa procesowego, ma je wpływ na wynik sprawy tj. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędną ocenę dowodową, 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, głównego 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, naruszało rażąco interesy powoda i kształtowało jego obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, błędne ustalenie, że pozwana nie wykazała faktu i wysokości poniesionych kosztów związanych z umową zawartą z powodem;

II. naruszenie prawa materialnego poprzez:

1. naruszenie art. 385¹ § 1 zdanie drugie k.c. dyrektywy 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 roku 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 sposobu wyliczenia świadczenia wykupu) nie podlegają kontroli na podstawie art. 385¹ § 1 k.c.;

2. naruszenie art. 385¹ § 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.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego oraz kosztów opłaty skarbowej od pełnomocnictwa: Wniósł także o zasądzenie

od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania przed Sądem II instancji. Ewentualnie wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Powód wniósł o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania przed sądem II instancji.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadne i podlega oddaleniu.

Sąd Okręgowy podziela i przyjmuje za własny ustalony przez Sąd Rejonowy stan faktyczny, jak również ocenę prawną zaprezentowaną w pisemnych motywach zaskarżonego orzeczenia.

Stanowisko Sądu I instancji zostało wyczerpująco i przekonująco uzasadnione. Nie jest rzeczą Sądu Odwoławczego powielanie trafnego wyводу, którego argumentację Sąd Okręgowy w pełni aprobuje i przyjmuje za własną. Poprzestając jedynie na zarzutach apelacji należy zaznaczyć, że wbrew twierdzeniom w niej zawartym Sąd Rejonowy wszechstronnie rozważył i ocenił materiał dowodowy zgromadzony w tej sprawie, nie uchybiając przepisowi art. 233 § 1 k.p.c.

Wnioski wyprowadzone z zebranego materiału były logiczne i zgodne z doświadczeniem życiowym. Nie pominięto też żadnej istotnej części zebranego materiału. Fakt, że określony dowód został oceniony niezgodnie z intencją skarżącego, nie oznacza naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Ocena dowodów należy bowiem do Sądu orzekającego i nawet w sytuacji, w której z dowodu można było wywieść wnioski inne niż przyjęte przez Sąd, nie dochodzi do naruszenia wskazanej normy (tak Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 9.04.2008 r., I ACa 205/08, L.). Dla podważenia stanowiska orzekającego Sądu nie wystarcza twierdzenie skarżącego o wadliwości poczynionych ustaleń odwołujące się do stanu faktycznego, który w jego przekonaniu odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest wskazanie, jakich to konkretnie uchybień w ocenie dowodów dopuścił się orzekający Sąd, naruszając w ten sposób kryteria wiążące w ramach swobodnej oceny dowodów (zob. K. Flaga – Gieruszyńska, w: Kodeks postępowania cywilnego, red. A. Zieliński, Warszawa 2006, tom I, s. 794, 795). Do naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. mogłoby dojść tylko wówczas, gdyby skarżąca wykazała uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów. Tymczasem skarżący poprzestał na dokonaniu alternatywnej oceny dowodów w postaci tabelarycznych wydruków, wskazujących wysokość prowizji dla pośrednika, faktur VAT i wyciągów bankowych, wywodząc, że wykazał w ten sposób poniesienie kosztów z tytułu zawarcia z powodem umowy ubezpieczenia. Zabieg ten, mający prowadzić do uzasadnienia tezy, że zatrzymanie przez pozwanego części wartości świadczenia wykupu nie narusza interesów konsumenta, nie mógł prowadzić do zmiany orzeczenia. Kwestia wysokości kosztów poniesionych przez pozwanego w związku z umową zawartą z powodem była szczegółowo badana przez Sąd I instancji. Rzeczą Sądu było dokonanie wszechstronnej analizy całego materiału. Nie sposób zgodzić się ze skarżącym, że w sytuacji, gdy w odpowiedzi na pozew pozwany wyraźnie stwierdza, że nie jest możliwe wyliczenie kosztów poniesionych przez zakład ubezpieczeń w części przypadającej na daną umowę należało dać wiarę przedłożonym przez pozwanego dokumentom. Prowadziłoby to do oceny dowolnej, a nie swobodnej. Również w samej apelacji pozwany potwierdza, że w praktyce niezwykle trudno jest przypisać do danej umowy ubezpieczenia ściśle określone koszty ponoszone przez zakład ubezpieczeń. Ponadto zostały złożone w formie kserokopii. W kserokopiach zostały też złożone wyciągi z raportu prowizyjnego oraz faktury, dodatkowo z faktur ani wyciągów nie wynika, że wymienione w nich kwoty zawierają prowizję pobraną w związku z umową zawartą z powodem.

Wbrew zatem zapatrywaniom skarżącego, Sąd I Instancji dokonał prawidłowej, gdyż odpowiadającej wymogom określonym w art. 233 § 1 k.p.c. oceny dowodów.

W pozostałym zakresie analiza sformułowanego w apelacji zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. prowadzi do wniosku, że w istocie dotyczy on nie ustaleń faktycznych, lecz ich oceny na gruncie prawa materialnego. Do sfery faktów należy ustalenie treści umowy łączącej strony, lecz ocena zastrzeżonego w umowie świadczenia jako głównego czy

określonego w umowie sposobu wyliczenia wartości świadczenia wykupu jako rażąco naruszającego interesy powoda i sprzeczne z dobrymi obyczajami należy do sfery stosowania prawa materialnego.

Zarzut naruszenia art.385¹ § 1 k.c. obejmuje dwa aspekty - pojęcia świadczenia głównego i rażącego naruszenia interesów konsumenta. Zarzut ten nie jest zasadny.

Ogólne warunki umowy zawartej przez strony przewidują możliwość jej wypowiedzenia przez ubezpieczającego, ale zastrzegają pomniejszenia tzw. świadczenia wykupu w oparciu o mechanizm określony w OWU.

Sąd Rejonowy trafnie ocenił, że analizowane świadczenie nie stanowi świadczenia głównego, prawidłowo wykładając przy tym pojęcie, o którym mowa w art.385¹ § 1 zd. 2 k.c.

Z § 3 ust. 1 i 2 OWU wynika wprost, że przedmiotem umowy jest życie ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w okresie na jaki umowa została zawarta. Zakres ubezpieczenia obejmuje dwa zdarzenia: dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia oraz śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia. Za świadczenia główne można uznać jedynie takie świadczenia, które są powiązane ze zdarzeniami ubezpieczeniowymi. Określając główne świadczenia, strony określają w istocie nie tyle „warunki umowy”, ile właśnie jej przedmiot. Świadczenie wykupu do takich nie należy, na co wskazuje treść § 4 (...). O ile w przypadku świadczenia z tytułu dożycia i świadczenia z tytułu śmierci znajduje się odesłanie do zdarzenia ubezpieczeniowego, to w przypadku świadczenia wykupu mowa jest o innych zdarzeniach niż zdarzenia ubezpieczeniowe określone w § 3 ust. 2.

W kontekście zarzutów apelacji należy wskazać, że wykładnia norm prawa krajowego w powinna być zgodna z dyrektywą 93/13/ (...) o niedozwolonych klauzulach w umowach konsumenckich (Dz. Urz. WE L 95/29 z 21.4.1993 r.). Zgodnie z art. 3 ust. 1 dyrektywy, klauzulę umowną, która nie została uzgodniona indywidualnie, należy uznać za niedozwoloną, jeżeli naruszając zasadę dobrej wiary powoduje istotną i nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków kontraktowych na niekorzyść konsumenta. Odpowiednikiem tego przepisu jest art. 385¹ § 1 zd. pierwsze k.c. Wykładnia przepisu pozwala na stwierdzenie, że o naruszeniu interesu konsumenta świadczy nierównowaga, na niekorzyść konsumenta, praw i obowiązków stron wynikających z umowy. Rzeczą sądu jest ocena, czy nierównowaga jest "istotna", czyli "rażąca" w rozumieniu przepisu prawa polskiego.

Z orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej wynika przede wszystkim, że wyjątek od mechanizmu kontroli treści klauzul abuzywnych wskazany w art. 4 ust. 2 dyrektywy 93/13/EWG „powinien podlegać wykładni zawężającej” (zob. wyrok (...) z dnia 30 kwietnia 2014 r., C-26/13, Á. K., H. R. v. (...), pkt 42; wyrok (...) z dnia 26 lutego 2015 r., C-143/13, B. M. i I. M. v. S. V. România SA, pkt 49; wyrok (...) z dnia 23 kwietnia 2015 r., C-96/14, J.-C. H. v. (...) SA, (...) 2015, nr 4, s. I-262, pkt 31).

Sąd I instancji dokonując w oparciu o szeroko przedstawione stanowisko judykatury wykładni pojęcia niedozwolonych postanowień umownych prawidłowo wskazał na kryteria, jakimi należy kierować się przy dokonywaniu oceny i prawidłowo je zastosował w ustalonym stanie faktycznym.

W szczególności w postanowieniach umowy i OWU nie ma jednoznacznego wskazania, iż ustalenie świadczenia wykupu z uwzględnieniem procentowego pomniejszenia wartości części bazowej rachunku, służy pokryciu znacznych kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem umowy, w tym kosztów akwizycji i prowizji pośrednika, a ponadto ma na celu zrównoważenie szczególnego prawa przysługującego ubezpieczającemu w postaci prawa wykupu. Takie ukształtowanie obowiązku nałożonego na konsumenta jest niezgodne z dobrymi obyczajami, wymagającymi lojalności przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz jasnych i przejrzystych postanowień umownych bez zatajania jakichkolwiek okoliczności wpływających na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta w razie zawarcia umowy. Podobnie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z 18 grudnia 2013 roku sygn. akt I CSK 149/13. Analizowana umowa istotnie jest umową mieszaną z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Przewidziana

umową ochrona ubezpieczeniowa ma jednak ze względu na sumę ubezpieczenia charakter symboliczny, dominuje więc aspekt kapitałowy uzasadniający pogląd, że cel umowy zakłada istnienie długotrwałego stabilnego stosunku prawnego łączącego strony w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewnia także ubezpieczycielowi określone korzyści. Jest zrozumiałe, że ubezpieczyciel jest zainteresowany jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania, ale mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może polegać na obciążaniu ich, w przypadku wypowiedzenia przez nich umowy przed upływem 10 lat jej trwania, opłatami, których charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w ogólnych warunkach umowy wyjaśnione.

Nie budzi zatem wątpliwości, że przejęcie przez ubezpieczyciela całości lub znacznej części tych środków w oderwaniu od rozmiaru uiszczonych przez ubezpieczającego składek rażąco narusza interes konsumenta, a ponadto jest wyrazem nierówności stron tego stosunku zobowiązaniowego, gdyż kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. "Rażące naruszenie interesów konsumenta" w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. oznacza bowiem nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym, natomiast "działanie wbrew dobrym obyczajom" w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku.

Ponadto argumentacja przedstawiana przez pozwanego w pismach procesowych – odpowiedzi na pozew i apelacji, wskazująca na niemożność czy wyjątkową trudność w wyliczeniu kosztów poniesionych przez pozwanego w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia z pozwanym rodzi uzasadnioną obawę, że analizowany mechanizm w istocie ma na celu przerzucenie na ubezpieczonego ogólnych kosztów działalności pozwanego.

Z przedstawionych powyżej powodów Sąd Okręgowy uznał, iż apelacja nie zawiera uzasadnionych zarzutów mogących podważyć stanowisko Sądu Rejonowego, a tym samym jako bezzasadna podlega oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym Sąd Okręgowy orzekł z mocy art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w związku z § 2 pkt 3 i § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie z dnia 22 października 2015 roku (Dz.U.2015.1804 ze zm.).