

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 31 sierpnia 2016r. powód P. M. wniósł o zasądzenie od (...) Spółki Akcyjnej w W. na swoją rzecz kwoty 11.938,55 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 5 lipca 2016r. do dnia zapłaty oraz kosztów procesu [pozew k. 2-5odw.]

W odpowiedzi na pozew pozwany nie uznał powództwa i wniósł o jego oddalenie [odpowiedź na pozew k. 21-28].

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 23 października 2018 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi II Wydział Cywilny zasądził od (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz P. M. kwotę 11.938,55 złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 5 lipca 2016 roku do dnia zapłaty oraz kwotę 5098,50 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu [wyrok – k. 85].

Sąd Rejonowy oparł wyrok na następujących ustaleniach faktycznych:

W dniu 22 lipca 2002r. strony zawarły umowę kapitałowego ubezpieczenia na życie na czas określony 33 lata. Podpisanie umowy zostało stwierdzone polisą nr (...). Zgodnie z postanowieniami umowy składka ubezpieczeniowa wynosiła 5000 złotych i płatna była corocznie. W roku 2016 wartość umowy wynosiła 71.711,71 zł, zaś wartość wpłaconych składek 73.868,54 zł /okoliczność niesporna/

Zgodnie z dyspozycją powoda z dniem 25 marca 2016r. doszło do rozwiązania umowy ubezpieczenia, a powód został poinformowany o przekazaniu do wypłaty środków zgromadzonych na rachunkach utworzonych dla umowy ubezpieczenia. Ostatecznie pozwany wypłacił powodowi kwotę 59.773,16 /okoliczność niesporna/

W przedsądowym wezwaniu do zapłaty z dnia 16 czerwca 2016r. powód zwrócił się do pozwanego o wypłacenie mu kwoty 11938,55 zł w terminie 14 dni od dnia otrzymania pisma wskazując, że ustalenie wartości wykupu nastąpiło na podstawie klauzuli niedozwolonej dotyczącej pobierania opłaty likwidacyjnej /predsądowe wezwanie do zapłaty k. 14/.

Zgodnie z treścią par. 15 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Funduszami Inwestycyjnymi M. R. w przypadku rozwiązania umowy po upływie pierwszego roku polisy ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu kwotę równą wartości wykupu. Wartość wykupu związana z umową jest równa wartości polisy pomniejszoną o opłatę likwidacyjną. Opłata likwidacyjna określana jest jako procentowa część środków zgromadzonych na rachunku jednostek funduszy pochodzących z wpłaconych składek regularnych należnych w ciągu pierwszych trzech lat polisy i składek dodatkowych. Wysokość tej opłaty jest ustalana przez ubezpieczyciela i zależy od okresu ubezpieczenia i liczby lat, które upłynęły od wskazanej w polisie daty początku ochrony ubezpieczeniowej. Wypłata wartości wykupu nastąpi w ciągu 14 dni od daty rozwiązania umowy oraz otrzymania przez ubezpieczyciela dokumentów potrzebnych do realizacji wypłat wartości wykupu. Wartość wykupu zostanie wyliczona na podstawie cen jednostek funduszy z dnia zamknięcia rachunku jednostek funduszy, co nastąpi w ciągu wyżej wymienionych 14 dni.

Zgodnie z treścią par. 18 pkt. 1 OWU ubezpieczający może rozwiązać umowę na piśmie, pod rygorem nieskuteczności, doręczonym najpóźniej niż na 30 dni przed terminem płatności kolejnej składki regularnej. W takim wypadku umowa rozwiązuje się z dniem wymagalności składki. Par. 20 u. 1 i 2 OWU stanowi natomiast, że: „ponieważ ubezpieczający posiada wyłączne prawo wskazania jakie jednostki funduszy mają zostać zapisane na rachunku jednostek funduszy, ubezpieczyciel nie daje jakichkolwiek gwarancji co do wartości polisy oraz wartości świadczeń, których kwota związana jest z wartością jednostek. Ubezpieczyciel nie składa również żadnych gwarancji co do wartości poszczególnych portfeli modelowych, ani nie ponosi odpowiedzialności za zmianę wartości portfeli modelowych związanych z ich strukturą zgodną z rekomendacjami zewnętrznego doradcy. Terminy odnoszące się do nabycia, zbycia, zamiany oraz wyceny jednostek funduszy lub portfeli modelowych, zamknięcia rachunku jednostek funduszy oraz jakichkolwiek płatności na podstawie umowy, określone w OWU, przyjęte zostały przy założeniu, że ubezpieczyciel będzie w stanie dokonać

stosownej transakcji z funduszem inwestycyjnym najpóźniej w dniu następnym po dniu, w którym powstał obowiązek ubezpieczyciela do dokonania takiej transakcji. Ubezpieczyciel nie jest odpowiedzialny za opóźnienie w nabyciu, zbyciu, zamianie lub wycenie jednostek funduszy lub portfeli modelowych, zamknięciu rachunku jednostek funduszy lub dokonania jakiegokolwiek płatności na podstawie umowy z przyczyn związanych z niezrealizowaniem przez fundusz inwestycyjny stosownych transakcji w wyżej wymienionym terminie”

/o.w.u.- k. 7-11/

Powód zawarł umowę opisaną w pozwie z agentem, nie negocjując jej treści. Celem podpisania umowy była chęć gromadzenia środków, które miały przynieść dodatkowy dochód i mogły zostać wykorzystane po osiągnięciu przez powoda wieku emerytalnego. O atrakcyjności umowy, P. M. przekonywał agent ubezpieczeniowy /przesłuchanie powoda: cyfrowy zapis protokołu rozprawy 00:04:16 – 00:32:39; k. 63-64/

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo zasługuje na uwzględnienie.

Zgodnie z treścią art. 805 § 1 i 2 pkt 2 k.c. w brzmieniu obowiązującym w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia (art. 5 ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw – Dz. U. Nr 82, poz. 557), przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie zakładu ubezpieczeń przy ubezpieczeniu osobowym polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Zgodnie natomiast z art. 830 § 1 k.c. w brzmieniu pierwotnym, przy ubezpieczeniu osobowym ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Strony niniejszego postępowania zawarły umowę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W czasie zawarcia umowy obowiązywała jeszcze ustawa z dnia 28 lipca 1990r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz. U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62), w załączniku do której w 1995 r. wyodrębniono dodatkowo umowę ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z funduszem inwestycyjnym. Ustawa ta została następnie uchylona z dniem 1 stycznia 2004 r., tj z dniem wejścia w życie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 1206). Zgodnie z art. 248 tej ustawy, z dniem jej wejścia w życie, zawarte dotychczas umowy ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem inwestycyjnym, przekształcają się z mocy prawa w umowy ubezpieczenia z działu I grupa 3 załącznika do ustawy. Załącznik ten nadal natomiast przewidywał i umożliwiał kontynuację tradycyjnych, zawartych wcześniej umów ubezpieczenia na życie (dział I grupa 1). Stąd też przepisy tej ustawy znajdowały zastosowanie również w odniesieniu do badanej umowy, której postanowienia mogły być - co do zasady - następnie modyfikowane wprowadzeniem kolejnych wzorców umowy (o.w.u.).

Zgodnie z art. 12 ust. 3 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 2004 r., ogólne warunki umowy oraz sama umowa powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Stosownie zaś do dyspozycji art. 12a pkt 10 ustawy, o.w.u. określają w szczególności przesłanki i terminy wypowiedzenia umowy przez każdą ze stron, a także tryb i warunki wypowiedzenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość. Zgodnie z art. 13 ust. 1 pkt 3 i 4 i ust. 3 ustawy, w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do zawarcia w umowie ubezpieczenia zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, w szczególności sposobu kalkulacji i przyznawania premii, rabatów i udziału w zyskach ubezpieczonego, określenia stopy technicznej, wskazania wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, o ile są one gwarantowane, określenia kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez zakład ubezpieczeń przy wypłacie świadczeń oraz opisu

tych czynników w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń. Zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia.

Niewątpliwie wprowadzenie do ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 2004 r. dodatkowych regulacji w zakresie treści o.w.u. miało na celu ochronę konsumentów równoległe z przewidywaną w kodeksie cywilnym ochroną przed niedozwolonymi postanowieniami umownymi.

Zgodnie z art. 385[1] § 1 k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Jak następnie stanowi art. 385[1] § 2-4 k.c., jeżeli postanowienie umowy nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie. Postanowienia umowy nie są uzgodnione indywidualnie, jeżeli na ich treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje. Według art. 385[2] k.c., oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny.

Sąd Rejonowy stwierdził, że po wypowiedzeniu przez powoda umowy ubezpieczenia w drodze złożenia wniosku o wypłatę wartości wykupu pozwany był zobowiązany do wypłacenia wartości wykupu. Sporny jest natomiast sposób wyliczenia tej wartości zwłaszcza w kontekście postanowień wzorca umowy w postaci o.w.u. z dnia 16 maja 2000r. dotyczących spornej umowy. Istotne jest skonfrontowanie treści wzorca z przepisami chroniącymi konsumentów przed stosowaniem niedozwolonych postanowień umownych. W ocenie Sądu postanowienia wzorca dotyczące wartości wykupu, na podstawie których wypłacono powodowi niepełną wartość świadczenia ubezpieczeniowego stanowią postanowienia niedozwolone.

W rozważanej sprawie zgodnie z treścią par. 15 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Funduszami Inwestycyjnymi M. R. w przypadku rozwiązania umowy po upływie pierwszego roku polisy ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu kwotę równą wartości wykupu. Wartość wykupu związana z umową jest równa wartości polisy pomniejszoną o opłatę likwidacyjną. Opłata likwidacyjna określana jest jako procentowa część środków zgromadzonych na rachunku jednostek funduszy pochodzących z wpłaconych składek regularnych należnych w ciągu pierwszych trzech lat polisy i składek dodatkowych. Wysokość tej opłaty jest ustalana przez ubezpieczyciela i zależy od okresu ubezpieczenia i liczby lat, które upłynęły od wskazanej w polisie daty początku ochrony ubezpieczeniowej. Wypłata wartości wykupu nastąpi w ciągu 14 dni od daty rozwiązania umowy oraz otrzymania przez ubezpieczyciela dokumentów potrzebnych do realizacji wypłat wartości wykupu. Wartość wykupu zostanie wyliczona na podstawie cen jednostek funduszy z dnia zamknięcia rachunku jednostek funduszy, co nastąpi w ciągu wyżej wymienionych 14 dni.

Jak wynika z cytowanego zapisu sposób wyliczenia opłaty likwidacyjnej jest dalece niejednoznaczny, skomplikowany i niezrozumiały dla przeciętnego konsumenta. Z zawartych w o.w.u. informacji nie wynika koherentny i czytelny sposób wyliczenia ewentualnej wartości wykupu, a tym bardziej w relacji do przypadającego do wypłaty świadczenia. Analiza treści polisy i o.w.u. nie pozwala stwierdzić, w jaki sposób wartość wykupu pomniejszy wartość świadczenia do wypłaty. Z o.w.u. nie wynika, jaka część środków zgromadzonych na rachunku jednostek funduszy pochodzących z wpłaconych składek regularnych należnych w ciągu pierwszych trzech lat polisy i składek dodatkowych zostanie pobrana, ani w jaki sposób jest uzależniona od okresu ubezpieczenia i liczby lat, które upłynęły od wskazanej

w polisie daty początku ochrony ubezpieczeniowej. W odpowiedzi na pozew pełnomocnik pozwanego przyznał, że w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej przez powoda, pozwana wypłaciła pośrednikowi prowizję, której wysokość jest „zbliżona” do wysokości opłaty pobranej przez pozwaną, nadto podniosła, że ubezpieczyciel w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ponosi szereg innych kosztów akwizycji, zarówno bezpośrednich [np. wynagrodzenie pracowników, koszty wystawienia i przekazania dokumentów ubezpieczeniowych, koszty tzw. systemowe – włączenia umów do portfela ubezpieczeń], jak i pośrednich [np. reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych]. Strona pozwana wskazała również, że precyzyjne wyliczenie tych kosztów w części przypadającej na umowę ubezpieczenia zawartą przez powoda **nie jest możliwe**, a pozwana **szacuje**, że łącznie wszystkie koszty związane z umową powoda wyniosły 12.105,85 złotych. Jednocześnie do odpowiedzi na pozew strona pozwana załączyła „zestawienie kosztów”, w którym to dokumencie „uszczegółowiono” ogólne wyliczenia wskazując, że na koszty poniesione przez stronę pozwaną złożyły się:

- 6226,95 zł koszty prowizji;
- 1134,46 zł pozostałe koszty akwizycji;
- 4634,46 zł koszty administracyjne związane z wykonywaniem umowy;
- - 79,71 zł pozostałe koszty techniczne,

bez wyjaśnienia czym są owe pozostałe koszty akwizycji, koszty administracyjne związane z wykonywaniem umowy, czy pozostałe koszty techniczne.

Słusznie zatem podniósł powód, składając pozew w niniejszej sprawie, że ustalenie wartości wykupu ma na celu przerzucenie na konsumenta kosztów początkowych ubezpieczenia, w tym wysokość prowizji i inne wynagrodzenie agenta ubezpieczeniowego, podczas gdy na obrany przez ubezpieczyciela model rozliczenia deficytu początkowego [umowa długoterminowa], powód jako konsument nie miał żadnego wpływu. Jednocześnie całe ryzyko gospodarcze związane z umową obciążało również konsumenta.

Działanie strony pozwanej, zapewniającej sobie pewny zysk kosztem środków finansowych inwestowanych w jej produktach przez konsumenta, nie zasługuje na ochronę. Jak podkreślił Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 13 września 2012r. VI ACA 461/12 działanie wbrew dobrym obyczajom w rozumieniu art. 385[1] par. 1 kc w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez profesjonalistę takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron tego stosunku.

W rozważanej sprawie rażąco naruszenie interesów konsumenta polega na nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta. Ustalenie bowiem wysokości opłaty na kwotę 11.938,55 złotych, przy kwocie wpłaconych przez powoda składek równych sumie 73.868,54 zł doprowadziło do przejścia przez pozwanego aktywów sięgających 17% wartości rachunku powoda. W rozważanej sprawie uzasadnione jest zatem stwierdzenie, że sposób wyliczenia wartości wykupu ma stanowić swoistą sankcję za rozwiązanie umowy przed terminem, a więc de facto karę umowną naliczaną według niezrozumiałych kryteriów.

Mając powyższe na uwadze Sąd Rejonowy uznał, że pozwany wypłacił pomniejszoną wartość wykupu dokonując jej wyliczenia na podstawie klauzuli abuzywnej, która nie wiązała powoda w tym stosunku umownym. W kontekście powyższych uwag Sąd uznał, że wartość wykupu wypłacona powodowi została bezpodstawnie zaniżona z odwołaniem się do niedozwolonych postanowień umownych.

W rozważanej sprawie spełnione zostały przesłanki art. 385[1] k.c. uzasadniające stwierdzenie, że omawiane postanowienie o.w.u. nie wiąże powoda. Umowa ubezpieczenia została zawarta pomiędzy przedsiębiorcą, a konsumentem, świadczenie wykupu stanowiło element jednostronnie ustalonych przez stronę pozwaną ogólnych warunków ubezpieczenia, które nie zostały uzgodnione ze stroną powodową indywidualnie, a par. 15 o.w.u. kształtuje prawa i obowiązki powoda jako konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając przy tym

jego interesy. Kwestionowane postanowienie nie określa również głównych świadczeń stron. Główne świadczenia stron to konstrukcyjne elementy umowy, bez uzgodnienia których nie doszłoby do jej zawarcia. Termin ten obejmuje jedynie klauzule wprost odnoszące się do obowiązku głównego realizowanego w ramach danej umowy, a wszelkie wątpliwości należy rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną [tak też Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 29 czerwca 2007r. III CZP 62/07]. Za ubocznym charakterem świadczenia wykupu przemawia fakt, że omawiane świadczenie jest naliczane jedynie w wyjątkowym wypadku, który może w ogóle nie zaistnieć, czyli wyłącznie w razie rozwiązania umowy przed uzgodnionym terminem. Jest zatem świadczeniem zastrzeżonym na wypadek zakończenia stosunku ubezpieczeniowego przed terminem. Przyjęcie odmiennej interpretacji oznaczałoby w praktyce, że celem umowy było to, aby konsument mógł ją rozwiązać przed terminem i skorzystać z wypłaty świadczenia. W sposób oczywisty tak określony cel byłby sprzeczny z zasadami logicznego rozumowania.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, że strona pozwana bezpodstawnie potrąciła z rachunku powoda kwotę 11.938,55 złotych. Jak stanowi art. 405 k.c., kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości. Przepis ten stosuje się w szczególności do świadczenia nienależnego (art. 410 § 1 k.c.). Samo świadczenie na podstawie klauzuli uznanej następnie za abuzywną, a więc bezskutecznej wobec konsumenta, spełnia przesłanki świadczenia spełnionego na podstawie nieważnej (per analogiam także bezskutecznej) czynności prawnej jak i świadczenia w przypadku braku obowiązku świadczenia lub braku obowiązku świadczenia wobec danej osoby. Zachodzi zatem zbieg kondycji skutkujący obowiązkiem zwrotu na rzecz powoda odpowiedniej części świadczenia, a w niniejszej sprawie kwoty 11.938,55 zł, którą pozwany pobrał we własnym zakresie z puli środków przeznaczonych do wypłaty. Powód nie miał więc również możliwości zastrzeżenia zwrotu świadczenia przy jego spełnieniu w rozumieniu art. 411 pkt 1 k.c., techniczny sposób obniżenia wartości wykupu nie przewidywał bowiem w ogóle udziału powoda.

O odsetkach ustawowych Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 481 § 1 w zw. z art. 455 k.c., uznając, że obowiązek zwrotu świadczenia nienależnego ma w tej sprawie charakter bezterminowy – zwłaszcza w przypadkach budzących wątpliwości pod kątem abuzywności klauzul umownych – i wobec tego wymaga wezwania wierzyciela do zaspokojenia świadczenia (uchwała SN z dnia 26 listopada 2009 r., III CZP 102/09, OSNC z 2010 r., nr 5, poz. 75; wyrok SN z dnia 18 czerwca 2014 r., V CSK 421/13, LEX nr 1504855; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 kwietnia 2011 r., VI ACa 1168/10, LEX nr 852459). W tej sprawie w wezwaniu przedsądowym (k. 14), którego doręczenia pozwany nie kwestionował, pozwany wyznaczył termin spełnienia świadczenia na 14 dni od daty wezwania, co uzasadnia zasądzenia odsetek od daty wskazanej w pozwie tj. 5 lipca 2016r. O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c.

Od powyższego wyroku apelację wniosła strona pozwana, zaskarżając go o w całości.

Zaskarżonemu rozstrzygnięciu zarzuciła:

1. naruszenie prawa procesowego, mające wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędną ocenę materiału dowodowego, dokonaną z przekroczeniem granic swobodnej oceny dowodów oraz dokonanie oceny dowodów w sposób sprzeczny z zasadami logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego, a co za tym idzie, sprzeczność ustaleń Sądu I instancji z zabranym w przedmiotowej sprawie materiałem dowodowym, tj. błędne ustalenie, że w sprawie zachodzą okoliczności świadczące o tym, że stosowanie postanowień umowy ubezpieczenia łączącej strony, regulujących opłatę likwidacyjną, naruszało rażąco interesy powoda i kształtowało jego obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami;

2. naruszenie prawa materialnego:

- art. 385¹ § 1 k.c., Dyrektywy 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 roku w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich oraz art. 805 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 ubezpieczenia, a co za tym idzie- nieuwzględnienie, że postanowienia umowy ubezpieczenia regulujące wysokość tego

świadczenia (w tym postanowienia dotyczące opłaty likwidacyjnej) nie podlegają kontroli na podstawie art. 385¹ § 1 k.c.,

- art. 385¹ § 1 k.c. poprzez przyjęcie, że postanowienia umowy ubezpieczenia, regulujące opłatę likwidacyjną stanowią niedozwolone postanowienie umowne, pomimo, że żadne okoliczności niniejszej sprawy nie wskazywały, iż kształtowały one obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy;

Mając na uwadze powyższe zarzuty, strona apelująca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów postępowania przed Sądem II instancji według norm przepisanych, a ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania – przy uwzględnieniu kosztów postępowania przed Sądem II instancji (apelacja – k. 106-109v).

Powód w odpowiedzi na apelację wniosł o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa prawnego, według norm prawem przepisanych. (odpowiedź na apelację – k. 130-132v).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja podlegała oddaleniu jako bezzasadna.

Sąd Okręgowy podziela i przyjmuje za własny ustalony przez Sąd I Instancji stan faktyczny.

Odnosząc się do zarzutów apelacyjnych, należy w pierwszej kolejności zauważyć, że twierdzenie skarżącego o naruszeniu art. 233 § 1 k.p.c. we wskazanym w apelacji zakresie jest chybione, a twierdzenie o rzekomo błędnym ustaleniu stanu faktycznego nie koresponduje z zawartymi w uzasadnieniu ustaleniami. Uzasadnienie apelacji zawiera jedynie stwierdzenie, że to na powodzie spoczywał obowiązek wykazania, iż postanowienie umowy kształtowały obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Nie wiadomo jakich ustaleń zdaniem apelującego zabrakło ani które ewentualnie uznaje za błędnie poczynione.

Sąd Rejonowy faktycznie dość lakonicznie odniósł się do okoliczności zawarcia umowy, ale ustalenia wskazane w uzasadnieniu są dostateczne do dokonania oceny spełnienia się przesłanek zastosowania art. 385¹ § 1 k.c..

Również zarzuty naruszenia przepisów prawa materialnego uznać należało za niezasadne.

Sąd Okręgowy zgadza się, iż będące przedmiotem procesu świadczenie nie ma charakteru świadczenia głównego. Trudno zgodzić się z twierdzeniem apelującej, iż zobligowanie zakładów ubezpieczeń do określania w umowach ubezpieczenia związanych z funduszem kapitałowym lub zawierania w nich „zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia” czyni ze świadczenia wykupu główne świadczenie ubezpieczyciela. Ustawowy obowiązek zawarcia określonych elementów w umowie ma tu charakter ochronny wobec kontrahentów ubezpieczycieli, ale nie zmienia charakteru umowy i jej celu. Wbrew twierdzeniom apelującej głównym celem ubezpieczającego nie jest inwestowanie środków w wybranych funduszach i ich wypłata na żądanie, ale wypłata wypracowanego zysku w razie śmierci ubezpieczonego bądź dożycia określonego wieku. Świadczenie wykupu zastrzeżone jest na wypadek zakończenia umowy przed terminem i z punktu widzenia konstrukcji umowy stron ma charakter świadczenia realizowanego wyjątkowo, na co słusznie zwrócił uwagę Sąd Rejonowy. Jego otrzymanie nie jest niewątpliwie głównym celem ubezpieczających.

Jak jednoznacznie wskazał w zeznaniach powód zawierając umowę zależało mu na zaoszczędzeniu pieniędzy na emeryturę i w jego pojęciu umowa miała mu gwarantować, że pieniądze będą procentować do momentu osiągnięcia przez niego wieku emerytalnego. Również rozumienie celu umowy przez powoda wskazuje, że wcześniejsza rezygnacja

z umowy nie mieściła się w jego zamiarach i wysokość otrzymywanych wówczas wypłat nie stanowiła takiego świadczenia ubezpieczyciela, które można by uznać za główne.

Słusznie podniósł też pełnomocnik powoda w uzasadnieniu pozwu i odpowiedzi na apelację, iż wszelkie wątpliwości odnoszące się do zakwalifikowania świadczenia jako głównego bądź ubocznego należy rozstrzygać na rzecz objęcia zakwestionowanej klauzuli kontrola merytoryczną.

Nadto strona pozwana zdaje się zapominać, że przepis art. 385¹ § 1 k.c. wyłącza swoje zastosowanie w odniesieniu do świadczeń głównych stron, ale jedynie wówczas gdy postanowienia dotyczące tych świadczeń są sformułowane jednoznacznie. Sama pozwana przyznała, że obliczenie kosztów przekładających się na wysokość opłaty likwidacyjnej nie jest możliwe w dacie zawarcia umowy, ale jednocześnie twierdziła, że powód został przy zawarciu umowy poinformowany o „wysokości i warunkach naliczenia tej opłaty”. Tajemnicą pozostaje jednak w jaki sposób agent wyliczył wówczas tę opłatę, skoro nawet po rozwiązaniu umowy powódka jedynie „oszacowała” swoje koszty na kwotę zbliżoną do pobranej od powoda opłaty likwidacyjnej, a ich obliczenie uznała za niemożliwe.

Analiza treści § 15 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Funduszami Inwestycyjnymi M. R. przewidującego, że „opłata likwidacyjna określana jest jako procentowa część środków zgromadzonych na rachunku jednostek funduszy pochodzących z wpłaconych składek regularnych należnych w ciągu pierwszych trzech lat polisy i składek dodatkowych. Wysokość tej opłaty jest ustalana przez ubezpieczyciela i zależy od okresu ubezpieczenia i liczby lat, które upłynęły od wskazanej w polisie daty początku ochrony ubezpieczeniowej” prowadzi do jednoznacznego wniosku. Nikt, prócz ubezpieczyciela, wartości tej opłaty wyliczyć nie jest w stanie, nawet przy użyciu założonego parametru w postaci wysokości wpłaconych składek i potencjalnej wartości jednostek funduszu. Wszak nie wiadomo jak jest ta „procentowa część środków zgromadzonych na rachunku jednostek funduszy”, a tym bardziej w jaki sposób wysokość opłaty zależy od okresu ubezpieczenia i liczby lat od początku ochrony ubezpieczeniowej.

Twierdzenie, że postanowienia umowy odnoszące się do wyliczenia wartości świadczenia wykupu są jednoznacznie jest jedynie zaprzeczaniem faktom. Wbrew kolejnym twierdzeniom pozwanej żadna tabela obrazująca wysokość opłaty likwidacyjnej nie została powodowi przedstawiona, jak też złożona w toku procesu.

Prawidłowo ocenił zatem Sąd Rejonowy nie tylko charakter tego postanowienia umownego jako ubocznego i niejednoznacznego, ale również prawidłowo stwierdził jego abuzywność.

Działanie wbrew dobrym obyczajom w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez profesjonalistę takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron tego stosunku. Sąd Okręgowy w pełni podziela stanowisko Sądu meriti, iż działanie strony pozwanej, zapewniającej sobie pewny zysk kosztem środków finansowych inwestowanych w jej produktach przez konsumenta, nie zasługuje na ochronę. Sam sposób sformułowania postanowienia określającego sposób wyliczenia opłaty likwidacyjnej prowadzi do zachwiania tejże równowagi kontraktowej stron skoro jej wysokość zależy w istocie jedynie od jednostronnej decyzji ubezpieczyciela i to decyzji w najmniejszym stopniu nieweryfikowalnej.

Zgodzić się również należy z Sądem Rejonowym, iż w rozważanej sprawie rażąco naruszenie interesów konsumenta polega na nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta. Ustalenie bowiem wysokości opłaty na kwotę 11.938,55 złotych, przy kwocie wpłaconych przez powoda składek równych sumie 73.868,54 zł doprowadziło do przejścia przez pozwanego aktywów sięgających 17% wartości rachunku powoda. Jednocześnie sama pozwana oszacowała swoje koszty na kwotę zbliżoną do pobranej opłaty. Tym samym doszło do sytuacji, w której powód pomimo inwestowania środków zgodnie z umową przez 13 lat niczego nie zyskał (wartość jednostek funduszy była mniejsza niż suma uiszczonych składek), ale pozwana w niemal 100 % pokryła swoje koszty, jeszcze pomniejszając wysokość wypłaconych powodowi środków o opłatę likwidacyjną. W rozważanej sprawie uzasadnione jest zatem stwierdzenie, że sposób wyliczenia wartości wykupu ma stanowić swoistą sankcję za rozwiązanie umowy przed terminem, a więc de facto karę umowną naliczaną według niezrozumiałych i nieweryfikowalnych kryteriów.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy nie podzielił zarzutów apelacji i uznając zaskarżone orzeczenia za prawidłowe i słuszne na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację.

Wobec pominięcia przez Sąd rejonowy ujawnionej w toku procesu zmiany nazwy strony pozwanej i zawarcia w wyroku starej nazwy, Sąd Okręgowy - uznając ten brak za niedokładność - dokonał sprostowania oznaczenia strony pozwanej w zaskarżonym wyroku, orzekając na podstawie art. 350 k.p.c..

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł w myśl zasady odpowiedzialności za wynik procesu (art. 98 k.p.c.). Powód poniósł koszty w postaci 1800 zł wynagrodzenia pełnomocnika w stawce minimalnej i tę kwotę Sąd Okręgowy zasądził na jego rzecz od pozwanej jako przegrywającej również w postępowaniu apelacyjnym.