

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 8 grudnia 2017 r. Sąd Rejonowy w Gryfinie po rozpoznaniu sprawy z powództwa I. S. przeciwko V. L. Towarzystwo (...) w W. o zapłatę kwoty 4716,40 zł (sygn. akt I C 766/16): w punkcie I. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 4703,75 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 30 sierpnia 2016 r. do dnia zapłaty; w punkcie II. oddalił powództwo w pozostałym zakresie; w punkcie III. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1453 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd Rejonowy oparł powyższe rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

W dniu 21 grudnia 2011 r., powódka, za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego prowadzącego działalność w ramach przedsiębiorstwa (...) S.A. w S., złożyła pozwanej wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną M. (...). We wniosku tym powódka zadeklarowała uiszczanie pozwanemu rocznie składki regularnej w wysokości 4800 zł przez okres ubezpieczenia trwający 15 lat. Jednocześnie powódka złożyła dyspozycję inwestowania uiszczanych składek. Dyspozycja ta została opisana kodowo jako (...) i (...) w udziałach po 50%.

Z wnioskiem powódka złożyła również oświadczenie, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymała i zapoznała się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną (OWU), oraz treścią regulaminu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i wykazu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, oraz innych pozycji inwestycyjnych oferowanych przez (...) S.A.. Odbiór tych dokumentów potwierdziła własnoręcznym podpisem.

W dniu 2 stycznia 2012 r. pozwana potwierdziła zawarcie z powódką umowy ubezpieczenia na życie zgodnie z wnioskiem, wręczając egzemplarz umowy (polisa nr (...)). Z treści tej umowy wynikało, że powódka była zobowiązana do systematycznego uiszczania przez okres 15 lat - od 2 stycznia 2012 r. do 1 stycznia 2027 r. składki regularnej w wysokości 4800 zł rocznie, natomiast strona pozwana zobowiązywała się do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, a w sytuacji zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego (śmierci powódki lub dożycia odpowiedniego wieku), wypłaty określonych świadczeń. Nadto umowa przewidywała też tzw. świadczenie wykupu, określając je jako kwotę nie wyższą niż kwota odpowiadająca wartości części wolnej rachunku powiększona o określony procent wartości części bazowej rachunku, zgodnie z tabelą wskazaną w załączniku nr 1 do OWU.

Zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną M. (...), w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed ustalonym okresem jej obowiązywania strona pozwana zobowiązana była do wypłaty kwoty świadczenia wykupu, zgodnie z zasadami wypłaty tego świadczenia określonymi w § 23 OWU (§ 10 ustęp 2 OWU). Ustalono, że wysokość świadczenia wykupu na dany dzień równa jest wartości części wolnej rachunku, oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku wskazanego w ustępie 15 załącznika nr 1 do OWU (§ 23 ustęp 5 OWU). W szczególności stosownie do regulacji § 10 ust. 5 zd. 1 w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy, na skutek zdarzeń określonych w ust. 1, wypłacana wysokość Świadczenia Wykupu w zakresie wartości Części Bazowej rachunku uwzględniała jej pomniejszenie o koszty poniesione przez ubezpieczyciela związane z dystrybucją i zawarciem umowy oraz o koszty związane z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, które w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy nie będą mogły zostać pokryte z opłat określonych w § 24 ust. 1, jakie byłyby pobrane przez ubezpieczyciela w trakcie całego okresu na jaki umowa została zawarta.

W pierwszych 2 latach obowiązywania umowy ubezpieczenia powódka miała prawo do otrzymania świadczenia wykupu odpowiadającego 2% wartości części bazowej Rachunku. W następnych latach wysokość tego świadczenia kształtowała się odpowiednio: w trzecim roku - 20% części bazowej rachunku, w czwartym roku - 30%, w piątym roku - 40%, w szóstym roku - 50%, w siódmym roku - 60%, w ósmym roku - 70%, w dziewiątym roku - 79%, w dziesiątym

roku - 82%, w jedenastym roku - 84%, w dwunastym roku - 87%, w trzynastym roku - 90%, w czternastym roku - 93% i w piętnastym roku - 96%.

W § 24 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia zastrzeżono ponadto pobieranie przez ubezpieczyciela opłat z tytułu zawarcia i wykonywania Umowy, a w Załączniku nr 1 do OWU przewidziano, że składają się na nie opłaty:

- za udzielenie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej w wysokości 2 zł miesięcznie,
- wstępna od Składki Dodatkowej - 2%,
- administracyjna - 10,88 zł miesięcznie (w okresie 2012 r.),
- za zarządzanie aktywami Rachunku Jednostek Funduszy dla Części Bazowej Rachunku - od 2,00% do 3, 20% rocznie, w zależności od wysokości składki regularnej,
- za zarządzanie aktywami Rachunku Jednostek Funduszy dla Części W. Rachunku - od 1,00% do 1,60% rocznie, w zależności od wysokości składki regularnej,
- za zarządzanie aktywami Portfeli Modelowych - od 0,50% do 0,90% rocznie,
- operacyjna - od 50% do 300% stawki opłaty administracyjnej

i opłata za ryzyko, której wysokość uzależniono od wieku ubezpieczonego.

Zgodnie z § 17 ust. 3 OWU uiszczane w okresie obowiązywania umowy składki były zapisywane na Rachunku Jednostek Funduszy jako odpowiednia liczba Jednostek Funduszy.

W § 25 ust. 1 znalazł się natomiast zapis, że ubezpieczyciel nie daje jakichkolwiek gwarancji co do Wartości Rachunku oraz wysokości świadczeń, których kwota związana jest z wartością Jednostek Funduszy.

Postanowienia OWU nie były przedmiotem żadnych negocjacji, a powódka nie miała realnego wpływu na ich treść. OWU zostały wręczone powódce bez jakichkolwiek indywidualnych uzgodnień i bliższego wyjaśnienia ich treści w tym w zakresie dotyczącym spornego świadczenia wykupu, jego charakteru i funkcji, oraz przyjętego przez ubezpieczyciela sposobu ustalania wysokości tego świadczenia.

Powódka nie była też w pełni świadoma rodzaju, wysokości i mechanizmu określania kosztów wiążących się z ubezpieczeniem ani zasad naliczania i pobierania składki ubezpieczeniowej.

Ponieważ zawarcie umowy ubezpieczenia towarzyszyło udzieleniu powódce kredytu bankowego powódka traktowała umowę ubezpieczeniową łączącą ją z pozwanym jako formę ubezpieczenia kredytu, warunkującą jego uzyskanie.

W lutym 2013 r. wskutek braku zapłaty umówionej składki umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, co zostało potwierdzone pismem pozwanej z 28 lutego 2013 r. Jednocześnie pozwana przedstawiła rozliczenie z tytułu zawartej umowy.

Zgodnie z treścią tego dokumentu suma dotychczas uiszczonej przez powódkę składki wynosiła 4800 zł, a wartość zainwestowanych środków odniesiona do wartości nabytych jednostek funduszy, opisana jako "wartość części bazowej rachunku" wyrażała się sumą 4812,65 zł.

W związku z rozwiązaniem umowy, pozwany wypłacił powódce część z wpłaconych przez nią środków a mianowicie kwotę 96,25 zł określoną jako świadczenie wykupu.

Pismem z dnia 16 sierpnia 2016 r. powódka wezwała pozwaną do zapłaty dodatkowo kwoty 4716,40 zł. Wezwanie to okazało się bezskuteczne.

Jednocześnie pozwana wskazała na poniesienie w związku z zawarciem przedmiotowej umowy ubezpieczenia kosztów, na które składały się: prowizja dla agenta ubezpieczeniowego w łącznej kwocie 4803 zł, koszty akwizycji w kwocie 2914,38 zł, koszty związane z wykonywaniem umowy ubezpieczenia w kwocie 351,93 zł i pozostałe koszty techniczne w kwocie 3,41 zł.

Natomiast faktycznie (rzeczywiście) poniesione przez pozwaną koszty zawarcia i realizacji umowy kształtowały się w przedziale 7459,03 zł - 8293,69 zł.

W okresie trwania umowy pozwana pobrała od powódki opłaty w łącznej wysokości 304,23 zł, obejmujące opłatę administracyjną i opłatę od aktywów.

Sąd Rejonowy wskazał, iż stan faktyczny rozpoznawanej sprawy był w istotnym zakresie niesporny między stronami. Różnice stanowisk zaznaczyły się w ocenie skutków prawnych przedterminowego rozwiązania łączącej strony umowy i wysokości należności podlegającej z tego tytułu zwrotowi (wypłacie) na rzecz powódki. Pozwany kwestionował możliwość wypłacenia powódce całej dochodzonej sumy powołując się na ograniczenia ustanowione w treści umowy, oraz negując podstawy do uznania regulacji ogólnych warunków umowy (dalej o.w.u.; OWU) ustanawiających tego rodzaju ograniczenia za niedozwolone klauzule umowne. Sąd zauważył w tym miejscu, że z analizy orzecznictwa krajowego m.in. publikowanego na urzędowym portalu orzeczenia.ms.gov.pl wynika, że przeciwko pozwanemu prowadzone były (są) liczne postępowania sądowe dotyczące realizacji tzw. świadczenia wykupu zakończone w przeważającej większości spraw uwzględnieniem roszczeń dochodzonych przez ubezpieczonych.

Sąd Rejonowy podzielił stanowisko i ocenę tej linii orzeczniczej, którą można obecnie uznać za ugruntowaną i która wskazuje na bezzasadność obrony pozwanego oraz podnoszonych przez niego w odpowiedzi na pozew zarzutów merytorycznych.

Konkretyzując tę ocenę na gruncie rozpoznawanej sprawy Sąd Rejonowy zauważył po pierwsze, że powódkę i poprzednika prawnego pozwanego, w którego prawa i obowiązki spółka (...) S.A. V. (...) wstąpiła zgodnie z art. 494 § 1 k.s.h., łączyła umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Umowa ta stanowi rodzaj umowy ubezpieczenia osobowego - umowy ubezpieczenia na życie (art. 829 § 1 pkt 1 k.c.), w której wypadkiem ubezpieczeniowym jest śmierć osoby ubezpieczonej lub dożycie określonego wieku. Do essentialia negotii umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należą: zobowiązanie ubezpieczyciela do wypłaty oznaczonego w umowie świadczenia w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego oraz zobowiązanie ubezpieczającego do zapłaty składki (art. 805 § 1 k.c.). Powyższe nie określa jednak wszystkich specyficznych cech umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Cechą charakterystyczną tej umowy jest wyodrębnienie dwóch elementów: części ubezpieczeniowej i części obejmującej fundusz kapitałowy, którego dotyczy odrębne administrowanie i który składa się z kupowanych przez ubezpieczyciela na rzecz ubezpieczonego jednostek funduszy. W umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zobowiązanie ubezpieczyciela obejmuje w konsekwencji dwa główne świadczenia: wypłatę sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej lub w razie upływu okresu umownego, oraz zarządzanie na zlecenie ubezpieczającego aktywami ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Świadczeniom tym odpowiadają dwa główne świadczenia ubezpieczającego: zapłata składki, oraz zapłata opłaty (opłat) za zarządzanie.

Sąd Rejonowy wskazując na brzmienie art. 830 § 1 i 2 k.c. zaznaczył, że pomiędzy stronami nie było sporu co do tego, że powódka zaprzestała opłacania składek, co doprowadziło do rozwiązania umowy.

W myśl zasady o nieprzepadalności składek, konsekwencją rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie o charakterze kapitałowym jest aktualizacja obowiązku ubezpieczyciela do wypłaty rezerwy składek. Pozwany odmówił wypłaty większości środków, zgromadzonych na indywidualnym rachunku powódki, podnosząc w odpowiedzi na pozew, że zgodnie z postanowieniami o.w.u. dokonał ich dopuszczalnego potrącenia ograniczając wysokość należnej wypłaty do wartości 2% wartości zgromadzonych środków. Roszczenie powódki opierało się na twierdzeniu, że postanowienia

łączącej strony umowy, w części dotyczącej ustalenia wysokości tzw. świadczenia wykupu wypłacanego w związku z wypowiedzeniem umowy mają charakter klauzuli niedozwolonej i tym samym nie są dla niej wiążące.

Odnosząc się do podstawy prawnej żądania powódki Sąd Rejonowy podkreślił, że skonkretyzowanie rodzaju dochodzonego roszczenia należy do powoda. Wskazanie przez powoda okoliczności faktycznych uzasadniających żądanie pozwala na ustalenie podstawy prawnej tego roszczenia oraz reżimu odpowiedzialności pozwanego, a tym samym na określenie ram sporu i kognicji sądu.

Ponieważ zachodzące między stronami sporu relacje mogą mieć złożony charakter, a źródła roszczeń z nich wypływających mogą stanowić różne przepisy prawa, obowiązkiem powoda jest na tyle dokładne wskazanie podstawy faktycznej żądania, by można było jednoznacznie określić, na jakiej podstawie prawnej jest ono dochodzone, co umożliwia rozpoznanie sprawy we właściwym trybie i podjęcie stosownej obrony przez pozwanego.

Wskazanie przez powoda materialnoprawnej podstawy swego roszczenia, choć nie pozostaje całkowicie bez znaczenia dla kwalifikacji tego roszczenia nie jest wymagane ani nie ma bezwzględnie wiążącego charakteru.

We wniesionym w niniejszej sprawie pozwie, jak i w kolejnych pismach procesowych, powódka podawała jako podstawę prawną swojego roszczenia przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu - wskazując na nienależność spełnionego świadczenia, oraz równoległe przepisy dotyczące umów ubezpieczenia z elementem kapitałowym - formułując w tym kontekście zarzuty dotyczące abuzywności postanowień umownych. Żadnej z tych podstaw powódka nie nadała wyłącznego charakteru choć jako główne należy ocenić zarzuty zmierzające do zakwestionowania jako niedozwolonych postanowień umownych przewidujących zwrot wyłącznie określonej części (ograniczających wysokość) spełnionego świadczenia w razie przedterminowego rozwiązania umowy.

Sąd zauważył, iż rolą sądu jest w takiej sytuacji samodzielne dokonanie subsumpcji stanu faktycznego do właściwych norm prawnych, po zbadaniu okoliczności faktycznych wskazanych przez powoda.

Sąd Rejonowy podzielił stanowisko pozwanego, że odpowiedzialność z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia ma charakter subsydiarny i wchodzi w grę tylko wówczas, gdy nie ma innej podstawy odpowiedzialności, w szczególności wynikającej z umowy. Przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu nie służą posiłkowemu konstruowaniu zasad odpowiedzialności dłużnika, w sytuacji gdy wierzyciel w ogóle nie opiera żądania na podstawie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, bądź nie wykazał przesłanek uzasadniających takie żądanie. Trzeba więc przyjąć, że wpłacona przez powódkę składka ubezpieczeniowa nie była świadczeniem nienależnym stronie pozwanej. Została ona bowiem uiszczona na podstawie ważnej umowy łączącej powódkę z Towarzystwem (...) w W.. Zatrzymanie jej części przez stronę pozwaną nie stanowi w efekcie bezpodstawnego wzbogacenia tj. nie jest świadczeniem nienależnym w rozumieniu art. 410 k.c., lecz może być rozważane wyłącznie jako nienależyte wykonanie umowy. Przyjęcie reżimu kontaktowego jako prawidłowego dla oceny zasadności roszczenia powoda determinuje również określenie właściwych przepisów dotyczących przedawnienia tego roszczenia. Dlatego też jako nietrafny Sąd ocenił zarzut przedawnienia roszczenia zgłoszony przez stronę pozwaną, odwołujący się do trzyletniego okresu przedawnienia dla wszystkich roszczeń wynikających z umowy ubezpieczenia. Żądanie pozwu nie dotyczyło bowiem stricte roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, lecz zapłaty z tytułu nienależycie wykonanego zobowiązania wobec zakończenia obowiązywania umowy nienazwanej. Umowa łącząca strony niewątpliwie zawierała postanowienia dotyczące ubezpieczenia, jednak ze względu na dominujący w nich element kapitałowy, brak było podstaw do kwalifikowania jej wyłącznie jako umowy ubezpieczenia i oceny istnienia przedawnienia w zakresie świadczenia wykupu na podstawie przepisów odnoszących się do tego rodzaju umowy (art. 819 § 1 k.c.). Taki pogląd w analogicznym stanie faktycznym wyraził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13, stwierdzając, iż w umowie mieszanej z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału, ochrona ubezpieczeniowa - z uwagi na niską sumę ubezpieczenia - ma charakter symboliczny, przeważa natomiast aspekt kapitałowy.

Skoro więc roszczenie powódki w świetle powyższych rozważań nie stanowiło żądania zapłaty z tytułu umów ubezpieczenia, to konsekwencją kwalifikacji umowy jako nienazwanej jest stosowanie ogólnego: przepisu art.

118 k.c., przewidującego dziesięcioletni termin przedawnienia. W przypadku umów o charakterze mieszanym, do przedawnienia należy stosować termin określony dla elementu dominującego w umowie. W dacie wniesienia pozwu (7 września 2016 r.), przy wymagalności roszczenia przypadającej na dzień 16 lutego 2013 r. (data rozwiązania umowy) - dziesięcioletni termin przedawnienia jeszcze nie upłynął.

Pozostałe zarzuty pozwanego zmierzały do podważenia stanowiska, że zapisy OWU regulujące świadczenie wykupu dotyczą świadczeń głównych stron i stanowią niedozwolone postanowienia umowne.

Sąd Rejonowy wskazał, iż celem wprowadzenia przepisu art. 385¹ k.c. był zamiar zapewnienia konsumentom skuteczniejszej ochrony w stosunkach umownych z podmiotami profesjonalnymi. Za klauzulą niedozwoloną na ich podstawie zostało uznane postanowienie, które spełnia łącznie przesłanki dotyczące ukształtowania praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy oraz nie dotyczące bezpośrednio meritum umowy (głównych świadczeń stron), i które nie było uzgodnione indywidualnie.

Przedmiotem konkretnej umowy zawartej między stronami było ubezpieczenie życia powódki, oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w okresie, na jaki umowa została zawarta (§ 3 ust. 1 OWU, k. 20 akt sprawy). Wedle § 4 ust. 3 OWU w przypadku zdarzeń w tym dokumencie określonych, innych niż zdarzenia ubezpieczeniowe lub odstąpienie ubezpieczającego od umowy w terminie 30 dni od daty doręczenia polisy ubezpieczyciel zobowiązywał się wypłacić ubezpieczającemu świadczenie wykupu w wysokości kwoty nie wyższej niż kwota odpowiadająca wartości części wolnej rachunku, powiększonej o określony procent wartości części bazowej rachunku, wskazany w ust. 15 załącznika Nr 1 do OWU. Sąd podzielił tu stanowisko powódki mające potwierdzenie w licznych orzeczeniach dotyczących roszczeń ubezpieczonych w sporach z Towarzystwem (...) (obecnie V. L.) zapadających na tle analogicznych stanów faktyczno- prawnych, że przewidziane obowiązującą pomiędzy stronami umową ubezpieczenia świadczenie wykupu nie jest świadczeniem głównym. Świadczenia główne stron umowy ubezpieczenia należy bowiem oceniać w oparciu o art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w związku z art. 829 § 1 pkt 1 k.c.

Odnosząc się do sposobu rozumienia pojęcia „świadczenie główne” w kontekście normy art. 385¹ § 1 k.c. Sąd Rejonowy odwołał się m.in. do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 6 stycznia 2005 r. (III CZP 76/04), w którym stwierdzono, że cel przepisu art. 385¹ k.c. nie pozwala na ograniczanie ochrony partnera umowy w wyniku szerokiej interpretacji formuły „postanowień określających główne świadczenia stron”. Podobnie, w uchwale z dnia 29 czerwca 2007 r. (III CZP 62/07) Sąd Najwyższy wyraził zapatrywanie, iż pojęcie postanowień określających główne świadczenia stron należy rozumieć wąsko, jako obejmujące jedynie klauzule wprost odnoszące się do obowiązku głównego realizowanego w ramach umowy, przez określenie jego zakresu, a wszelkie wątpliwości w tej materii należy rozstrzygać na rzecz objęcia danej klauzuli kontrolą merytoryczną. Świadczeniem głównym z umowy stron była wypłata następująca na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, a są nimi dożycie określonego wieku lub śmierć. Natomiast dalszym świadczeniem (niejako dodatkowym) było zarządzanie środkami finansowymi zgromadzonymi na funduszu kapitałowym na zlecenie osoby ubezpieczonej i ich inwestowanie, które jest ekwiwalentem świadczenia ubezpieczającego obejmującego opłaty za zarządzanie.

Świadczenie wykupu nie może zostać uznane za świadczenie główne, gdyż jest to w istocie jedynie rozliczenie wpłaconych przez ubezpieczonego środków finansowych z uwagi na wolę rozwiązania umowy.

W ocenie Sądu, przyjęcie, że świadczenie wykupu jest głównym świadczeniem umów łączących strony procesu skutkowałoby zupełnie nieracjonalnym wnioskiem, iż celem zawartej umowy było jej przedterminowe rozwiązanie przez powódkę i skorzystanie z wykupu, czyli wypłaty zgromadzonych na rachunku środków, po ich znaczącym pomniejszeniu przez ubezpieczyciela zgodnie z literalną treścią umowy. Tymczasem ubezpieczony w chwili zawierania umowy na dłuższy okres z reguły nie zakłada jej wcześniejszego rozwiązania (por. też w tym względzie także zapis § 3 ust. 1 zd. drugie OWU). Taki zamiar może oczywiście pojawić się później, w wyjątkowych sytuacjach - na przykład gdy inwestycja nie przynosi spodziewanego zysku. Tak więc zobowiązanie ubezpieczyciela do spełnienia świadczenia wykupu nie musi się skonkretyzować, aby zrealizował się cel społeczno- gospodarczy umowy, przeciwnie - wypłata tego

świadczenia w pierwszych latach obowiązywania umowy nawet ten cel niweczy. Do wykupu polisy dochodzi wówczas poza zakresem głównych świadczeń stron.

Sąd Rejonowy podniósł dodatkowo, że skoro wartość wykupu jest niemożliwa do ustalenia w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i jest niemożliwa do objęcia konsensusem stron, to nie może ona stanowić zasadniczego przedmiotu świadczenia. Ponadto nie sposób twierdzić też, że świadczenie wykupu stanowi essentialia negotii przedmiotowej umowy. Umowa tego rodzaju zawarta bez zastrzeżenia świadczenia wykupu nie byłaby wskutek tego umową nieważną. Warto zauważyć też, że do wypłaty świadczenia wykupu może dojść na wniosek ubezpieczonego w każdym czasie (§ 23 ust. 2 OWU), nawet wielokrotnie, nie sposób zatem uznać, że realizacja świadczenia wykupu jest powiązana z zaistnieniem jakiegokolwiek zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w umowie stron.

Ponadto sama możliwość pomniejszenia należnej ubezpieczającemu kwoty w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy o określony procent (co według ubezpieczyciela zmierza do zrekompensowania towarzystwu określonych w § 10 ust. 5 OWU kosztów), stanowi jedynie o obniżeniu wysokości świadczenia, które podlega wypłacie na rzecz ubezpieczającego. Tego rodzaju obniżenie (potrącenie) nie należy do istoty świadczenia, jakie w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy należne jest ubezpieczającemu.

Nawet gdyby hipotetycznie uznać, że sporne świadczenie jest zasadniczym świadczeniem z umowy stron, to zapisy dotyczące tego świadczenia budzą wątpliwość, bowiem są sformułowane w sposób niejednoznaczny. Uznanie świadczenia wykupu za świadczenie główne nie oznacza więc w okolicznościach niniejszej sprawy niedopuszczalności badania pod kątem niedozwolonego postanowienia umownego - pomniejszenia jego wysokości w zakresie wartości części bazowej rachunku o koszty poniesione przez ubezpieczyciela związane z dystrybucją i zawarciem umowy, oraz koszty związane z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, o których mowa w § 10 ust. 5 OWU oraz w ust. 15 Załącznika nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia.

Sąd Rejonowy zaznaczył również, że dla oceny czy określone w umowie świadczenie (w tym jego rozmiar rozumiany jako kwota, która ostatecznie wypłacana jest ubezpieczającemu) stanowi świadczenie główne, nie może być decydujące samo nazwanie tego świadczenia w taki sposób przez ubezpieczyciela. W innym bowiem wypadku ubezpieczyciel mógłby swobodnie i według tylko swojego uznania tak formułować postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, aby wykluczyć możliwość ich kontroli, jako postanowień niedozwolonych.

Przechodząc do oceny zasadniczego zarzutu powódki Sąd Rejonowy zauważył, że w sprawie poza sporem pozostaje, że postanowienia dotyczące świadczenia wykupu nie były z powódką indywidualnie uzgodnione. Treść OWU nie była przedmiotem żadnych negocjacji, a powódka nie miała realnego wpływu na ich treść. Przedstawiciel strony pozwanej nie udzielał powódce bliższych wyjaśnień co do istoty świadczenia wykupu, jego charakteru i funkcji, oraz zasad ustalania wysokości tego świadczenia. Tego rodzaju zachowanie pozwanego było niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta, a także z zasadą konstruowania jasnych i przejrzystych postanowień umownych, bez zatajania jakichkolwiek okoliczności wpływających na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta. Nadto tworzyło niczym nie usprawiedliwione dysproporcje praw i obowiązków konsumenta na jego niekorzyść, oraz naruszało zasadę równorzędności stron stosunku prawnego. Z uwagi na stosunkowo skomplikowany charakter świadczenia wykupu, którego konstrukcja dla typowego konsumenta bez jakiegokolwiek przygotowania specjalistycznego, czy wiedzy z zakresu ubezpieczeń jest niezrozumiała, a na pewno w świetle lakonicznej treści o.w.u. budząca szereg wątpliwości i niedomówień, pozwana powinna była w sposób przystępny wyjaśnić powódce zasady ustalania wysokości świadczenia wykupu, tak aby mogła ona realnie ocenić, czy zawarcie przedmiotowej umowy ubezpieczeniowej będzie dla niej korzystne, czy też będzie wiązało się z nadmiernym ryzykiem.

Z treści OWU nie wynika też, aby istniał jakikolwiek związek pomiędzy ustaleniem procentu wartości części bazowej rachunku, a kosztami które pozwany poniósł w związku z zawarciem umowy. OWU nie przewiduje bowiem sytuacji, aby powódka jako konsument była zobowiązana do ponoszenia skonkretyzowanych kosztów w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia. Obowiązkiem powódki miało być jedynie cykliczne uiszczanie składki regularnej w wysokości

wskazanej w polisie. Nie ma zatem uzasadnionych przyczyn, by w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia na życie, obciążać powódkę wydatkami, które na zasadzie ryzyka powinien ponosić pozwany w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą. Sąd podkreślił tu, że choć celem działalności pozwanego jest osiąganie zysku to jednak jest oczywiste, że nie wszystkie podejmowane przez niego działania muszą mieć taki efekt.

Indywidualnej oceny zgodności postanowień 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 (art. 385² k.p.c.).

W rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., „rażące naruszenie interesów konsumenta” oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym, natomiast „działanie wbrew dobrym obyczajom” w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. Obie, wskazane w tym przepisie, formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., sygn. I CK 832/04). Pojęcia te mają charakter niedookreślony i ocenny; wymagają dokonania ich wykładni w każdej sprawie indywidualnie, z uwzględnieniem celu umowy, charakteru stosunku zobowiązaniowego, jak również zwyczajów i norm przyjętych w konkretnej dziedzinie aktywności gospodarczej. Jest to szczególnie istotne w takich dziedzinach, które wytworzyły własne wzorce etyczne postępowania wobec konsumentów - jak np. bankowość czy właśnie działalność ubezpieczeniowa. Klauzulę generalną zawartą w art. 385¹ k.c. uzupełnia przykładowa lista „niedozwolonych postanowień umownych” zamieszczona w art. 385³ k.c. Strona, kwestionując klauzulę wzorca, nie musi jednocześnie przyporządkować jej do jednej z klauzul objętej wyliczeniem. W tym zakresie odpowiedniej kwalifikacji dokonuje Sąd.

Sąd zauważył, iż podstawowym elementem przyjętych w obrocie gospodarczym dobrych obyczajów jest zasada lojalności, uczciwości, rzetelności i poszanowania interesów kontrahenta. Sprzeczne z dobrymi obyczajami będą więc takie działania, które zmierzają do niedoinformowania, dezinformacji, wykorzystania naiwności lub niewiedzy klienta, wprowadzenia go w błąd co do realnych obciążeń i ryzyk związanych z umową oraz co do tego, jakie świadczenia na swoją rzecz zastrzegł przedsiębiorca. Jeśli chodzi o pojęcie „interesu konsumenta”, to obejmuje ono elementy ekonomiczne - przede wszystkim związane z zachowaniem ekwiwalentności świadczeń oraz proporcjonalności obciążeń nałożonych na konsumenta w stosunku do realnych kosztów związanych z umową i wartości świadczeń uzyskanych przez konsumenta. Uwzględnia także elementy pozaekonomiczne, takie jak pewność obrotu, zaufanie, istnienie przekonania o rzetelnym potraktowaniu przez drugą stronę umowy. Ustawodawca wymaga, by naruszenie interesów konsumenta przez tzw. klauzulę abuzywną nastąpiło w stopniu „rażącym”, a zatem musi być to naruszenie znaczne, polegające na drastycznym odejściu od zasad uczciwego obrotu, lojalności, szacunku dla drugiej strony umowy.

Sąd Rejonowy uznał, że postanowienia dotyczące świadczenia wykupu z umowy ubezpieczenia wiążącej strony niniejszego postępowania, w tym przepisy § 10 ust. 2 i 4 oraz § 23 ust. 5 i 6 ogólnych warunków ubezpieczenia stanowiących podstawę tej umowy przewidujące obniżenie wartości części bazowej rachunku poprzez dokonywanie określonych procentowo potrąceń, są klauzulami niedozwolonymi. Argumentując to stanowisko Sąd zwrócił uwagę, że choć w umowie stron nie zostały użyte pojęcia „opłaty likwidacyjnej” czy też „kary umownej”, to postanowienia umowy przewidujące, że konsumentowi, jako ubezpieczonemu przysługuje zwrot ulokowanych środków pieniężnych w wysokości zaledwie ich ułamek, ustalonego osobno dla każdego roku polisowego, są równoznaczne w skutkach z zastrzeżeniem zakwestionowanej w orzecznictwie „opłaty likwidacyjnej” (por. w tej materii wyrok SN z dnia 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13).

Zdaniem Sądu Rejonowego, pomniejszenie świadczenia należnego ubezpieczającemu w wypadku wcześniejszego zakończenia umowy o określony z góry procent spełnia bowiem takie samo zadanie i służy temu samemu celowi, jakiemu służyła wskazana opłata likwidacyjna. W obu przypadkach pomniejszenie świadczenia konsumenta miało

służyć pokryciu kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem umowy, w tym kosztów akwizycji i prowizji pośrednika. Dlatego też dotychczasowy dorobek doktryny i judykatury wypracowany w przedmiocie opłat likwidacyjnych pozostaje adekwatny dla prawnej oceny ustalonego w niniejszej sprawie stanu faktycznego.

Nie ma wątpliwości, że możliwość dokonywania, oraz wysokość potrąceń z wartości środków zgromadzonych przez ubezpieczonego powinna być uzależniona jedynie od kosztów, jakie ponosi ubezpieczyciel w związku z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia i wykupem jednostek uczestnictwa. Tzw. opłata likwidacyjna lub jakiegokolwiek inne podobnego rodzaju potrącenia wartości środków wypłaconych z konta składek regularnych (stanowiących środki finansowe ubezpieczonego) są niedozwolone, niezależne od poniesionych przez stronę pozwaną kosztów. Potrącenia te nadmiernie obciążają konsumenta, a tym samym rażąco naruszają jego interesy.

Analizując konkretne postanowienia wzorca konkretnej umowy Sąd Rejonowy zwrócił przy tym uwagę na zapis § 24 pkt 1 OWU, gdzie wymienionych jest aż osiem różnych opłat, które pobiera fundusz za zarządzanie środkami. Już tylko z tego względu nie znajduje dostatecznego uzasadnienia postanowienie umowne, które przewiduje możliwość pobrania przez pozwaną od powódki kolejnych, dodatkowych należności ze środków gromadzonych w celu oszczędzania i inwestowania, bez dokładnego i rzeczywistego wyjaśnienia przyczyny ich pobierania i uzasadnienia konkretnej jej wysokości. Ujęty w § 10 ust. 5 OWU zapis tylko pozornie definiuje te zależności. Mowa w nim między innymi, że w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy, wypłacana wysokość świadczenia wykupu w zakresie części bazowej rachunku uwzględnia jej pomniejszenie o koszty poniesione przez ubezpieczyciela związane z dystrybucją i zawarciem umowy oraz koszty związane z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, które w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy nie będą mogły zostać pokryte z opłat określonych w § 24 OWU, jakie byłyby pobierane przez ubezpieczyciela w trakcie całego okresu, na jaki umowa została zawarta. W żadnym fragmencie umowy OWU nie zostało jednak wyraźnie ustalone, jak kształtują się te koszty. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego nie wynika, aby powódka była kiedykolwiek informowana o wysokości kosztów prowizji dla agenta w ustalonej kwocie, czy kosztach akwizycji. Z góry założono pomniejszenie kwoty wypłacanej tytułem wykupu w stosunku do wartości inwestycji, przy jednoczesnym braku możliwości weryfikacji przez konsumenta, czy istotnie wartość pobranej „opłaty”, której wskaźnik relatywizowany jest wyłącznie do wartości zgromadzonych środków, odpowiada wartości kosztów poniesionych przez ubezpieczyciela. Samo więc tylko odwołanie się przez stronę pozwaną w § 10 ust. 5 OWU do kosztów związanych z dystrybucją i zawarciem umowy oraz kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą nie spełnia wymogów, jakie uznać można za pożądane w świetle przywołanego wyżej wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 r. Dlatego też uznać je należy za niewystarczające z punktu widzenia wskazanego standardu ochrony konsumenta.

W § 10 ust. 5 zd. 2 OWU zapisano, że wypłacając świadczenie wykupu ubezpieczyciel nie nalicza ani nie potrąca z wypłacanego świadczenia jakiegokolwiek kary umownej lub odstępnego, w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, związanych z przedterminowym rozwiązaniem umowy. Zapis ten jest zbyt ogólny, aby traktować go jako klauzulę interpretacyjną. Stanowi on w gruncie rzeczy negację rzeczywistej treści konkretnych postanowień umownych. Jednocześnie wprowadza w błąd konsumenta sugerując, że przedterminowe rozwiązanie umowy nie wiąże się dla niego z poważniejszymi negatywnymi konsekwencjami.

Nie można też zgodzić się ze stwierdzeniem, że zapis o treści: „wysokość świadczenia wykupu na dany dzień jest równa wartości części wolnej rachunku oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku wskazanego w ustępie 15 załącznika nr 1 do OWU” jest zapisem sformułowanym na tyle jasno, aby ubezpieczony był w stanie określić jaką konkretnie otrzyma sumę w przypadku rozwiązania umowy z innego powodu niż śmierć czy dożycie określonego wieku. Nie bez znaczenia pozostaje także sposób konstruowania zapisów umowy, w tym liczne odwoływanie się w treści postanowień do innych paragrafów umowy. Powoduje to, że zapisy umowy nie są czytelne, zrozumiałe i przejrzyste, a już na pewno nie dla konsumenta.

W ocenie Sądu, wprowadzenie do wzorca umowy tego rodzaju konstrukcji prawnej skutkowało jak należy przyjąć pokrzywdzeniem drugiej strony stosunku prawnego. Bez utraty przynajmniej części wpłaconych składek konsument nie miał możliwości rozwiązania umowy przed upływem 15 lat od jej zawarcia. W efekcie umowa przewidująca

pobieranie 98% środków ze składek płaconych w pierwszym i drugim roku, następnie 80% w trzecim roku inwestowania, rażąco narusza zasadę równości obu stron stosunku prawnego, zwłaszcza, że ekwiwalentne świadczenie po stronie ubezpieczyciela nie istnieje.

Omawiane świadczenie jest rażąco wygórowane i obciążające wyłącznie jedną ze stron stosunku prawnego. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumenta należy uznać takie ukształtowanie stosunku prawnego z konsumentem, w ramach którego, w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia konsument traci w sposób nieuzasadniony większą część środków wpłaconych uprzednio tytułem składek. Nie oznacza to całkowitej niemożności wprowadzania tego typu potrąceń, lecz obowiązek takiego ich ukształtowania, który będzie odpowiadał przepisom prawa. Pozwany oferując powódce określony produkt ubezpieczeniowo- kapitałowy był, co do zasady, uprawniony do obciążenia swojego kontrahenta kosztami manipulacyjnymi związanymi z obsługą umowy. Niedopuszczalną jest jednak sytuacja, w której jedna ze stron wykorzystując swoją pozycję profesjonalisty, kształtuje wzorzec umowy w taki sposób, że wprowadza do niego konstrukcję prawną będącą wyrazem uprzywilejowania jednej strony kosztem drugiej, prowadzącą finalnie do pokrzywdzenia tej drugiej strony stosunku prawnego, w tym wypadku konsumenta. W szczególności nie może mieć miejsca przypadek, w którym konsument zostaje obciążony nadmiernymi, a nawet rażąco wygórowanymi kosztami manipulacyjnymi czy administracyjnymi (kosztami obsługi), nie przystającymi w żaden sposób do rzeczywistych wydatków ponoszonych w tym zakresie. Tak właśnie stało się w niniejszej sprawie, bowiem strona pozwana arbitralnie narzuciła powódce swoisty „taryfikator” potrąceń, kierując się w tej sferze wyłącznie własnym partykularnym interesem. Należytnym wytłumaczeniem dla towarzystwa ubezpieczeń nie może być to, że cel umowy ubezpieczeniowej o charakterze takim, jak łączył strony, zakładał istnienie długotrwałego, stabilnego stosunku prawnego w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewniać miało także ubezpieczycielowi określone korzyści. Jest to oczywiste jeśli weźmie się pod uwagę istotę umowy ubezpieczeniowej z elementami inwestycji kapitałowej.

Zrozumiałe jest też, że strona pozwana była zainteresowana jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania. Jednakże Sąd podkreślił, że motywowanie i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może polegać na sankcjonowaniu faktu przedterminowego wypowiedzenia umowy przez pozbawienie ubezpieczającego możliwości odzyskania znacznej części wpłaconych w czasie obowiązywania umowy w formie składek ubezpieczeniowych środków finansowych.

Wobec tego Sąd uznał, że w tym konkretnym przypadku nastąpiły przesłanki pozwalające na przyjęcie, iż uregulowania dotyczące sposobu ustalania świadczenia wykupu w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy są niedozwolonymi postanowieniami umownymi i jako takie nie wiążą powódki. Są one sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszają interesy klienta, nie dotycząc głównych świadczeń stron. Nie były też uzgadniane indywidualnie, a zostały narzucone we wzorcu umownym, w sposób nieusprawiedliwiony nakładając na konsumenta obowiązek uiszczenia na rzecz ubezpieczyciela swoistej "kary umownej" bez możliwości określenia, jakie świadczenie wzajemne ze strony pozwanej mu się należy.

Powódka jako konsument nie miała w przedstawionych uwarunkowaniach możliwości stwierdzenia, czy jej świadczenie jest ekwiwalentne i uzasadnione, oraz zweryfikowania wysokości dokonywanych z niego potrąceń. Pozwany natomiast dysponował możliwością samodzielnego naliczania opłat i dokonywania potrąceń związanych z realizacją świadczenia wykupu. Mechanizm ich kalkulacji był przy tym taki sam bez względu na wysokość zgromadzonych środków ubezpieczonego i niezależny od poniesionych przez ubezpieczyciela kosztów oraz związanego z umową ryzyka. Tego rodzaju dysproporcja praw przekracza zakres określony przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. Wobec tego, w ocenie Sądu, objęta sporem klauzula rażąco narusza interes ekonomiczny konsumenta, który zostaje obciążony opłatą (opłatami) nie mającą związku z poniesionymi kosztami i ryzykiem przedsięwzięcia.

Powyższej oceny nie zmienia także odwołanie się przy kwalifikacji skutków prawnych zastrzeżenia spornej klauzuli do odpowiedniego wzorca konsumenta, uwzględniającego, że przeciętny konsument: winien być dostatecznie rozsądny, uważny i ostrożny. Powódka zawierając umowę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wykazała

się rozważą wymaganą w okolicznościach sprawy. Wskazać trzeba też, że wzorzec przeciętnego konsumenta nie jest stały, ale zmienia się w zależności od konkretnego przypadku. Także w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej ulegał on stopniowej ewolucji doprowadzając ostatecznie do utrwalenia się modelu konsumenta rozważnego, przeciętnie zorientowanego, ale mającego prawo do rzetelnej informacji, niewprowadzającej go w błąd i zawierającej wszelkie niezbędne dane wynikające z funkcji i przeznaczenia danego produktu. Nie sposób uznać, iż w niniejszej sprawie prawo powódki jako konsumenta do rzetelnej informacji zostało zachowane, gdy podstawy kalkulacji świadczenia wykupu zostały określone poprzez wielokrotne odesłania do postanowień zamieszczonych w innych częściach ogólnych warunków umowy i załączników, oraz bez wyraźnego i jednoznacznego wskazania kosztów prowizji, akwizycji, administracyjnych, czy technicznych, o których powódka dowiadywała się dopiero w toku procesu.

Oznacza to, że nawet mimo zachowania staranności, powódka zawierając umowę ze stroną pozwaną nie mogła mieć pełnej świadomości rzeczywistych konsekwencji podejmowanych decyzji w przedmiocie kontynuowania umowy bądź skrócenia czasu jej trwania. Dlatego też wbrew stanowisku pozwanego, nie sposób czynić powódce zarzutu co do tego, że powinna ona posiadać odpowiednie rozeznanie w tym zakresie. Powódka, jak już to wskazano nie miała możliwości stwierdzenia, czy jej świadczenie jest ekwiwalentne i uzasadnione.

Przepis art. 385³ k.c. za niedozwolone postanowienia umowne uważa w razie wątpliwości m.in. takie, które:

- wyłączają obowiązek zwrotu konsumentowi uiszczonej zapłaty za świadczenie niespełnione w całości lub części, jeżeli konsument zrezygnuje z zawarcia umowy lub jej wykonania (pkt 12),
- przewidują utratę prawa żądania zwrotu świadczenia konsumenta spełnionego wcześniej niż świadczenie kontrahenta, gdy strony wypowiadają, rozwiązują lub odstępują od umowy (pkt 13),
- nakładają na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego (pkt 17).

Sąd ponownie podkreślił, że zakwestionowane postanowienia umowy, zgodnie z którymi ubezpieczający w wypadku wcześniejszego rozwiązania umów otrzymuje tylko 2% wpłaconych środków, a ich znaczną część przejmuje ubezpieczyciel, rażąco naruszają interes konsumenta i kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, a więc są klauzulami niedozwolonymi. Eliminacja ze stosunku prawnego postanowień uznanych za abuzywne nie prowadzi do zniweczenia całego stosunku prawnego, nawet gdyby z okoliczności sprawy wynikało, że bez tych postanowień umowa nie zostałaby zawarta (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 lutego 2013 r., I CSK 408/12) - przepis art. 385¹ k.c. nie przewiduje, by na miejsce takiego postanowienia wchodziło inne, a nie następuje również upadek całej umowy. Wynika to z relacji między art. 58 § 3 k.c. a art. 385¹ § 2 k.c., który jako przepis późniejszy i szczególny w stosunku do art. 58 § 3 k.c. wyłącza jego zastosowanie, ustanawiając w sytuacji określonej w jego § 1 zasadę zachowania mocy wiążącej umowy. Uznanie w okolicznościach niniejszej sprawy za niedozwolone postanowienia umownego stanowiącego klauzulę upoważniającą stronę pozwaną do potrącenia z należnego powódce świadczenia wykupu określonych kosztów ma ten skutek, że postanowienie to upada w całości. Dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy nie ma zatem znaczenia to czy i jakie rzeczywiście koszty poniosła strona pozwana w związku z zawarciem umowy. W szczególności brak jest podstaw do pomniejszenia świadczenia powódki o wysokość rzeczywiście poniesionych przez stronę pozwaną kosztów. Takie ukształtowanie stosunku umownego stanowi swoistą sankcję dla przedsiębiorcy za określenie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający jego interesy.

Określenie wysokości świadczenia wykupu w korelacji z rzeczywistymi kosztami strony pozwanej powinno nastąpić bezpośrednio w umowie, a nie następczo w toku procesu z powódką. Wskaźnik, na podstawie którego wyliczeniu podlegało świadczenie wykupu, był natomiast w treści umowy odnoszony wyłącznie do wartości zgromadzonych przez powódkę środków a nie wysokości faktycznych kosztów poniesionych lub przewidywanych do poniesienia przez stronę pozwaną w celu realizacji umowy. Sąd w konsekwencji uznał za w istocie bezprzedmiotowy i nie przydatny

dla rozstrzygnięcia dowód z opinii biegłego aktuarusza zmierzający do określenia kosztów poniesionych przez stronę pozwaną w związku z zawarciem umowy.

Sąd dodał, że powołany w odpowiedzi na pozew 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.

Żądanie powódki nie jest ponadto sprzeczne z zasadami współzycia społecznego, ani ze społeczno- gospodarczym przeznaczeniem prawa.

Sąd zaznaczył tu, że niewłaściwe sformułowanie przez profesjonalistę OWU może wiązać się dla niego z niekorzystnymi konsekwencjami, a nawet stratą. Ryzyko takie jest jednak wpisane w działalność pozwanego.

Klauzule niedozwolone cechuje brak ich skuteczności od chwili zawarcia umowy. Orzeczenie sądu, który stwierdza niedozwolony charakter postanowienia umownego jest deklaratoryjne, także wtedy gdy sąd dokonuje kontroli incydentalnej. Wydawany wyrok ma charakter orzeczenia zasądającego. Zasadzeniu podlega świadczenie, które ulega zwrotowi w wypadku rozwiązania umowy. Ponieważ za niedozwolone zostały uznane postanowienia umowy dotyczące świadczenia wykupu, to zasadzeniu podlegały kwoty pobrane przez stronę pozwaną na podstawie tych postanowień umownych. Powódka wpłaciła na poczet umów składkę w wysokości 4800 zł, a strona pozwana po rozwiązaniu umów wypłaciła jej kwotę 96,25 zł.

Sąd Rejonowy wskazał, iż w niniejszym procesie, opierając się na twierdzeniach o abuzywności klauzul zawartych w ogólnych warunkach umów powódka mogła skutecznie domagać się wyłącznie różnicy pomiędzy kwotą wpłaconą przez siebie tytułem składki a kwotą otrzymaną od pozwanego, czyli różnicę między kwotą 4800 zł a 96,25 zł.

Sąd Rejonowy uznał natomiast zgłoszone żądanie za nieuzasadnione w zakresie obejmującym zwrot kwoty wyliczonych tytułem dodatkowej alokacji w jednostki funduszy. Kwota ta została dopisana do Rachunku Jednostek Funduszy i Części Bazowej Rachunku jako swego rodzaju dodatkowa korzyść związana ze spodziewanym czasem trwania umowy (na jaki została ona zawarta) i realizacją przewidzianej w niej inwestycji kapitałowej (lokata zainwestowanego kapitału). W sytuacji gdy powódka rozwiązała umowę przed deklarowanym okresem, brak jest podstaw, aby korzystała z tego rodzaju dodatkowego świadczenia będącego efektem obowiązywania umowy przez określony czas i ulokowania zainwestowanych środków w ramach wykonania przez pozwanego postanowień umownych.

Sytuacja powódki będąca konsekwencją uznania określonego postanowienia za niedozwolone, a tym samym za postanowienie nie zastrzeżone skutecznie powinna kształtować się tak jak w przypadku klasycznego odstąpienia od umowy lub rozwiązania umowy. Strony są wówczas zobowiązane do zwrotu wzajemnych świadczeń, a więc powinny odzyskać wyłącznie to co same świadczyły. Dlatego też w ocenie sądu kwoty dodatkowej alokacji nie mogą podlegać zasadzeniu na rzecz powódki w ramach uznania za abuzywne postanowień umów o świadczeniu wykupu. W realiach sprawy dotyczy to dodatkowej kwoty 12,65 zł dopisanej do rachunku podstawowego, jako zysk z jednostek funduszy. W tym zakresie powództwo podlegało oddaleniu.

Odsetki za opóźnienie zostały zasądzone na podstawie art. 455 k.c. zgodnie z żądaniem pozwu. Przepis art. 817 k.c. nie znajduje zastosowania w niniejszej sprawie. Świadczenie dochodzone przez powoda nie wiąże się bowiem z zaistnieniem wypadku (zdarzenia ubezpieczeniowego) i nie stanowi świadczenia ubezpieczeniowego. Źródłem roszczenia powódki była umowa, która zobowiązywała pozwanego do spełnienia zobowiązania na jej rzecz.

W związku z tym, w ocenie Sądu, właściwie określona została w pozwie data opóźnienia pozwanego wyznaczona terminem zakreślonym w wezwaniu do zapłaty.

O kosztach procesu orzeczono zgodnie z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 100 zd. drugie k.p.c. uznając, że powódka uległa tylko co do nieznacznej części swego żądania. Zasądzone koszty obejmują opłatę od pozwu (236 zł), oraz

wynagrodzenie pełnomocnika powódki (1200 zł), ustalone na podstawie Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie, wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa (17 zł.).

Apelację od powyższego wyroku wywiodła pozwana i zaskarżając go w części uwzględniającej powództwo (punkt I.) oraz związane z merytorycznym rozstrzygnięciem orzeczenie o kosztach postępowania (pkt III.) wniosła o zmianę wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów postępowanie za I instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych, a nadto o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm prawem przepisanych.

Skarżąca zarzuciła Sądowi I instancji:

I. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.:

1. art. 65 § 1 k.c. w zw. z art. 3 ust. 2 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. 2013.950 t.j. ze zm.) - obowiązującej w czasie zawarcia i obowiązywania umowy między stronami, dalej również jako (...) - poprzez błędne przyjęcie, że roszczenie powoda o wypłatę wartości rachunku nie jest roszczeniem z umowy ubezpieczenia na życie, a z umowy nienazwanej;

2. art. 819 § 1 k.c., poprzez jego niezastosowanie pomimo podniesionego przez pozwaną zarzutu przedawnienia, w sytuacji, w której roszczenie powoda miało oparcie w treści umowy ubezpieczenia, a powód wystąpił do pozwanej z żądaniem zapłaty po upływie 3 lat od rozwiązania umowy tj. od momentu, w którym ewentualne roszczenie powoda stało się wymagalne;

3. art. 118 k.c. przez niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie 10-letniego okresu przedawnienia, podczas gdy rzekome roszczenie powoda przedawniało się z upływem 3-letniego terminu.

Ewentualnie zaś, na wypadek nieuwzględnienia powyższych zarzutów, apelująca zarzuciła:

II. naruszenie przepisów prawa procesowego, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, tj.

1. art. 328 § 2 k.p.c., poprzez nienależyte uzasadnienie podstawy prawnej rozstrzygnięcia, w tym nierozpoznanie zgłoszonego przez pozwaną zarzutu z art. 409 k.c., podczas gdy na Sądzie ciążył obowiązek wyczerpującego podania podstawy prawnej rozstrzygnięcia świadczącego o należyтым rozpoznaniu sprawy, a także wyjaśnienia, dlaczego Sąd nie uznał zarzutu zgłoszonego przez pozwaną;

III. **naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.:**

1. **art. 385² k.c. w zw. z art. 385¹ § 1 k.c., poprzez nieuwzględnienie w toku dokonywania oceny postanowień dotyczących Świadczenia Wykupu faktu, iż powód posłużył się umową z pozwaną do zawarcia umowy kredytu bankowego na bardziej korzystnych warunkach, który to cel osiągnął, a wobec tego nie doszło do naruszenia jego interesów w ogóle (tym bardziej w sposób rażący);**

2. **art. 65 § 1 i § 2 k.c. w zw. z art. 13 ust. 4 pkt 2, pkt 5 i pkt 6 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, poprzez uznanie, że wypłata Świadczenia Wykupu nie stanowi świadczenia głównego, podczas gdy postanowienia dotyczące Świadczenia Wykupu określały świadczenie główne, co doprowadziło do niesłusznego niezastosowania normy z art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. umowy (dalej również jako (...));**

3. art. 385¹ § 1 k.c., poprzez uznanie, że postanowienia dotyczące Świadczenia Wykupu kształtowały prawa powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interes, w szczególności poprzez dokonanie

oceny przez pryzmat naruszenia dobrych obyczajów i interesów przeciętnego konsumenta, a nie osoby występującej indywidualnie z powództwem;

4. art. 385² k.c. poprzez jego błędną interpretację i niezastosowanie w sprawie tj. dokonanie indywidualnej kontroli wzorca umownego z pominięciem reguły interpretacyjnej wyznaczonej przez przepisy prawa, w tym w szczególności bez dokonania oceny zgodności postanowień umowy z dobrymi obyczajami 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, w tym kwestii długoterminowości umowy (15 lat) oraz zadeklarowania składki rocznej w wysokości 4800 zł, doprowadzenia do rozwiązania umowy po zapłacie jednej składki, zawarcia umowy ubezpieczenia w związku z umową kredytu;

5. art. 385¹ § 1 k.c. w zw. z art. 18 ust. 2 DzUbezpU, poprzez nieuwzględnienie przy ocenie naruszenia dobrych obyczajów faktu, że zakłady ubezpieczeń są zobligowane tak tworzyć warunki umów, aby bezwzględnie zabezpieczyć pewność wykonywania wszystkich swoich umownych zobowiązań;

6. art. 385² k.c. w zw. z art. 65 § 2 k.c., poprzez jego błędną interpretację i niezastosowanie w sprawie, tj. dokonanie indywidualnej kontroli wzorca umownego z pominięciem reguły interpretacyjnej wyznaczonej w art. 153 DzUbezpU, poprzez jej niezastosowanie i przyjęcie, iż pozwana, jako zakład ubezpieczeń, nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzonej działalności ze środków wpłaconych przez powoda jako składki z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia;

7. art. 153 DzUbezpU oraz § 2 ust. 1 pkt 19-21 oraz art. 16 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. nr 226, poz. 1825) poprzez ich niezastosowanie i przyjęcie, iż pozwana, jako zakład ubezpieczeń, nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzonej działalności ze środków wpłaconych przez powoda jako składka z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia;

8. art. 385³ pkt 12, 13 i 17 k.c. w zw. z art. 65 § 2 k.c. poprzez błędne zastosowanie i przyjęcie, że postanowienie umowne mieści się w katalogu klauzul wskazanych ww. punktach.

Ponadto, z ostrożności procesowej, na wypadek uznania przez Sąd odwoławczy, że pozwana nie była uprawniona do zatrzymania części środków znajdujących się na rachunku ubezpieczeniowym powoda, apelująca zarzuciła naruszenie prawa materialnego:

9. art. 455 k.c. w związku z art. 817 k.c. poprzez zasądzenie odsetek od 30 sierpnia 2016 r., podczas gdy odsetki należałoby ewentualnie liczyć najwcześniej od 31 dnia po doręczeniu pozwanej wezwania do zapłaty.

W uzasadnieniu pozwana rozwinęła powyższe zarzuty.

W odpowiedzi na apelację powódka wniosła o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kosztów procesu za II instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego, wg norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja pozwanej okazała się bezzasadna.

W niniejszej sprawie, wbrew stanowisku pozwanej, Sąd pierwszej instancji prawidłowo przeprowadził postępowanie dowodowe. Bezsporne w sprawie było, że zawarta przez strony w dniu 2 stycznia 2012 r. umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną M. (...) została rozwiązana wskutek niezapłacenia przez powódkę składki regularnej (§ 10 ust. 1 pkt 3 OWU), więc ubezpieczyciel miał obowiązek dokonać wypłaty kwoty Świadczenia Wykupu w wysokości określonej w § 23 ust. 5 OWU tzn. również Wartości Części W. Rachunku oraz określonego procentu Wartości Części Bazowej Rachunku wskazanego w ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU. Relacje między stronami w tej kwestii mają więc charakter umowny, zaś w efekcie podstawą roszczeń powódki był § 23 ust. 5

OWU, przy słusznym uznaniu przez Sąd pierwszej instancji abuzywności postanowień opisanych w ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU.

Przedmiotowa umowa została zawarta z powódką jako konsumentem. W myśl art. 22¹ k.c. za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. Trafnie w doktrynie wskazuje się, że kwalifikacja określonej osoby jako konsumenta nie może być dokonywana abstrakcyjnie, w oderwaniu od konkretnej transakcji. Bycie konsumentem nie jest więc statusem immanentnie związanym z daną osobą, ale rolą, w której może występować w ramach niektórych tylko transakcji. Dla kwalifikacji osoby fizycznej jako konsumenta nie jest więc konieczne, by nie prowadziła ona w ogóle działalności gospodarczej lub zawodowej – by nie była przedsiębiorcą. Istotne jest natomiast to, aby dokonywana przez nią, konkretna czynność prawna, która ma przesądzać o jej kwalifikacji jako konsumenta w ramach danego stosunku prawnego, nie dotyczyła bezpośrednio jej działalności gospodarczej, nie jest zatem wykluczone dokonywanie czynności związanej, co prawda z tą działalnością ale tylko pośrednio (tak: E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), Kodeks cywilny. Komentarz. Wyd. 8, Warszawa 2017). Sąd odwoławczy dokonując kwalifikacji powódki jako konsumenta miał na względzie przede wszystkim przedmiot zawieranej umowy, którego zasadniczym celem było uzyskanie świadczenia na wypadek śmierci lub dożycia odpowiedniego wieku oraz inwestowanie środków pochodzących z wpłaconych w ramach tej umowy składek, a także brak bezpośredniego związku tej umowy z ewentualną działalnością prowadzoną przez powódkę, związek taki nie wynika bowiem z treści samej umowy. Oceny tej nie zmienia podnoszona przez pozwaną okoliczność, iż zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną było warunkiem otrzymania przez powódkę kredytu w banku, jak również fakt opłacenia ze środków pochodzących z otrzymanego kredytu pierwszej składki.

W ocenie Sądu Okręgowego, odmiennie niż to wynika z twierdzeń pozwanej należało uznać, że postanowienia przedmiotowej umowy nie zostały uzgodnione indywidualnie z powódką, co miałyby zdaniem pozwanej wynikać z istnienia stosownej rubryki w pkt 9 wniosku o zawarcie umowy, w której przewidziano możliwość zgłoszenia ewentualnych zmian co do treści umowy. Zdaniem Sądu odwoławczego, postanowienie pkt 9 „warunki dodatkowe/uwagi” nie może stanowić decydującego kryterium, gdyż doświadczenie życiowe pokazuje, że umowy tego typu zawierane są na podstawie wzorców umów ukształtowanych przez ubezpieczyciela. Dodania wymaga, że w pkt 9 rubryka została pusta, powódka nie zgłosiła żadnych uwag, akceptując postanowienia umowy przedstawione przez stronę pozwaną. Zatem w okolicznościach badanej sprawy stwierdzić trzeba, że powódka nie miała rzeczywistego wpływu na treść umowy. Zarówno wniosek o zawarcie umowy jak i wzorzec umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia i regulaminu zostały opracowane przed zawarciem umowy i wprowadzone do stosunku prawnego przez pozwaną. Kierując się doświadczeniem życiowym stwierdzić należało, że ogólne warunki ubezpieczenia i regulaminu stanowiące integralną część umowy stron, były stosowane przy zawieraniu także innych umów przez pozwaną będącą podmiotem zawodowo trudniącym się zawieraniem tego typu umów i nie zostały indywidualnie uzgodnione przy zawieraniu umowy z powódką. Brak jest okoliczności, które świadczyłyby o tym, iż zawarcie umowy poprzedzone zostało jakimikolwiek negocjacjami stron dotyczącymi treści zawartej następnie umowy. Zaznaczyć należy, że ciężar wykazania indywidualnego uzgodnienia postanowienia umownego niewątpliwie w świetle art. 385¹ § 4 k.c. spoczywał na pozwanej, albowiem wykazanie indywidualnego uzgodnienia postanowienia wykluczałoby możliwość badania postanowienia umownego w oparciu o przepisy o niedozwolonych postanowieniach umownych (art. 385¹ k.c. i nast.), czemu jednak pozwana nie sprostała.

Przechodząc dalej Sąd Okręgowy uznał, że świadczenie wykupu nie może być uznane za świadczenie główne. Dla ustalenia, czy świadczenie jednej ze stron na rzecz drugiej strony ma charakter świadczenia głównego w rozumieniu art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. nie wystarczy stwierdzenie, że świadczenie to należy się drugiej stronie umowy za świadczoną przez nią usługę w ramach realizacji zawartej umowy. Pojęcie "głównego świadczenia stron" należy rozumieć wąsko, w nawiązaniu do pojęcia elementów przedmiotowo istotnych danego typu umowy. W umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zobowiązaniem ubezpieczyciela jest przede wszystkim udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, zaś po stronie konsumenta zapłata składki ubezpieczeniowej (por. m.in. wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie XVII AmC 2/14 z dnia 23 lipca 2014 r.). Głównym celem umowy ubezpieczenia na

życie jest uzyskanie ochrony na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej lub też dożycia przez nią określonego wieku. Istnienie zatem po stronie ubezpieczyciela zobowiązania do takiego świadczenia (przy jednoczesnym zobowiązaniu ubezpieczającego do opłacania składki) jest jedynym elementem koniecznym do zawiązania stosunku ubezpieczenia. Opcja inwestowania środków pochodzących z wpłaconych w ramach tej umowy składek, wymaga uznania, iż ma charakter dodatkowy. Dodać trzeba, że z uwagi na fakt, że umowa ubezpieczenia, w której przedmiotem ochrony jest życie osoby ubezpieczonej, czy też dożycie przez nią określonego wieku, zawsze przybiera ona postać umowy zawartej na czas oznaczony, tym samym można stwierdzić, że sytuacje, w których dochodzi do realizacji wartości wykupu, są przypadkami rozwiązania umowy przed upływem okresu, na jaki została ona zawarta, a zatem wyjątkowymi. Dlatego też nie można przyjmować założenia, że świadczenie, do którego spełnienia wcale nie musi dojść w wyniku realizacji essentialia negotii umowy ubezpieczenia i które nie prowadzi do realizacji społeczno-gospodarczego celu umowy ubezpieczenia, jest świadczeniem głównym. Co więcej, kwota świadczenia wykupu nie może być nawet uznana za świadczenie uboczne, albowiem nie jest świadczeniem w rozumieniu art. 353 k.c., gdyż nie może być zindywidualizowana w chwili zawierania umowy (zob. wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie XVII AmC 2/14 z dnia 23 lipca 2014 r.).

W konsekwencji uznać należało, że dopuszczalna była kontrola postanowień umowy odnoszących się do świadczenia wykupu i ustalenia jego wysokości, do którego obowiązana była pozwana w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy.

Wysokość Świadczenia Wykupu została określona w ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU na 2% Wartości Części Bazowej Rachunku po rozwiązaniu umowy na skutek nieopłacenia składki po roku ubezpieczenia jako postanowienie umowne ma charakter klauzuli abuzywnej i nie może stanowić podstawy rozliczeń między stronami, gdyż pozwana naruszyła dobre obyczaje przerzucając cały ciężar związany z kosztami utrzymania polisy na klienta i to w pierwszym roku ubezpieczenia. Argument długoterminowości umowy nie może pozostawać w sprzeczności z ustawowym prawem ubezpieczonego do rozwiązania umowy ubezpieczenia osobowego w każdym momencie jej trwania (art. 830 k.c.). Mechanizm stworzony przez pozwaną służy w istocie stworzeniu reguły przymusowej w celu zatrzymania konsumenta, a to z uwagi na znaczne dolegliwości materialne w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy.

Sąd Najwyższy jednoznacznie opowiedział się za tym, iż postanowienie ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przewidujące, że w razie wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego przed upływem 10 lat od daty zawarcia umowy, ubezpieczyciel pobiera opłatę likwidacyjną powodującą utratę wszystkich lub znacznej części zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego środków finansowych, rażąco narusza interesy konsumenta i stanowi niedozwolone postanowienie umowne w świetle art. 385¹ zdanie pierwsze k.c.

W umowie stanowiącej podstawę sporu w niniejszej sprawie nie mamy do czynienia z opłatami likwidacyjnymi sensu stricto, albowiem jako takie nie znajdują odzwierciedlenia w literalnej treści umowy, to jednak ocenić należało, że zastosowanie konstrukcji procentowego współczynnika wartości wykupu prowadzi w istocie do tych samych rezultatów w sferze majątkowej ubezpieczających, albowiem dokonujące się uszczuplenie wartości środków zapisanych na indywidualnym rachunku jednostek ma ten sam wymiar, co zastosowanie opłat likwidacyjnych. Analogicznie, przysporzenie po stronie ubezpieczyciela jest takie samo. Opłata likwidacyjna, czy też przyjęcie tzw. koncepcji Świadczenia Wykupu stanowi jeden ze sposobów pomniejszenia środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w przypadku likwidacji polisy przed upływem terminu, na jaki została zawarta. Pomniejszenie zwracanych ubezpieczającemu środków zgromadzonych przez czas trwania polisy o procentową wartość wykupu, niewątpliwie stanowi ukrytą opłatę likwidacyjną związaną z likwidacją polisy przed końcem jej trwania. Przedmiotem sporu w badanej sprawie jest wysokość oraz sposób ustalenia świadczenia wykupu. Według stanowiska Sądu Najwyższego, wyrażonego w wyroku z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie I CSK 149/13, 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 likwidacyjnymi, których charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w ogólnych warunkach umowy wyjaśnione. Jest to

okoliczność o kluczowym znaczeniu dla oceny niedozwolonego charakteru tego postanowienia umownego w świetle art. 385¹ § 1 k.c. W sytuacji, gdy charakter produktu nie jest w jasny sposób określony, ponieważ w OWU brak jednoznacznego określenia charakteru i funkcji tego świadczenia, to sporne postanowienie narusza art. 385 § 2 k.c., który stanowi, że wzorzec umowy powinien być sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Ustawodawca w art. 385 § 2 zd. 1 k.c., wymaga aby wzorzec umowy był sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Jednoznaczność oznacza, iż postanowienia wzorca nie mogą budzić wątpliwości co do ich znaczenia, postanowienia powinny zawierać zrozumiałe i pełne informacje. W realiach tej sprawy, postanowienia dotyczące świadczenia wykupu nie spełniają tej funkcji.

Odnosząc się do kolejnych zarzutów podniesionych w apelacji stwierdzić należy, że pozwana jako zakład ubezpieczeń ma niewątpliwie prawo do pokrycia kosztów swojej działalności ze środków pozyskiwanych ze składek, do tworzenia warunków umów umożliwiających ich wykonanie, lecz jej powinnością są uczciwe praktyki rynkowe uwzględniające interesy klientów. Przerzucanie wszystkich kosztów działalności gospodarczej na ubezpieczonych i to w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia osobowego może świadczyć również o świadomości ubezpieczyciela co do realiów rynkowych związanych z ilością umów, które ze swej istoty winny być wykonywane przez dłuższy czas (w tej sprawie 15 lat), lecz są rozwiązywane z upływem pierwszego roku od zawarcia umowy ubezpieczenia. W takich okolicznościach nie może dziwić zamysł traktowania przez ubezpieczyciela świadczenia wykupu jako świadczenia głównego. To jednak odbiega od wzorca ustawowego umowy ubezpieczenia osobowego.

Wbrew twierdzeniom pozwanej, Sąd Rejonowy nie zakwestionował możliwości prowadzenia przez pozwanego rentownej działalności, a zaskarżony wyrok nie narusza art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1206). Zaznaczyć należy, że niewłaściwe sformułowanie przez profesjonalistę OWU może wiązać się z niekorzystnymi konsekwencjami, a nawet stratą. Ryzyko takie jest jednak wpisane w działalność pozwanego. To, że jego celem jest osiągnięcie rentowności nie oznacza, że wszystkie podejmowane przez niego działania muszą mieć taki rezultat. Zauważyć trzeba, że rozwiązanie umowy i zwrot świadczenia nie było głównym świadczeniem umowy, a prawidłowe określenie sposobu ustalenia świadczenia wykupu i powiązanie jej z rzeczywistymi kosztami poniesionymi przez pozwanego dawałoby szansę na jej utrzymanie. Ta zależność powinna wynikać konkretnie z umowy, a nie następczo w toku procesu sądowego.

Marginalnie dostrzec należy, że przeciwko pozwanemu ubezpieczycielowi toczyło się przed Prezesem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postępowanie w sprawie (...)61-17/14/MZ, zakończone decyzją z dnia 15 marca 2016 r. w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, w toku którego zostało uprawdopodobnione, że pozwany może stosować praktykę polegającą na stosowaniu we wzorcach umów indywidualnych na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, postanowień określających opłaty, pobierane w związku z rozwiązaniem przez konsumentów umów ubezpieczenia, które pobierane są z wartości rachunku jednostek funduszu kapitałowego, co może stanowić czyn nieuczciwej konkurencji w rozumieniu art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jedn. Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 ze zm.), a tym samym praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów określoną w art. 24 ust. 1 i 2 pkt 3 ustawy z 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów. W wyniku postępowania nałożono na pozwaną obowiązek zwiększenia części Świadczenia Wykupu ustalonej w oparciu o Część Bazową Rachunku obliczoną zgodnie z warunkami zawartej umowy, poprzez zwiększenie jej udziału procentowego w ww. Części Bazowej Rachunku do takiego poziomu, aby ww. część Świadczenia Wykupu była w pierwszym roku obowiązywania polisy nie mniejsza niż 71% ww. Części Bazowej Rachunku.

Mimo, iż decyzja ta nie może mieć zastosowania między stronami niniejszej sprawy, ze względu na fakt rozwiązania umowy, przed datą wydania decyzji, to jednak zobowiązanie ubezpieczyciela tam wyrażone, świadczy o dowolności w kształtowaniu zasad ustalania wysokości świadczenia wykupu.

Zarzuty dotyczące indywidualnej sytuacji powódki, która uwzględniona została przy ocenie zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami, wobec ich nie wykazania, nie pozwoliły odmiennie, niż to uczynił Sąd Rejonowy ocenić powódkę jako przeciętnego konsumenta i w tym zakresie też jej rozeznanie co do mechanizmów regulujących

funkcjonowanie instrumentów finansowych, które pozwalałyby jej rzetelnie ocenić ryzyko związane z zawarciem umowy. Zaznaczyć przy tym należy, że ewentualne prowadzenie przez powódkę działalności gospodarczej i to niezwiązanej z działalnością ubezpieczeniową, a nawet świadomość poniesienia kosztów przez pozwaną związanych z zawartą umową nie jest przesądzająca. Wysokość, a nawet skala tych kosztów, nie była bowiem znana powódce i możliwa do zidentyfikowania przy zawarciu umowy.

Wskazania przy tym wymaga, że powódka zawarła umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną, albowiem było to niezbędne do otrzymania kredytu w banku. Procedura poprzedzająca zawarcie umowy oraz informacje udzielane w związku z tym powódce (k. 125 verte - 126) dodatkowo wzmacniają ocenę zasadności roszczenia. Powódka nie została poinformowana o konsekwencjach z tym związanych, w szczególności o stracie. Dalej odnosząc się do twierdzeń pozwanej podniesionych w zakresie zarzutu naruszenia art. 385² k.c. zauważyć należy, że przepis ten stanowi, iż 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. Z cytowanego przepisu wynika zatem, że znaczenie mają jedynie okoliczności występujące w chwili zawierania umowy, a nie zaistniałe w późniejszym czasie. Stąd też okoliczność rozwiązania przez konsumenta umowy po krótkim czasie od jej zawarcia pozostaje bez wpływu na ocenę zgodności postanowień umowy z dobrymi obyczajami. Wyjaśnić jeszcze należy, że „okoliczności zawarcia umowy”, o których mowa w art. 385² k.c. jest sformułowaniem dość ogólnym. W doktrynie wskazuje się, że z jednej strony mogą to być okoliczności obiektywne i powszechnie znane (np. stosowanie na obszarach po powodzi klauzuli ograniczającej odpowiedzialność za jakość przy sprzedaży materiałów budowlanych, czy zawieranie umowy w trakcie akcji promocyjnej), których potrzeba uwzględniania wydaje się oczywista, z drugiej jednak strony istnieje wątpliwość co do uwzględnienia okoliczności subiektywnych dotyczących każdej ze stron (por. Gudowski Jacek (red.), Kodeks cywilny. Komentarz. Księga trzecia. Zobowiązania).

Zdaniem Sądu Okręgowego, motywy dla jakich powódka zawarła umowę ubezpieczenia, a więc dla uzyskania kredytu na działalność gospodarczą w banku w żaden sposób nie zmienia oceny treści wzorca dotyczącego Świadczenia Wykupu jako naruszającego dobre obyczaje. Zauważyć trzeba, że okoliczność ta raczej świadczy o naruszeniu dobrych obyczajów przez pozwaną, która mając świadomość, że umowa ubezpieczenia nie jest dla powódki istotna i że prawdopodobnie zostanie przez nią wcześniej rozwiązana kształtuje instytucję Świadczenia Wykupu leżącą wyłącznie w swoim interesie, albowiem zatrzymuje dla siebie niemal wszystkie środki wpłacone przez powódkę jako pierwsza składka.

Następnie zauważyć trzeba, że pozwana w uzasadnieniu apelacji wskazywała, iż sporne świadczenie miało służyć pokryciu kosztów pośrednich i bezpośrednich związanych z zawarciem umowy. W ocenie Sądu odwoławczego, powyższa argumentacja strony pozwanej, która w żaden sposób nie odnosiła się do konkretnej kwoty potrąconej z Wartości Części Bazowej Rachunku, do wskazanych ogólnikowo poniesionych kosztów, stanowi próbę przerwania na konsumenta ryzyka prowadzenia działalności gospodarczej, co jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interes konsumenta.

W postanowieniach badanego wzorca umownego (postanowień OWU i tabeli stanowiących załącznik do OWU) brak jest jednoznacznego wskazania, że niewyplacona wartość składek służy pokryciu znacznych kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem umowy, w tym kosztów akwizycji i prowizji pośrednika. Takie więc ukształtowanie obowiązku nałożonego na konsumenta jest niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz konstruowanie jasnych i przejrzystych postanowień umownych bez zatajania jakichkolwiek okoliczności wpływających na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta w razie zawarcia umowy (zob. wyrok Sądu Najwyższego w Warszawie z dnia 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13). Brak jest jakiegokolwiek uzasadnienia prawnego do określania czynników kształtujących wysokość wykupu ex post, czyli dopiero w sytuacji zaistnienia sporu.

Dostrzec należy, że pozwany ubezpieczyciel w toku postępowania sądowego przedłożył następujące dokumenty: 1) prowizja wypłaconego agentowi ubezpieczeniowemu z tytułu ubezpieczenia potwierdzonej polisą nr (...) na kwotę

4803,00 zł - sporządzony przez pozwanego; 2) Faktura VAT Nr (...) dot. prowizji za sprzedaż S. zgodnie z raportem oraz wyciąg z raportu prowizyjnego, z którego wynikało, że pozwany zapłacił tytułem kosztów prowizji pośrednikowi kwotę 674 349,76 zł, 3) zestawienie kosztów polisy nr (...) ponoszonych przez pozwanego wraz z oznaczeniem określonych użytych w tym zestawieniu.

W ocenie Sądu Okręgowego, dokumenty przedłożone przez pozwanego mogą jedynie stanowić dowód okoliczności niespornej i wprost potwierdzającej tezę, iż pozwany ubezpieczyciel przerzucił całość kosztów prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej na powódkę i to w pierwszym roku trwania ubezpieczenia.

Dodania jednocześnie wymaga, że powódka nie była w żaden sposób poinformowana przy zawarciu umowy o wysokości tychże kosztów, składników które obejmują oraz sposobu ich ustalenia. Nie jest wystarczające w tym zakresie postanowienie przewidziane w § 10 ust. 5 OWU, iż wypłacana wysokość Świadczenia Wykupu w zakresie Wartości Części Bazowej Rachunku uwzględnia jej pomniejszenie o koszty poniesione przez Ubezpieczyciela związane z dystrybucją i zawarciem Umowy oraz o koszty związane z prowadzoną przez Ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, które w związku z przedterminowym rozwiązaniem Umowy nie będą mogły zostać pokryte z opłat określonych w § 24 ust. 1, jakie byłyby pobierane przez ubezpieczyciela w trakcie całego okresu, na jaki Umowa została zawarta. (...). Wysokość tychże kosztów powinna w sposób jasny wynikać z treści postanowień umownych, tak aby kontrahent miał możliwość dokonania oceny, czy proponowane warunki umowy są dla niego korzystne, czy też nie.

Podsumowując, Sąd Okręgowy w okolicznościach niniejszej sprawy uznał, że postanowienie dotyczące Świadczenia Wykupu stanowi w istocie zastrzeżenie opłaty likwidacyjnej i kształtuje prawa i obowiązki stron w sposób nierównomierny, gdyż ustanowione jest przede wszystkim na rzecz strony pozwanej, co stanowi rażące naruszenie interesów konsumenta poprzez nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść.

W rozumieniu bowiem art. 385¹ § 1 k.c. "rażące naruszenie interesów konsumenta" oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym, natomiast "działanie wbrew dobrym obyczajom" w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. Obie, wskazane w tym przepisie, formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają zakreślone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., sygn. I CK 832/04).

Sąd Okręgowy nie podzielił stanowiska pozwanej w zakresie zarzutu naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 233 § 1 k.p.c. W myśl tego przepisu sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Z brzmienia cytowanego przepisu, przy uwzględnieniu treści art. 328 § 2 k.p.c., wynikają nałożone na sąd orzekający obowiązki: po pierwsze - wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału, po drugie - uwzględnienia wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, po trzecie - skonkretyzowania okoliczności towarzyszących przeprowadzeniu poszczególnych dowodów mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności, po czwarte - wskazania jednoznacznego kryterium oraz argumentacji pozwalającej - wyższej instancji i skarżącemu - na weryfikację dokonanej oceny w przedmiocie uznania dowodu za wiarygodny bądź też jego zdyskwalifikowanie, po piąte - przytoczenia w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia dowodów, na których sąd się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności. Jak trafnie przyjmuje się w orzecznictwie, jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (tak m.in. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 września 2002 r., II CKN 817/00). Dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych

ustaleń faktycznych, odwołując się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący winien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (tak Sąd Najwyższy m.in. w orzeczeniach z dnia: 23 stycznia 2001 r., IV CKN 970/00, 12 kwietnia 2001 r., II CKN 588/99, 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99).

Mając na względzie powyższe, Sąd Okręgowy uznał, iż dokonana przez Sąd I instancji ocena zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego w żadnym razie nie nosi znamion dowolności. Natomiast odnośnie zarzutu naruszenia art. 385¹ § 1 k.p.c. oraz Dyrektywy 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich Sąd Okręgowy wskazuje na stanowisko Sądu Apelacyjnego w Katowicach wyrażone w postanowieniu z dnia 23 marca 2017 r., sygn. akt I ACa 1104/16, który podkreślił, że obowiązek wykładni pronounijnej 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 r. 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 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 dziewiętnastego preambuły dyrektywy Rady 93/13/EWG, Sąd Apelacyjny odwołał się do wyroku z dnia 23 kwietnia 2015 r., 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.

Nie budzi zaś wątpliwości, o czym mowa była wyżej, że w okolicznościach niniejszej sprawy dla powódki, jako konsumenta, intencją było zawarcie umowy ubezpieczenia na życie związane z inwestowaniem kapitału, przy czym jak trafnie podkreślił Sąd Rejonowy, powódka nie była w stanie zrozumieć i przewidzieć konsekwencji ekonomicznych związanych z wcześniejszym rozwiązaniem umowy.

W ocenie Sądu Okręgowego, nie ma żadnych przeszkód, aby pozwana w taki sposób kształtowała zapisy umowne z konsumentami, by były one zgodne z ustawą o działalności ubezpieczeniowej, a jednocześnie nie naruszały praw konsumenta. Zarzuty apelującej w zakresie ukształtowania wysokości składki mają się nijak do podstawy rozstrzygnięcia. Pozwana zawierając umowę z konsumentem winna bowiem w sposób transparentny określić jego obciążenia wynikające z umowy. Tymczasem sformułowania w zakresie podstaw ustalania świadczenia wykupu w żaden sposób nie pozwalają ustalić jaki dokładnie koszt pozwanej pokryć ma konsument z tytułu przedwczesnego rozwiązania umowy, zapisy umowy w tym zakresie są niezwykle ogólne, nie wyjaśniają również mechanizmu ustalania wysokości tych kosztów, przyczyny ustalania ich w sposób procentowy i niezależny od wysokości wnoszonych składek.

Strona pozwana nie może wbrew treści art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej przenosić ryzyka działalności na konsumenta jako swoistej sankcji za wcześniejsze rozwiązanie umowy. Oczywistym jest, że pozwana pokrywa koszty swojej działalności ze świadczeń uzyskiwanych od stron. Pozwana winna była jako profesjonalista już na etapie formułowania wzorca umownego uwzględnić w nim wyliczenie wszelkich kosztów do jakich ponoszenia zobowiązana byłby ewentualnie powódka oraz wskazać w tym wzorcu umownym świadczenie pozwanej, które te koszty by uzasadniało. W treści przedmiotowej umowy nie został uwzględniony także obowiązek ich zwrotu, dokładne ich wyliczenie oraz świadczenie pozwanej uzasadniające ewentualne obciążenie tymi kosztami powódki.

Skoro pozwana wprowadza do obrotu umowy niezgodne z tymi przepisami ponosi za to odpowiedzialność i brak jest podstaw do przerwania jej na powódkę powołując się na zasady rentownego prowadzenia przedsiębiorstwa. Pozwana redagując wzorce umowne i formułując postanowienia stanowiące klauzule abuzywne pozbawia się możliwości pokrycia poniesionych przez siebie kosztów, jeśli faktycznie nie znalazłyby one pokrycia w licznych opłatach przewidzianych umową, a obciążających konsumenta. Gdyby bowiem pozwana ustaliła wysokość wykupu bez oderwania od faktycznych kosztów likwidacji danej polisy i lojalnie nie zatajając tych kosztów wprowadziła je do zapisów umownych nie byłoby podstaw do kwestionowania tych zapisów.

W uzasadnieniu wyroku z dnia 28 marca 2018 r., V CSK 398/17, Sąd Najwyższy wskazał, iż stwierdzenie abuzywności postanowień umowy ubezpieczenia należy kwalifikować jako zdarzenie prawne rodzące obowiązek dokonania pomiędzy jej stronami odpowiednich rozliczeń, których podstawą są przepisy ustawy o nienależnym świadczeniu. Należności będące przedmiotem zwrotu nie będą miały zatem cech „świadczenia wykupu z umowy ubezpieczenia”, a odwoływanie się do tego kontraktowego pojęcia może mieć tylko charakter pomocniczy, przydatny przy wyliczeniach, a nie definicyjny.

Słusznie wskazuje strona powodowa w odpowiedzi na apelację, iż towarzystwo ubezpieczeniowe jako podmiot zawodowo prowadzący działalność gospodarczą w zakresie ubezpieczeń na życie odpowiada za zapisy OWU, które są niedozwolonymi klauzulami umownymi i powinien się liczyć z obowiązkiem zwrotu tych kosztów na każdym etapie. Strona pozwana nie mogła zużyć wpłaconej składki przeznaczając ją czy to na prowizję czy na inne wydatki, skoro za wpłaconą składkę zostały nabywane jednostki uczestnictwa, co wynika chociażby z rozliczenia z tytułu umowy Nr: (...).

W kwestii zaś zarzutu przedawnienia roszczenia wskazać należy na uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 10 sierpnia 2018 r., III CZP 20/18, iż w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym roszczenie o wypłatę wartości wykupu ubezpieczenia, nie stanowiącej kosztów udzielonej ochrony ubezpieczonej, przedawnia się w terminie określonym w art. 118 k.c.

W uzasadnieniu uchwały Sąd Najwyższy stwierdził, iż wypłata wartości wykupu nie jest z pewnością świadczeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w art. 805 § 1 k.c., gdyż obowiązek jej dokonania nie powstaje w razie zajścia określonego w umowie wypadku ubezpieczeniowego, lecz w razie ziszczenia się innych zdarzeń, a w szczególności wypowiedzenia umowy albo jej rozwiązania wskutek nieopłacenia składki. Odrębność ta znalazła wyraz i potwierdzenie w terminologii art. 13 ust. 4 pkt 2 u.d.u. odróżniającego ustalenie „wartości świadczeń” od ustalania „wartości wykupu ubezpieczenia”, a de lege lata w art. 23 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r., poz. 999 ze zm.) - rozróżniającym „świadczenia z umowy ubezpieczenia” z tytułu śmierci ubezpieczonego i dożycia ubezpieczonego do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej od „wartości całkowitego i częściowego wykupu ubezpieczenia”. Pozwala to stwierdzić - z uwzględnieniem mieszanego charakteru umowy (...) (umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym) - że w istocie nie chodzi tu o roszczenie z umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 819 § 1 k.c.

Za stanowiskiem takim przemawiają także względy funkcjonalne. Zważywszy tożsamość celów inwestycyjnych umowy (...) i innych instrumentów inwestycyjnych, przyjmowanie w odniesieniu do roszczeń o wypłatę wartości wykupu krótszych terminów przedawnienia niż w przypadku tych instrumentów - np. podlegającego przedawnieniu na zasadach ogólnych roszczenia o odkupienie jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego (por. art. 89 ust. 1 ustawy

z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi, Dz. U. Nr 146, poz. 1546 ze zm.) - nie byłoby uzasadnione.

Argumentów na rzecz tej tezy dostarcza także art. 731 k.c., wyłączający zastosowanie krótkiego, dwuletniego terminu przedawnienia roszczeń wynikających ze stosunku rachunku bankowego, do roszczeń o zwrot wkładów oszczędnościowych. Wskazuje on bowiem na dążenie ustawodawcy do wzmożonej ochrony prawa do wypłaty oszczędzanych środków, a racja ta jest w pełni aktualna w przypadku roszczenia o wykup wartości ubezpieczenia (...), realizującego cele oszczędnościowo-inwestycyjne.

Podzielając powyższe stanowisko Sądu Najwyższego za nietrafny należy uznać zarzut naruszenia przez Sąd Rejonowy art. 819 § 1 k.c.

Za niezasadny, w kontekście przywołanej wyżej uchwały Sądu Najwyższego z dnia 10 sierpnia 2018 r., III CZP 20/18, okazał się także podniesiony z ostrożności procesowej zarzut naruszenia art. 455 k.c. w zw. z art. 817 k.c.

Strona apelująca pomija, że powódka wezwała stronę pozwaną do zapłaty kwoty 4716,40 zł pismem z dnia 16 sierpnia 2016 r., w sytuacji, gdy przedmiotowa umowa uległa rozwiązaniu w dniu 16 lutego 2013 r. i przy uwzględnieniu postanowień umownych pozwany winien rozliczyć się z powódką jeszcze w miesiącu lutym 2013 roku. W związku z tym słusznie przyjął Sąd Rejonowy, iż właściwie określona została w pozwie data opóźnienia pozwanego wyznaczona terminem zakreślonym w wezwaniu do zapłaty.

Mając na względzie powyższe Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. apelację pozwanej oddalił, o czym orzekł w punkcie 1. sentencji wyroku.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono w punkcie 2. sentencji wyroku na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. zgodnie z regułą odpowiedzialności stron za wynik procesu. Skoro apelacja pozwanej została oddalona w całości powinna ona jako przegrywająca niniejsze postępowanie zwrócić poniesione przez powódkę koszty tego postępowania stanowiące wynagrodzenie reprezentującego ją adwokata w kwocie 450 zł, ustalone na podstawie § 2 pkt 3 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r., poz. 1800 ze zm.).

SSO Marzenna Ernest SSO Tomasz Szaj SSO Małgorzata Grzesik