

Sygn. akt: I C 135/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 lipca 2017 r.

Sąd Rejonowy w Brzesku I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	<i>SSR Marek Jałowiecki - Paruch</i>
------------------------	---

po rozpoznaniu w dniu 11 lipca 2017 r. w Brzesku

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa **A. K.**

przeciwko **V. L. (...) S.A V. (...) w W.**

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej V. L.(...) S.A V. (...) w W. na rzecz powódki A. K. kwotę 29.980,70 zł (dwadzieścia dziewięć tysięcy dziewięćset osiemdziesiąt złotych 70/100) z odsetkami ustawowymi od dnia 14 maja 2015r do dnia zapłaty;

II. zasądza od strony pozwanej V. L. (...) S.A V. (...) w W. na rzecz powódki A. K. kwotę 5.134,00 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania, w tym kwotę 3.600,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sędzia

SR Marek Jałowiecki- Paruch

Sygn. akt I C 135/17

UZASADNIENIE WYROKU

Z DNIA 11 LIPCA 2017R.

Powódka A. K. w pozwie skierowanym przeciwko V. L. (...) S.A. V. (...) w W. domagała się zapłaty od pozwanego kwoty 29 980,70zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 14.05.2015r. do dnia zapłaty oraz zwrotu kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego według dwukrotnej stawki minimalnej ustalonej w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że w dniu 15.11.2010r. zawarła z pozwanym umowę (...) z (...) ze Składką Regularną (...) na okres 20 lat. Przedmiotowa umowa ubezpieczenia została rozwiązana przez stronę powodową w dniu 13.05.2015r. Wartość rachunku na dzień rozwiązania umowy wynosiła 50 103,27zł, z czego powódka otrzymała jedynie kwotę 20 122,57zł, ponieważ w związku z wcześniejszym rozwiązaniem umowy pozwany zatrzymał kwotę stanowiącą 60 % wartości środków zapisanych na Rachunku Jednostek Funduszu. Powódka wezwała stronę pozwaną do zwrotu zatrzymanej kwoty, jednak do dnia wniesienia pozwu jej wnioski nie zostały rozpatrzone pozytywnie. Zdaniem powódki zawarta przez nią z pozwanym umowa ubezpieczenia (...) jest nieważna w całości, ponieważ jest

sprzeczna z naturą umowy ubezpieczenia na życie w rozumieniu art. 805 k.c. w zw. z art. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (uprzednio art. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej) zwłaszcza wobec faktu, że w/w umowa nie gwarantuje ubezpieczonemu jakiegokolwiek świadczenia na okoliczność dożycia lub śmierci, nawet w minimalnej wysokości, a wartość świadczenia uzależniona jest wyłącznie od wahań rynkowych. Ponadto brak jest odpowiedzialności na zasadzie ryzyka po stronie pozwanego za zdarzenie przyszłe i niepewne. Dodatkowo sposób kalkulacji i mechanizmy przyjęte przez pozwanego faktycznie uniemożliwiają gromadzenie kapitału z uwagi na pobierane opłaty oraz brak gwarancji co do minimalnego świadczenia. Nadto zawarta umowa ubezpieczenia nie przewidywała wzajemności świadczeń wynikających z opłacanych składek i rzekomo udzielonej ochrony ubezpieczeniowej. Według powódki umowa ta stanowiła obojętne przepisów prawa w zakresie przepisów regulujących wykonywanie działalności reglamentowanych (np. działalności maklerskiej) jako, że w swej istocie zmierzała jedynie do pozyskiwania środków (przychodów) z zarządzania przez pozwanego aktywami gromadzonymi na jednostkach funduszy, bez zapewnienia jakiegokolwiek ochrony dla powódki. Na wypadek nie uwzględnienia powyższego powódka podniosła, że postanowienia (...) w zakresie w jakim uprawniają pozwanego do ustalania wartości wykupu, a tym samym pomniejszenia wartości zgromadzonego przez powódkę kapitału na rachunkach jednostek uczestnictwa, stanowią niedozwolone klauzule umowne, co skutkuje ich nieważnością. Wyżej wskazane postanowienia istotnie ograniczają możliwość rozwiązania umowy na podstawie bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa (art. 830 k.c.) i służą wyłącznie zapewnieniu wpływu środków pochodzących ze składek i generowaniu zysku po stronie pozwanego pozostając bez związku z kosztami wykonania umowy. Kwota dochodzona niniejszym pozwem stanowi równowartość zatrzymanej przez pozwanego kwoty w związku z rozwiązaniem umowy.

W odpowiedzi na pozew pozwany domagał się oddalenia powództwa oraz zasądzenia od powódki na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Zdaniem strony pozwanej, powódka decydując się na zawarcie umowy miała świadomość jej długoterminowości oraz jej warunków w tym w szczególności zasad wyliczenia wysokości Świadczenia Wykupu w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy. Pozwane T. podniosło, że w świetle obowiązujących przepisów regulujących działalność ubezpieczycieli oraz w świetle treści umowy ubezpieczenia nie ulega wątpliwości, że w umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w razie rozwiązania tych umów ubezpieczyciel może pobierać określone opłaty. Na ich wysokość składają się między innymi wysokie koszty akwizycji. Wysokość pobieranych przez pozwanego opłat powiązana jest z kosztami ponoszonymi przez ubezpieczyciela w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia, w szczególności ze wspomnianymi kosztami akwizycji. Wysokie koszty po stronie pozwanej w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, pokrywane są stopniowo przy założeniu, że umowy te trwają wiele lat, w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy pozwany zmuszony jest pobrać opłatę na jednorazowe pokrycie tych kosztów. Pozwany wskazał, że precyzyjne wyliczenie części kosztów przypadającej na umowę ubezpieczenia zawartą przez powódkę nie jest możliwe, niemniej mają one realne znaczenie dla kalkulacji wysokości opłaty likwidacyjnej. Ponadto T. prowadzi działalność gospodarczą, która musi przynosić zysk, w pobierane opłaty wliczone są zatem nie tylko koszty prowadzonej działalności gospodarczej ale również określone korzyści dla pozwanego. T. podkreśliło, że żaden przepis nie nakłada na niego obowiązku poinformowania ubezpieczonego o tym z jakimi konkretnie kosztami jest powiązana dana opłata. Odnosząc się natomiast do zarzutu naruszenia przez pozwanego art. 385⁽¹⁾ § 1 kc, strona pozwana wskazała, że kwestionowane przez powódkę regulacje nie mogą stanowić postanowień niedozwolonych z uwagi na fakt, że dotyczą one świadczenia głównego umowy ubezpieczenia i są sformułowane w sposób jednoznaczny. Co więcej postanowienia te nie kształtują praw i obowiązków powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, tym bardziej nie naruszają jej interesów. Ponadto przed podpisaniem umowy powódka otrzymała OWU, podpisując umowę miała ona zatem szczegółową wiedzę o wysokości opłat pobieranych przez stronę pozwaną. Zdaniem pozwanego T. nie można uważać pobranej opłaty likwidacyjnej za przejaw nierównowagi stron umowy, czy sankcję za wcześniejszą rezygnację z umowy. Zawarcie umowy jest całkowicie dobrowolne, klient przed zawarciem umowy ma możliwość zapoznania się z jej warunkami, ma także prawo do odstąpienia lub wypowiedzenia tej umowy. Strona pozwana wskazała również, że uznanie określonej klauzuli za niedozwoloną nie uzasadnia roszczenia powódki, nawet jeśli klauzula ta jest tożsama z postanowieniami OWU

regulującymi umowę z powódką. O uznaniu postanowienia za niedozwolone decyduje bowiem każdorazowo odrębna ocena jego zgodności z dobrymi obyczajami pod kontem kwalifikowanego naruszenia interesów konsumenta.

W odpowiedzi na powyższe powódka podtrzymała swoje dotychczasowe stanowisko.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny z uwzględnieniem okoliczności bezspornych:

Bezspornym w przedmiotowej sprawie było, że powódka A. K. zawarła w dniu 15.11.2010r. za pośrednictwem agenta ze S. (...)na (...) S.A. w W. (poprzednikiem prawnym pozwanego V. L. T. S.A. V. (...) w W.) umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną złoty wiek, stwierdzoną polisą nr (...), do której zastosowanie miały Ogólne Warunki Ubezpieczenia (...). Zgodnie z wystawioną przez pozwanego polisą umowa została zawarta na okres 20 lat i miała trwać do dnia 14.11.2030r. W ramach umowy powódka zadeklarowała opłacanie składek regularnych w wysokości 1 000zł miesięcznie, zaś strona pozwana zobowiązała się do wypłaty wartości rachunku z chwilą upływu okresu umownego, albo wypłaty określonego świadczenia osobom uposażonym na wypadek śmierci powódki. W polisie wskazano ponadto, że Świadczenie Wykupu stanowi kwota nie wyższa 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.

A. K. zawarła wymienioną umowę także w celach inwestycyjnych, bo wpłacane przez nią składki, miały być przeznaczone na zakup jednostek funduszy i w ten sposób pomnażane.

Powódka opłacała regularnie składki zgodnie z warunkami zawartej umowy. W związku z tym, że inwestowane środki nie przynosiły spodziewanego zysku oraz w związku z wielością pobieranych opłat związanych z obsługą przedmiotowej umowy, powódka w dniu 13.05.2015r. złożyła oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia oraz zawnioskowała o wypłatę świadczenia wykupu. Powyższe pismo skutkowało zgodnie z § 23 ust. 1 OWU rozwiązaniem umowy ubezpieczenia.

W związku z rozwiązaniem umowy pozwane T. pismem z dnia 28.05.2015r. poinformowało powódkę, iż wartość i skład Rachunku Jednostek Funduszy wynosiła 50 103,27zł, Wartości Części Bazowej Rachunku wynosiła 49 967,83zł, natomiast Wartość Części Wolnej Rachunku wynosiła 135,44zł. Powódce wypłacono Świadczenie Wykupu stanowiące sumę Wartości Części Wolnej Rachunku oraz 40% Wartości Części Bazowej Rachunku tj. kwotę 20 122,57zł.

Pismem z dnia 8.12.2016r. powódka poinformowała pozwane T., iż w związku z niesłusznym zatrzymaniem przez ubezpieczyciela części zgromadzonych przez nią środków zamierza ona dochodzić zwrotu powyższej kwoty na drodze sądowej i jednocześnie zadeklarowała gotowość ugodowego załatwienia sprawy. W odpowiedzi na powyższe pismo pozwany oświadczył, że otrzymane przez powódkę świadczenie wykupu zostało ustalone zgodnie z postanowieniami OWU, które były powódce znane przed zawarciem umowy, zatem brak jest podstaw aby roszczenie powódki mogło zostać uwzględnione. W związku z powyższym pismem z dnia 17.01.2016r. A. K. wezwała stronę pozwaną do zwrotu pełnej wartości polisy w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. Powyższe wezwanie pozostało bez odpowiedzi.

Dodatkowo Sąd ustalił, że powódka pracuje w szpitalu jako lekarz stomatolog. Powyższą umowę zawarła z poprzednikiem pozwanego, kierując się rekomendacją innych lekarzy, którzy podpisali takie same umowy. A. K. spotkała się z agentem ubezpieczeniowym w dyżurce lekarskiej. Podczas spotkania trwającego około 15 minut, powódka została poinformowana o warunkach umowy oraz została powiadomiona przez agenta, że w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy zostanie obciążona dodatkowymi kosztami, nie zdawała sobie jednak sprawy w jakiej wysokości będą to koszty.

Dowód: zeznania powódki A. K. k. 174

Stan faktyczny w przedmiotowej sprawie był w zasadzie bezsporny. Obie strony postępowania twierdziły, że zawarły umowę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zaś w związku z wcześniejszym rozwiązaniem umowy, pozwany wypłacił powódce świadczenie wykupu w wysokości 20 122,57zł. Okoliczności te znalazły dodatkowo

potwierdzenie w przedłożonych przez strony dokumentach (we wniosku o zawarcie umowy, polisie, OWU, odstąpieniu od umowy, rozliczeniu z tytułu umowy nr(...), korespondencji między stronami postępowania).

Dodatkowo ustalając stan faktyczny Sąd oparł się na zeznaniach powódki **A. K.**, którym należało dać wiarę, zeznania te były bowiem spójne, układały się w logiczną całość i brak było podstaw aby je kwestionować.

Sąd oddalił wniosek dowodowy, w którym strona pozwana wносиła o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu wiedzy aktuarialnej – aktuarium. Jak wynika z tych dowodowych przedstawionych przez stronę pozwaną, aktuarium miał się wypowiedzieć na okoliczność prawidłowości kalkulacji ponoszonych przez pozwanego kosztów oraz ich wpływu na wysokość świadczeń określonych w umowie. W tym miejscu wskazać należy, że w odpowiedzi na pozew pozwany wskazał, że wnosi o dopuszczenie dowodów z zestawienia prowizji wypłaconych pośrednikowi ubezpieczeniowemu w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia z powódką oraz zestawienia kosztów dla przedmiotowej umowy. Pozwany dokumentów tych jednak nie dołączył do pozwu w związku z czym został wezwany do ich nadesłania w terminie 7 dni. Pomimo upływu wyznaczonego terminu wskazane wyżej dokumenty nie zostały dostarczone przez T.. W ocenie Sądu przywołane przez pozwanego dowody w postaci zestawienia prowizji oraz kosztów związanych ze sporną umową pozwoliłyby w pełni ustalić jakie koszty pozwany poniósł w związku z zawarciem przedmiotowej umowy. W takiej sytuacji powołanie biegłego aktuarium na tą samą okoliczność byłoby zbędne. Dowód z opinii biegłego z zakresu aktuarium nie wniósłby nic nowego do sprawy, a jedynie wpłynąłby na wydłużenie przedmiotowego postępowania i wzrost jego kosztów. Mając na uwadze powyższe Sąd oddalił wniosek dowodowy pozwanego, ponieważ to pozwany ponosi odpowiedzialność oraz związane z tym ujemne konsekwencje za to, iż nie przedłożył dowodów na które powoływał się w pozwie. Brak jest natomiast podstaw aby dopuszczać w sprawie kolejny, inny dowód jedynie z tego powodu, że strona zaniedbała swoim obowiązkom.

Sąd zważył, co następuje:

Powódka **A. K.** domagała się zasądzenia od strony pozwanej **V. L.T. S.A. V.** (...) w **W.** kwoty **29 980,70zł** zatrzymanej przez pozwanego po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Powódka kwestionowała zatrzymanie przez stronę pozwaną części zgromadzonych przez nią środków, jako niezasadnie pobranych. Podnosiła, że zawarta przez nią umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym tzw. polisolokata jest nieważna w całości, ponieważ jest ona sprzeczna z naturą umowy ubezpieczenia na życie w rozumieniu art. 805 k.c. w zw. z art. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Mając na uwadze przywołany wyżej przepis w ocenie Sądu nie sposób zgodzić się z twierdzeniami powódki, iż zawarta przez nią umowa jest nieważna. Obecna definicja kodeksowa umowy ubezpieczenia jest bardzo pojemna i uznać należy, iż mieści ona również w sobie umowę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Zgodnie z treścią polisy powódka zawarła z pozwanym ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia na życie i dożycie, zgodnie z którą ubezpieczyciel miał wypłacić świadczenie w przypadku zgonu powódki lub dożycia końca umowy ubezpieczenia. Celem umowy było jednak nie tylko ubezpieczenie na wypadek zajścia wymienionych wyżej zdarzeń, ale także gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia (OWU), celem funduszu był wzrost wartości aktywów funduszu poprzez lokowanie ich w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych. W przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, powódka miała otrzymać świadczenie z tytułu dożycia lub z tytułu śmierci. Zawarta przez powódkę umowa, miała zatem charakter złożony i łączyła w sobie elementy umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 805 i nast. k.c. jak również element inwestycyjny na co zezwalają przepisy ustawy na którą powoływała się powódka. Zgodnie bowiem z art 4. ust 11 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U.2017.1170 j.t.) zakład ubezpieczeń może bezpośrednio lub przez pośredników ubezpieczeniowych: pośredniczyć w zbywaniu i odkupywaniu jednostek uczestnictwa funduszy

inwestycyjnych lub tytułów uczestnictwa funduszy zagranicznych oraz funduszy inwestycyjnych otwartych z siedzibą w państwach należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EEA), na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1896, 1948 i 2260 oraz z 2017 r. poz. 724, 768 i 791). Ponadto przywołana ustawa dopuszcza taką formę ubezpieczenia, wymieniając ją w załączniku „Podział ryzyka według działań, grup i rodzajów ubezpieczeń” w dziale I w punkcie 3: Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe. Również wcześniej obowiązujące regulacje – ustawa o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 ze zm.), dopuszczała taką formę ubezpieczenia, wymieniając ją w załączniku „Podział ryzyka według działań, grup i rodzajów ubezpieczeń” w dziale I w punkcie 3. Wprawdzie w rozpoznawanej sprawie w zawartej umowie element inwestycyjny był dominujący, to jednak umowa ta stanowiła dopuszczalną prawem formę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Oznacza to, wbrew wywiadowi powódki, że pozwany ubezpieczyciel był uprawniony do podejmowania działalności ubezpieczeniowej z elementem kapitałowym, a zawarta umowa wprawdzie odbiega od klasycznej kodeksowej umowy ubezpieczenia, jednak jest ona dopuszczalna przez prawo i nie można przyjąć, iż jest ona sprzeczna z naturą ubezpieczenia.

Przy ocenie charakteru umowy z dnia 15.11.2010 r. nie można pominąć tego, że pozwany ubezpieczyciel udzielał powódce ochrony ubezpieczeniowej na wypadek zgonu lub dożycia do końca okresu odpowiedzialności, zaś w przypadku zaistnienia jednego z tych zdarzeń, zobowiązywał się spełnić świadczenie ubezpieczeniowe. Uiszczona przez powódkę składka pełniła zaś zarówno funkcję typowej składki w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu, jak również miała charakter inwestycji, przy czym ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego (zysku). Na podstawie zawartej umowy, ubezpieczyciel udzielał zatem ochrony ubezpieczeniowej na życie ubezpieczonego na wskazanych w umowie warunkach, zaś ubezpieczony obowiązany był do wpłacenia składki, która następnie była alokowana w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy według zasad szczegółowo opisanych w warunkach ubezpieczenia. Jak wynika z OWU to powódka decydowała w jakie pozycje inwestycyjne będą lokowane wpłacane przez nią środki (§17 OWU). To od powódki zatem zależało czy wpłacane przez nią środki będą inwestowane w bezpieczne fundusze obciążone niskim ryzykiem ale również związane z niewielkim zyskiem czy w „agresywne fundusze”, związane z większym ryzykiem, ale i możliwością uzyskania większego zysku. W pewnym zatem stopniu zysk lub strata uzależniona była od decyzji powódki. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, powódka lub osoba przez nią uposażona, mogła liczyć na wypłatę świadczenia, którego wysokość w przypadku skutecznego inwestowania, przekraczałyby wysokość wpłacanych składek lub w sytuacji nietrafnych inwestycji wysokość świadczenia mogła być niższa od wpłaconej kwoty. Nie można zatem zgodzić się z powódką, że ubezpieczyciel nie gwarantował żadnej ochrony powódce. Jak wynika bowiem z powyższego powódka mogła spodziewać się wypłaty świadczenia, którego wysokość zależała pośrednio również od jej decyzji. Podkreślić również należy, że jak wynika z OWU to powódka decydowała jaka część uiszczanej przez nią miesięcznej wpłaty zostanie przeznaczona na cele inwestycyjne. Wartość składki przeznaczonej na część ochronną w umowie ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest obojętna z punktu widzenia oceny ważności zawarcia umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ustawodawca nie określa żadnych preferencji co do natężenia funkcji ubezpieczeniowej lub inwestycyjnej badanej umowy, pozostawiając w tym zakresie rozstrzygnięcie woli stron, stosownie do ich indywidualnych uzgodnień. Skoro zatem przepisy nie wskazują jaki procent składki wpłacanej przez ubezpieczonego może być przeznaczany na cele inwestycyjne, przyjmując zatem należy, że możliwa jest sytuacja, w której cała wysokość składki będzie przekazywane na cele inwestycyjne.

W ocenie Sądu zatem element ubezpieczeniowy w przypadku łączącej strony umowy chociaż miał charakter drugorzędny, jednak nie można stwierdzić, że nie występował w ogóle. Podkreślić również trzeba też, że wprawdzie analizowana umowa nie zawierała gwarancji zwrotu kapitału, tym niemniej nie można zapominać, iż umowa ubezpieczenia nie jest umową wzajemną w rozumieniu art. 487 § 2 k.c., a jedynie dwustronnie zobowiązującą (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 października 2006 r., IV CSK 125/06, OSNC-ZD 2008/1/7).

Powódka wskazywała również, że po stronie pozwanej brak jest odpowiedzialności na zasadzie ryzyka za zdarzenie przyszłe i niepewne, ponieważ przynajmniej jedno z ze zdarzeń objętych rzekomą ochroną ubezpieczeniową musiało wystąpić w okresie obowiązywania ubezpieczenia (śmierć ubezpieczonego lub dożycie). Według Sądu nie można jednak zgodzić się z powyższymi twierdzeniami powódki, ryzyko pozwanego towarzystwa ubezpieczeń polegało bowiem na tym, że ubezpieczyciel nie miał wiedzy, które z tych zdarzeń nastąpi (czy śmierć ubezpieczonego, czy dożycie) a w przypadku każdego z tych zdarzeń wypłacane było inne świadczenie.

W związku z tym uznać należało, że strony zawarły dopuszczalną prawem umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Umowa ta stanowiła rodzaj umowy ubezpieczenia osobowego (art. 829 § 1 pkt 1 k.c.), w której wypadkiem ubezpieczeniowym była śmierć lub dożycie osoby ubezpieczonej. Umowa z dnia 15.11.2010 r. zawierała, essentialia negotii umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, do których należą: zobowiązanie ubezpieczyciela do wypłaty oznaczonego w umowie świadczenia (sumy ubezpieczenia) w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Z kolei świadczeniem ubezpieczyciela odpowiadało świadczenie ubezpieczającego, to jest zapłata składki. Występujący niejako przy okazji fundusz kapitałowy zawierał w sobie z jednej strony obowiązek ubezpieczyciela zarządzania na zlecenie ubezpieczającego aktywami ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, zaś świadczeniem ubezpieczonego była potrącana przez ubezpieczyciela z opłacanej składki opłata za zarządzanie. Charakteru spornej umowy nie zmieniał fakt, że wysokość świadczenia z tytułu dożycia i świadczenie z tytułu śmierci została odniesiona m.in. do wartości rachunku, obliczonej według cen jednostek funduszy z dnia wyceny danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Nie można zatem zgodzić się z twierdzeniami powódki, że zawarta przez nią umowa miała na celu obejście przepisów prawa w zakresie przepisów regulujących wykonywanie działalności reglamentowanych (np. działalności maklerskiej), skoro na możliwość prowadzenia działalności inwestycyjnej przez ubezpieczyciela wskazuje wprost przywołana wyżej ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Przechodząc zaś do kolejnego zarzutu podnoszonego przez powódkę, a mianowicie abuzywności postanowień OWU, zgodnie z którymi strona pozwana zatrzymała część zgromadzonych przez powódkę środków, wskazać należy, że stosownie do art. 385¹ § 1 k.c., aby dane postanowienie umowne mogło być uznane za niedozwolone musi spełniać cztery przesłanki, a to:

- 1) postanowienie nie zostało indywidualnie uzgodnione z konsumentem,
- 2) ukształtowane przez postanowienie prawa i obowiązki konsumenta pozostają w sprzeczności z dobrymi obyczajami,
- 3) powyższe prawa i obowiązki rażąco naruszają interesy konsumenta,
- 4) postanowienie umowy nie dotyczy sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron.

Cytowany przepis pozostaje w zgodzie z określeniem klauzuli niedozwolonej zawartym w art. 3 ust. 1 dyrektywy europejskiej nr 93/13 z dnia 5 kwietnia 1993 r. Zgodnie z tym przepisem klauzula jest niedozwolona, gdy naruszając zasadę wzajemnego zaufania powoduje nieuzasadnioną i istotną dysproporcję praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta.

Nie ulega wątpliwości, że w przedmiotowej sprawie została spełniona pierwsza z wymienionych przesłanek uznania postanowienia umownego za niedozwolone. Zakwestionowane postanowienia OWU nie były uzgadniane indywidualnie z powódką jako konsumentem. Powódka nie miała rzeczywistego wpływu na treść tych postanowień, albowiem zostały one umieszczone w gotowym wzorze OWU, który nie podlegał negocjacji. Jak wskazała A. K. podczas spotkania trwającego zaledwie kilkanaście minut, agent przedstawił jej ogólne warunki zawieranej umowy, bez możliwości podejmowania jakichkolwiek negocjacji. Podczas tak krótkiego spotkania powódka jedynie pobieżnie zaznajomiła się z przedstawionym jej wnioskiem o zawarcie umowy i podpisała przygotowany dokument. Niektórzy w judykaturze stoją nawet na stanowisku, że „postanowieniem indywidualnie uzgodnionym w myśl przepisu art. 385¹ §

1 k.c. nie jest postanowienie, którego treść konsument mógł negocjować, lecz takie postanowienie, które rzeczywiście powstało na skutek indywidualnego uzgodnienia” (por.: wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 20 maja 2015 r VI ACa 995/14 LEX nr 1771046). Pod pojęciem wzorca umownego, zgodnie z art. 384 k.c., należy rozumieć przygotowane z góry przez proponenta, przed zawarciem umowy, postanowienia kształtujące treść stosunku prawnego wiążącego strony, w szczególności wzory ogólnych warunków umowy. Umowa ubezpieczenia jest umową adhezyjną, co oznacza zawarcie jej poprzez przystąpienie do warunków zaproponowanych przez ubezpieczyciela, ustalonych we wzorcu. Zatem zastosowane przez stronę pozwaną OWU z całą pewnością stanowią wzorce umowne, które nie były uzgodnione indywidualnie z powódką.

Z kolei druga (sprzeczność z dobrymi obyczajami) i trzecia (rażące naruszenie interesów konsumenta) z przesłanek uznania postanowienia umownego za niedozwolone muszą zachodzić równocześnie. Przez dobre obyczaje rozumiemy pewien powtarzalny wzorzec zachowań, który jest aprobowany przez daną społeczność lub grupę. Są to pozaprawne normy postępowania, którymi przedsiębiorcy winni się kierować. Ich treści nie da się określić w sposób wyczerpujący, ponieważ kształtowane są przez ludzkie postawy uwarunkowane zarówno przyjmowanymi wartościami moralnymi, jak i celami ekonomicznymi i związanymi z tym praktykami życia gospodarczego. W szczególności dobre obyczaje to normy postępowania polecające nienadużywanie w stosunku do słabszego uczestnika obrotu posiadanej przewagi ekonomicznej. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami są zatem uważane działania wykorzystujące niewiedzę, brak doświadczenia konsumenta, naruszenie równorzędności stron umowy, działania zmierzające do dezinformacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności. Chodzi więc o działania potocznie określane jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające in minus od przyjętych standardów postępowania. 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. (por. wyrok SA w Warszawie z dnia 27 stycznia 2011 r VI ACa 771/10 LEX nr 8243347, wyrok SA w Warszawie z dnia 9 maja 2013 r VI ACa 1433/12 LEX nr 1335769). „Uchybienie zasadzie transparentności wzorca umożliwia uznanie konkretnego postanowienia wzorca za niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 kc” (por.: postanowienie SN z dnia 22 kwietnia 2015 r I CSK 720/14).

Na gruncie przedmiotowej sprawy dobrym obyczajem było, aby strona pozwana (ubezpieczyciel profesjonalista) zagwarantowała pewność i przejrzystość stosunku prawnego, jaki łączy ją z powódką (konsumentem). Strona pozwana wprowadzając wzorzec umowy do obrotu z konsumentami powinna go zredagować w taki sposób, aby był w pełni zrozumiały dla powódki i nie budzący wątpliwości, a świadczenia na rzecz powódki powinny być określone wyraźnie i jasno. A. K. otrzymując umowę powinna wiedzieć, jakich dodatkowych świadczeń będzie od niej wymagała strona pozwana i powinna bez trudu obliczyć wartość tych świadczeń.

W treści polisy oraz w OWU (§ 23) pozwany wprowadził pojęcie tzw. „świadczenia wykupu”. W przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy powódka nie otrzymywała kwoty zgromadzonej na swoim rachunku, ale musiała zapłacić za spieniężenie jednostek funduszy znajdujących się na jej rachunku. Najistotniejsze jest jednak to, że nie otrzymywała równowartości tych funduszy, ale tylko ich część, gdyż strona pozwana zatrzymała dla siebie określony procent tej kwoty. Powyższe kryło się pod definicją „Wysokość Świadczenia Wykupu” zgodnie z definicją przywołanego pojęcia, świadczenie to na „dany dzień jest równe Wartości Części Wolnej Rachunku oraz określonego procentu Wartości Części Bazowej Rachunku wskazanego w ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU” (§ 23 ust. 5). Tabela znajdująca się w ust. 15 Załącznika nr 1 OWU zatytułowana jako: „Określony procent Części Bazowej Rachunku wypłacany ubezpieczonemu w przypadku odpisania Jednostek Funduszy z Części Bazowej Rachunku w związku z całkowitą lub częściową wypłatą Świadczenia Wykupu” przewidywała w przypadku rozwiązania umowy (zawartej na okres 20 lat) w piątym roku od jej zawarcia wypłatę 40% Części Bazowej Rachunku. Co prawda agent ubezpieczeniowy oferujący powódce opisywany produkt informował A. K., iż w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy zostanie ona obciążona dodatkowymi kosztami, jednak nie wyjaśnił jakiej wysokości będą to koszty i na jakiej zasadzie można je wyliczyć. W ocenie Sądu nie jest przekonującym argumentem fakt, iż jak wynika z treści wniosku o zawarcie umowy powódka przed podpisaniem umowy otrzymała OWU, znała jego treść i zgodnie z § 6 ust. 2 OWU mogła odstąpić od zawartej umowy w terminie 30 dni od daty doręczenia polisy. Zwrócić bowiem należy, że przedstawione

w przywołanym dokumencie wyjaśnienie pojęcia „świadczenia wykupu” jest na tyle skomplikowane, że nie sposób zgodzić się z twierdzeniami pozwanej, że w każdej chwili bez żadnej trudności ubezpieczony mógł wyliczyć powyższą kwotę, a tym samym już przed zawarciem umowy powódka miała świadomość z jakimi kosztami będzie związane wcześniejsze rozwiązanie umowy. Definicja świadczenia wykupu odsyła bowiem do innych skomplikowanych pojęć takich jak „Wartości Części Wolnej Rachunku oraz Wartości Części Bazowej Rachunku” oraz do załącznika do OWU. Dla zwykłego konsumenta wyliczenie powyższej kwoty przez liczne odesłania staje się znacznie utrudnione, skomplikowane i w zasadzie niemożliwe do ustalenia, w szczególności podczas zawierania umowy kiedy klient nie zna wartości części bazowej czy części wolnej rachunku. Dla ubezpieczonego są to pojęcia abstrakcyjne i ciężko jest wyobrazić sobie jaką mogą one przyjąć wartość po upływie kilku lat. Tym bardziej, że poddając analizie definicje wskazanych wyżej pojęć, uznać należy, że wcale nie wyjaśniają one w sposób jednoznaczny i zrozumiały sensu tych sformułowań. Zgodnie bowiem z § 2 ust. 1 pkt 33 OWU „Wartość Części Bazowej Rachunku – to stanowiąca Część Bazową Rachunku wartość środków zapisanych w danym dniu na Rachunku Jednostek Funduszy, obliczona jako liczba Jednostek Funduszy pomnożona przez właściwe Ceny Jednostek Funduszy, powiększona o wartość gotówki”. Przywołana definicja odwołuje się do kolejnych pojęć takich jak „jednostki funduszu”, „część bazowa rachunku”, „rachunek jednostek funduszy”. Zgodnie zatem z dalszymi definicjami zawartymi w § 2 OWU „Część Bazowa Rachunku – to część środków zapisanych na Rachunku Jednostek Funduszy pochodzących ze Składki Regularnej należnej za Okres Bazowy”, zaś „Jednostki Funduszu – to części Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego stanowiące proporcjonalny udział w jego aktywach netto”, natomiast „Rachunek Jednostek Funduszy – to wyodrębniony dla danej umowy rejestr środków prowadzony przez Ubezpieczyciela, na którym zapisywana jest wartość środków stanowiących podstawę dla ustalenia wysokości świadczeń wynikających z Umowy, wyrażony poprzez Jednostki Funduszy lub w przypadkach określonych w OWU bezpośrednio w gotówce, którego aktualna wartość ustalana jest w oparciu o Ceny Jednostek Funduszy. W ramach Rachunku Jednostek Funduszy wyróżnia się Część Bazową oraz Część Wolną”. Z kolei pojęcie Okres Bazowy do którego odsyła definicja Części Bazowej Rachunku – to „okres pierwszych siedmiu Lat Polisy, z zastrzeżeniem § 15 ust. 6”. Podobnie zdefiniowanej jest pojęcie „wartości części wolnej rachunku”.

Jak wynika z powyższego przywołane definicje zamiast wyjaśniać poszczególne pojęcia, czynią je coraz bardziej niezrozumiałymi poprzez odesłania do kolejnych definicji. Dla konsumenta zawierającego umowę przywołane definicje nie stanowią żadnego wyjaśnienia i wcale nie stają się pomocne przy ustaleniu wysokości kwoty „świadczenia wykupu”, a wręcz przeciwnie czynią owe świadczenie w zasadzie niemożliwym do wyliczenia. Ponadto dla strony zawierającej umowę nie jest wiadome jakie kwoty kryją się pod pojęciem „części środków zapisanych na Rachunku Jednostek Funduszy” (definicja pojęcia części bazowej rachunku) skoro części te nie zostały określone ani kwotowo ani procentowo. W ocenie Sądu brak jest zatem możliwości aby na podstawie przywołanych definicji jakimi dysponuje klient w momencie podpisywania umowy ustalić jaką kwotę ubezpieczony uzyska w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy. W świetle powyższego, twierdzenia pozwanej jakoby w każdej chwili powódka bez żadnych przeszkód z łatwością mogła ustalić wysokość świadczenia wykupu wydają się być absurdalne. Wskazać w tym miejscu również należy, że nawet dysponując końcowym rozliczeniem z tytułu umowy zawartej z powódką i znając wartość oraz skład rachunku jednostek funduszy (50 103,27zł) nie jest zrozumiałe w jaki sposób została ustalona wartość części bazowej rachunku (49 967,83zł) oraz wartość części wolnej rachunku (135,44zł), a pojęcia te mają kluczowe znaczenia dla ustalenia wysokości świadczenia wykupu. Według Sądu powyższe świadczy dobitnie o braku jasności, przejrzystości i jednoznaczności postanowień OWU regulujących kwestię świadczenia wykupu.

Reasumując strona pozwana, poprzez odwoływanie się we wzorcach OWU do niejasnych i niezrozumiałych pojęć i definicji, znacznie utrudniła - a wręcz uniemożliwiła – powódce zdefiniowanie obowiązków wynikających z umowy oraz wyliczenie świadczenia wykupu. Ma to istotne znaczenia dla przedmiotowej sprawy, albowiem na etapie zawierania umów kwestia dodatkowych obowiązków, kosztów związanych z jej rozwiązaniem, zazwyczaj nie leży w sferze przewidywań, znaczącego zainteresowania konsumenta. Strona pozwana nie powinna wykorzystywać faktu, że to ona sama opracowuje wzorce OWU. Poprzez stosowanie kwestionowanych postanowień OWU powódka została narażona na dyskomfort, poczuła się oszukana, co w relacjach między profesjonalistą a konsumentem nie powinno

mieć miejsca. Należy dodać, że umowa ubezpieczenia jest określana jako umowa najwyższego zaufania, od stron tej umowy wymaga się przede wszystkim szczególnej lojalności i zaufania.

Jak była mowa powyżej sprzeczne z dobrymi obyczajami są uznawane te postanowienia umów, które kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób nie pozwalający na realizację takich wartości jak: uczciwość, rzetelność, fachowość, w tym takie, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku prawnego, nierównomiernie rozkładają między nimi uprawnienia i obowiązki, powodując istotną i nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków kontraktowych na niekorzyść konsumenta, przy czym dla uznania ich za niedozwolone muszą one rażąco naruszać interes majątkowy, osobisty konsumenta (por.: por. A. Olejniczak „Kodeks cywilny. Komentarz”, wyrok SN z dnia 13 lipca 2005 r I CK 832/2004 Pr. Bankowe 2006/3, wyrok SN z dnia 3 lutego 2006 I CK 297/2005 Wokanda 2006/7-8).

Interesy konsumenta należy rozumieć szeroko, nie tylko jako interes ekonomiczny, ale też każdy inny, chociażby niewymierny. Przy określeniu stopnia naruszenia interesów konsumenta należy stosować nie tylko kryteria obiektywne, jak wielkość poniesionych czy grożących strat, lecz również względy subiektywne. Jeżeli chodzi o rażące naruszenie interesów konsumenta to przyjmuje się, że występuje ono wówczas, jeżeli postanowienie umowne poważnie, znacząco odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron.

W przedmiotowej sprawie naruszenie interesów konsumenta przejawiało się przede wszystkim w sferze ekonomicznej. Poprzez kwestionowane postanowienia umowne strona pozwana nadała sobie uprawnienia do zatrzymania części środków zgromadzonych przez powódkę (60%), co spowodowało realne uszczuplenie jej majątku i straty finansowe. Wypłacając powódce jedynie świadczenie wykupu w wysokości 20 122,57zł, pozwany zatrzymał kwotę 29 980,70zł z łącznych środków zgromadzonych w ciągu 5 lat trwania umowy. Nie można pominąć także faktu, że strona pozwana przez 5 lat obracała środkami finansowymi powódki, a A. K. nie otrzymała z tego tytułu żadnego wynagrodzenia, ani nawet kwoty nominalnej, a co więcej potocznie rzecz ujmując „dopłaciła” stronie pozwanej za dysponowanie tymi środkami.

Należy podkreślić, że z OWU nie wynika, dlaczego strona pozwana zatrzymuje na swoją rzecz tak znaczną część środków zgromadzonych przez powódkę. Zdaniem Sądu zatrzymanie tych środków stanowi swoistą sankcję za rezygnację z umowy, nie powiązując jej wysokości z realnie poniesionymi wydatkami czy ryzykiem ekonomicznym, trudno przypisać jej charakter odszkodowawczy. Pozwany wskazywał, że wysokie koszty związane z prowadzeniem polisolokat pokrywane są z wieloletnich składek opłacanych przez ubezpieczonych. Tylko umowa, która trwa przez zakładany okres czasu (w rozpoznawanej sprawie 20 lat) pozwala na pokrycie wszelkich kosztów jakie już na wstępie uiszczył ubezpieczyciel. Wskazać jednak należy, że znaczna część kosztów funkcjonowania strony pozwanej oraz jej ryzyko pokrywane są z licznych opłat wymienionych w OWU, takich jak: opłata wstępna, opłata za udzielenie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, opłata za ryzyko, opłata administracyjna, opłata za zarządzanie aktywami Rachunku Jednostek Funduszy, opłata za zarządzanie aktywami Portfeli Modelowych, opłaty operacyjne oraz inne opłaty z tytułu dodatkowych usług oferowanych przez ubezpieczyciela. Wypada podkreślić, że opłaty te pobierane były co miesiąc lub co rok, czyli były regulowane na bieżąco. W przedmiotowej sprawie powódka uiszczała składki przez okres pięciu lat, a zatem część kosztów związanych z prowadzeniem polisolokaty została przez nią opłacona. Jak podkreślał pozwany, najistotniejszymi kosztami związanymi z umową, są koszty akwizycji w tym prowizja wypłacona agentowi. Należy jednak zaznaczyć, że powódkę nie łączył z agentem żaden stosunek prawny. Wysokość prowizji została ustalona niezależnie od woli i wiedzy powódki. Ponadto wynagrodzenie agenta nie wchodzi także do katalogu opłat zawartego w OWU, a zatem brak było podstaw do uznania, że ten koszt powinna ponieść powódka. Jeśli pozwany wypłacił agentowi całą prowizję zaraz po zawarciu umowy, to tylko on ponosi za to odpowiedzialność, ponieważ tylko od ubezpieczyciela zależało w jaki sposób ukształtował umowę z agentem. Prawidłową zaś praktyką powinno być rozkładanie prowizji na transze, uzależnianie od okresu, przez jaki trwała umowa. Odpowiedzialność za wysokie koszty akwizycji nie mogą zostać w związku z tym przerzucane na powódkę. Koszty akwizycji są to koszty wynikające z ryzyka prowadzenia działalności gospodarczej przez ubezpieczyciela i jako takie nie mogą mieć związku z zatrzymaną przez pozwanego kwotą. Gdyby w umowie zostało wprost wskazane w jakiej konkretnie kwocie prowizja w związku z zawarciem umowy została wypłacona agentowi, wówczas rzeczywiście regulacja taka mogłaby stanowić podstawę do tego, aby pewne kwoty potrącić z wypłacanego świadczenia, tym bardziej, że konsument znając te kwoty mógłby

ocenić ryzyko, jakie wiązałoby się z wycofaniem się z umowy. O tym wszystkim powinien on być jednak powiadomiony wcześniej, w momencie zawierania umowy, kiedy to ubezpieczyciel winien wskazać wszystkie realne koszty, jakie będą wiązały się z odstąpieniem od umowy przed upływem okresu na jaki umowa została zawarta. Jeśli jednak ubezpieczony nie został o tym poinformowany to nie można obciążać go tymi kosztami.

Pozwany wskazał, że „precyzyjne wyliczenie kosztów w części przypadającej na umowę ubezpieczenia zawartą przez powoda nie jest możliwe, niemniej mają one realne znaczenie dla kalkulacji Świadczenia Wykupu wypłacanej w związku z rozwiązaniem umowy”, skoro zatem ustalenie dokładnych kosztów związanych z prowadzeniem polisolokaty nie jest możliwe to w jaki sposób koszty te mogą decydować i wpływać w realny sposób na wysokość opłaty likwidacyjnej? W rozpoznawanej sprawie mając na uwadze, że pozwany nie przedłożył dowodów w postaci zestawienia kosztów związanych z zawartą umową brak jest możliwości weryfikacji w jakiej części zatrzymana przez pozwanego kwota służyła pokryciu kosztów poniesionych przez pozwanego w związku z wcześniejszym rozwiązaniem umowy, a w jakiej części kwota ta stanowi czysty zysk dlaT.. Pozwany w żaden sposób swych twierdzeń odnośnie konieczności pokrycia z zatrzymanej kwoty wysokich kosztów związanych z zawartą umową nie wykazał, nie przedstawił żadnych wyliczeń ani nie zaoferował żadnych dowodów na powyższą okoliczność.

Wbrew temu co twierdzi pozwany, iż nie jest on zobowiązany do podawania co składa się na zatrzymaną przez niego kwotę i z czego ona wynika, informacje te mają kardynalne znaczenie dla oceny niedozwolonego charakteru tego postanowienia umownego w świetle art. 385¹ § 1 k.c. Aspekt informacyjny ma doniosłe znaczenie ze względu na nadal niezadowalający poziom wiedzy i świadomości prawnej konsumentów jako słabszej w stosunku do profesjonalnego kontrahenta strony stosunku zobowiązaniowego. Wyjaśnienie konsumentowi w postanowieniach ogólnych warunków umów mechanizmu wyliczania kwoty jaką w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy „straci”, pozwoli ubezpieczającemu realnie ocenić wszystkie aspekty proponowanej przez pośrednika umowy ubezpieczenia ora ustalić, czy zawarcie umowy jest dla konsumenta rzeczywiście korzystne z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, które mogą nastąpić w przyszłości i skłonić go do ewentualnego wcześniejszego rozwiązania tej umowy. W postanowieniach badanego wzorca umownego nie ma jednoznacznego wskazania, z jakiego tytułu i na jaki cel przeznaczana jest zatrzymana przez pozwanego kwota w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy. Takie więc niczym nieuzasadnione pobranie od konsumenta znacznej kwoty ze zgromadzonych przez ubezpieczonego środków jest niezgodne z dobrymi obyczajami, wymagającymi lojalności przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz jasnych i przejrzystych postanowień umownych bez zatajania jakichkolwiek okoliczności wpływających na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta w razie zawarcia umowy.

Wskazać w tym miejscu również należy, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w umowie ubezpieczenia na życie, jeżeli jest związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o której mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń określa tytuły i wysokość opłat pobieranych ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub przez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Podobne regulacje znajdowały się również we wcześniej obowiązującej ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Wbrew zatem temu co twierdzi pozwany jest on zobowiązany do informowania klientów co wchodzi w skład pobieranych (zatrzymywanych) przez niego opłat i na jakiej zasadzie są one wyliczane.

W przedmiotowej sprawie pozwany podnosił, że wypłacane przez niego świadczenie wykupu stanowi główne świadczenie stron, co wyklucza objęcie powódki ochroną przewidzianą w art. 385¹ § 1 kc.

Pojęcie "główne świadczenia stron" w rozumieniu art. 385¹ § 1 zdanie drugie k.c. było wielokrotnie przedmiotem wykładni w piśmiennictwie i orzecznictwie. W doktrynie i w judykaturze spotkać można się z różnymi poglądami w tym zakresie również w odniesieniu do świadczenia wykupu czy też opłaty od wykupu. Chociaż zetknąć się można z poglądem zgodnie, z którym wymienione wyżej opłaty można zakwalifikować do świadczeń głównych stron, to w ocenie Sądu bardziej przekonujące oraz powszechniejsze jest stanowisko przeciwne. W doktrynie wskazuje się, że pojęcie „główne świadczenia stron” należy interpretować raczej wąsko. Główne świadczenia stron wyznaczone

są przez essentialia negotii umów nazwanych, gdyż to one określają najbardziej istotne dla stron zachowanie dłużnika, bezpośrednio zmierzające do zaspokojenia interesu wierzyciela w danym stosunku zobowiązaniowym. Essentialia negotii umowy nie podlegają kontroli, chyba że zostaną sformułowane w sposób niejednoznaczny. Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym uważana jest za umowę ubezpieczenia, co wynika z bardzo szerokiej definicji tej umowy zawartej w art. 805 k.c. Umowa ubezpieczenia jest umową nazwaną, czyli taką, której essentialia negotii zostały normatywnie wyodrębnione. Immanentną cechą umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest wyraźne wyodrębnienie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz jego odrębne administrowanie. W literaturze przedmiotu zdefiniowano przedmiotowo istotne elementy takiej umowy i przedstawiono jej definicję. Świadczenia wykupu nie można uznać za główne świadczenie stron. Zawarta pomiędzy stronami umowa, nawet gdyby w ogóle nie regulowała kwestii wykupu całkowitego nadal byłaby tzw. umową o polisokatę, bowiem essentialia negotii tego stosunku prawnego są inne. Głównym świadczeniem stron w przypadku umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest po stronie pozwanego przedsiębiorcy udzielanie ochrony ubezpieczeniowej, zaś po stronie konsumenta zapłata składki ubezpieczeniowej, fundusz jest niejako przy okazji, w związku z możliwością zaoszczędzenia dodatkowych środków na przyszłość (wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie, z dnia 7 lutego 2017 r., Sygn. akt V Ca 1195/16, por.: M. Orlicki (w) J. Panowicz-Lipska „System prawa prywatnego. Prawo zobowiązań – część szczegółowa” Warszawa 2004, por. Z. Gawlik „Kodeks cywilny. Komentarz”. LEX).

W podobny sposób wypowiedział się również Sąd Okręgowy w Tarnowie, który w wyroku z dnia 23.02.2017r. sygn. akt I Ca 407/16 wskazał, że „opłata likwidacyjna, czy też Świadczenie wykupu nie stanowią świadczenia głównego umowy. W przedmiotowej sprawie do głównych świadczeń stron należało spełnienie przez ubezpieczyciela danego świadczenia w przypadku zajścia określonego w umowie wypadku, a także opłacanie składki ubezpieczeniowej przez powoda. Tylko postanowienia bezpośrednio regulujące wskazane kwestie można zaliczyć do postanowień określających główne świadczenia stron. Umieszczone w OWU zapisy dotyczące obliczania wysokości opłaty likwidacyjnej czy opłaty od wykupu w przypadku rozwiązania umowy przed upływem okresu czasu, na który została zawarta, regulują świadczenia poboczne, związane jedynie pośrednio z głównym przedmiotem umowy”.

Inne podejście powodowałoby, że celem umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym byłoby to, aby konsument mógł ją rozwiązać przed terminem i skorzystać ze „świadczenia wykupu”, czyli wypłaty zgromadzonych na rachunku środków po ich obciążeniu różnego rodzaju opłatami. Takie podejście jest nieracjonalne, gdyż konsument w momencie zawierania umowy na czas określony nie ma na celu jej wcześniejszego rozwiązania. Taki zamiar pojawia się dopiero w późniejszym etapie wykonania umowy, np. w momencie, w którym zgromadzony kapitał nie przynosi zysku, a bieżące opłaty pobierane przez ubezpieczyciela powodują dodatkowe straty. W pojęciu świadczenia głównego mieszczą się jedynie podstawowe świadczenia w ramach danej umowy, a inne warunki mają w tym zakresie jedynie charakter posiłkowy.

Zgodnie z poglądem przedstawionym przez Wojciecha Kamińskiego – Radcy Prezesa w Departamencie Ochrony Interesów Konsumentów UOKiK „w klasycznym ujęciu ubezpieczenie kapitałowe to ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycie. W nieklasycznym to ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Tym, co różnicuje dwa zasadnicze typy ubezpieczeń kapitałowych to to, że w tym pierwszym ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę określonego kapitału – sumy na dożycie. W przypadku ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (ufk), ubezpieczyciel nie daje takiej gwarancji. Ubezpieczyciel działa na zlecenie ubezpieczającego, a umowa przypomina zarządzanie powierzonymi aktywami na zlecenie. W ubezpieczeniu tym to konsument ponosi finansowe konsekwencje inwestycji. Inaczej mówiąc ryzyko inwestycyjne, a tym samym ryzyko nietrafionych decyzji i złej koniunktury na rynkach finansowych, obarcza konsumenta, a nie ubezpieczyciela. Powyższe obrazuje, że główne świadczenie w ubezpieczeniu z ufk musi być inne niż w przypadku ubezpieczenia na dożycie. W szczególności nie może nim być wartość wykupu, czyli wartość aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Wartość wykupu jest niemożliwa do ustalenia w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia z ufk. Jej wartość jest określana na bieżąco w trakcie trwania ubezpieczenia. Podlega ona zmianie tak, jak zmienia się wycena nabytych aktywów. O wartości wykupu decyduje koniunktura na rynkach finansowych, a nie gwarantowana stopa techniczna. Ze

względem na swoją nieokreśloność wartość wykupu nie jest możliwa do objęcia konsensusem stron. Z tego względu nie może stanowić przedmiotu świadczenia. Brak konsensusu co do tak pojętego „świadczenia” czyniłby umowę niezawartą. Oznacza to, że skoro wartość wykupu nie może być świadczeniem głównym w umowie ubezpieczenia z ufk, to jest nim innego rodzaju zachowania ubezpieczyciela. Tym innym zachowaniem, a zarazem świadczeniem głównym jest zarządzanie środkami na zlecenie. To ten sposób zachowania ubezpieczyciela jest uzgodniony przez strony. Jest wystarczająco określony, a nade wszystko stanowi ekwiwalent świadczenia ubezpieczającego, jakim jest wynagrodzenie za inwestowanie środkami (tzw. opłata za zarządzanie). Wartość polisy jako „świadczenie” nie ma swojego ekwiwalentu(...)” (artykuł Wojciecha Kamieńskiego z Departamentu Ochrony Interesów Konsumentów i Krzysztofa Lehmana z Delegatury w Bydgoszczy, który ukazał się 19 maja 2015 r. w Dzienniku Gazecie Prawnej oraz Wojciech Kamieński - Główne świadczenia stron umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym - Rozprawy Ubezpieczeniowe nr 17 (2/2014), <https://rf.gov.pl/>).

Świadczenie główne spełniane w związku z trwaniem umowy należy zatem odróżnić, od świadczenia spełnianego wskutek tego, że umowa ustała.

Warunki mające charakter posiłkowy względem postanowień umowy definiujących samą istotę obowiązku dłużnika z danego stosunku prawnego, nie mogą być objęte pojęciem głównych świadczeń w rozumieniu art. 385¹ § 1 zdanie drugie k.c. Zauważyć również należy, że użycie w ustawie zwrotu "postanowienia określające główne świadczenia stron" przemawia przeciwko ich rozszerzeniu na takie postanowienia, które tylko dotyczą głównych świadczeń lub są z nimi związane (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2015 r., I CSK 800/14, OSNC 2016/9/105, Biul.SN 2016/1/10). Ponadto cel abstrakcyjnej kontroli postanowień wzorców umownych nie przemawia za szerokim rozumieniem formuły „postanowień określających główne świadczenie stron”. Sporne postanowienia OWU nie charakteryzują i nie oznaczają świadczenia głównego, lecz go "dotyczą", stanowiąc jedno z wielu ograniczeń zakresu obowiązku świadczenia. Nie można im zatem przypisać znaczenia podstawowego w omawianym stosunku prawnym.

Na marginesie wspomnieć jedynie wypada, że gdyby uznać, iż świadczenie wykupu jest świadczeniem głównym, to i tak biorąc pod uwagę to w jak niejasny sposób pojęcie to zostało sformułowane (o czym mowa była wyżej) podlegałoby ono kontroli Sądu.

Dokonując oceny abuzywności zakwestionowanych postanowień OWU nie trudno zauważyć ich podobieństwa do klauzuli wymienionej w pkt 17 art. 385³ kc.

Klauzule wymienione w tym przepisie nie są per se niedozwolonymi postanowieniami umownymi, a stanowią tzw. listę szarych klauzul, które dopiero po ocenie z zastosowaniem kryteriów przewidzianych w art. 385¹ kc pozwalają na uznanie, czy w konkretnym przypadku postanowienie wzorca należy zakwalifikować jako klauzulę abuzywną.

W toku postępowania pozwany nie wskazał w sposób wyraźny z jakiego tytułu zatrzymuje część środków zgromadzonych przez powódkę, tłumacząc konieczność pobrania tej kwoty z uwagi na potrzebę pokrycia kosztów oraz z powodu utraty spodziewanych korzyści – zysku. W OWU brak jest jednak zapisu, który wskazywałby na funkcję kompensacyjną pobieranej kwoty.

Zatrzymywana przez pozwanego kwota stanowi świadczenie konsumenta, nie będące świadczeniem głównym, za bliżej nie określone czynności pozwanego, a pobierana jest w razie wypowiedzenia przez ubezpieczonego umowy. Z powyższego wynika, iż ubezpieczyciel przewidział dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami. Zatrzymana przez pozwanego kwota nie ma więc charakteru świadczenia odszkodowawczego zatem w drodze analogii można uznać, iż zakwestionowane postanowienie wzorca podpada jednak pod dyspozycję art. 385³ pkt 17 k.c. zwłaszcza wobec faktu, iż katalog klauzul szarych zawartych w przepisie art. 385³ k.c. nie jest zamknięty. Zakwestionowane przez powódkę postanowienie dotyczące świadczenia wykupu narusza dobre obyczaje gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela w pierwszych latach trwania umowy dużej części wpłaconych środków, niezależnie od tego, czy zakwalifikuje się ją jako swojego

rodzaju „odstępne” czy też po prostu sankcję finansową – w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Jest zrozumiałe, że pozwany pozostaje zainteresowany jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania, jednak mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może polegać na obciążaniu ich, w przypadku wcześniejszego wypowiedzenia przez nich umowy, wysokimi opłatami, których dodatkowo charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w ogólnych warunkach umowy w sposób prosty i zrozumiały wyjaśnione.

Jak wskazał Sąd Najwyższy przedsiębiorca może stosować postanowienia wzorca umownego określające zasady odpowiedzialności finansowej konsumenta w przypadku wcześniejszego wypowiedzenia umowy, ale zasady tej odpowiedzialności muszą pozostawać w związku z kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy (Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych z dnia 19 marca 2007 r. III SK 21/06, OSNP 2008/11-12/181). Uzasadnieniem prawnym dla pobieranych opłat nie może być tylko to, że wypłaty takie powodują powstanie kosztów po stronie instytucji gdy koszty te nie zostały odpowiednio skalkulowane. Oznacza to możliwość korelowania obowiązku zapłaty wynagrodzenia (opłaty) za określone, dające się jurydycznie wyodrębnić świadczenie ze strony instytucji (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13.07.2005r. (sygn. I CK 832/04, Pr. Bankowe 2006/3/8, Biul.SN 2005/11/13). Według zaś Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6 września 2012 r. (VI ACa 458/12, LEX nr 1240299) zasady odpowiedzialności konsumenta za wcześniejsze rozwiązanie umowy muszą pozostawać w związku z rzeczywistymi kosztami i ryzykiem ponoszonym przez przedsiębiorcę. Również wynagrodzenie pozwanego winno pozostawać w proporcji do zapewnianych przez niego świadczeń w zakresie pomnażania deponowanego kapitału.

Trzeba przy tym zauważyć, że wzorzec umowy przewidujący, jak w niniejszej sprawie, że w razie rezygnacji przez ubezpieczonego z kontynuowania umowy ubezpieczenia traci on dużą część zgromadzonych środków, bezsprzecznie narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela dużej części środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Zapis taki rażąco narusza interes konsumenta gdyż prowadzi do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas, gdy ten ostatni zgromadzi na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości. (tak: Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 14 maja 2010 r., sygn. akt: VI ACa 1175/09).

W tym miejscu przywołać należy wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 r. (I CSK 149/13, LEX nr 1413038), w którym zostało wskazane wprost, że „postanowienie ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przewidujące, że w razie wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego przed upływem 10 lat od daty zawarcia umowy, ubezpieczyciel pobiera opłatę likwidacyjną powodującą utratę wszystkich lub znacznej części zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego środków finansowych, rażąco narusza interesy konsumenta i stanowi niedozwolone postanowienie umowne w świetle art. 385¹ zdanie pierwsze k.c.” Tzw. opłaty likwidacyjne muszą bowiem pozostawać w realnym związku z kosztami, jakie faktycznie ponosi ubezpieczyciel w związku z umową ubezpieczenia. Natomiast nie jest dopuszczalnym zastrzeżenie wysokich i niewspółmiernych opłat likwidacyjnych jako swoistej sankcji za przedterminowe wypowiedzenie umowy. Na równi z opłatami likwidacyjnymi traktować należy obniżenie tzw. świadczenia wykupu. (Tomasz Partyk, Obciążenie konsumenta tzw. opłatą likwidacyjną lub obniżenie tzw. świadczenia wykupu jako niedozwolone postanowienia umowne). W podobny sposób wypowiedziały się również inne sądy (wyrok Sądu Okręgowego w Nowym Sączu z dnia 12.06.2014r, III Ca 239/14 niepubl., wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 20 marca 2014 r., II Ca 1501/13 niepubl., Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 kwietnia 2013 r., VI ACa 1324/12, LEX nr 1331146, wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 12 lutego 2013 r., V Ca 3013/12, niepubl., wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6 września 2012 r., VI ACa 458/12, LEX nr 1240299, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26 czerwca 2012 r., VI ACa 87/12, LEX nr 1220721, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 14 maja 2010 r., VI ACa 1175/09, LEX nr 694224)

Wskazać w tym miejscu również należy, że w rejestrze klauzul niedozwolonych figurują postanowienia wzorców umownych dotyczące opłat likwidacyjnych, o które pomniejszono kwotę wykupu w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (wyroki Sądu Okręgowego w Warszawie - Sąd

Ochrony Konkurencji i Konsumentów sygn. XVII AmC 1704/09, XVII AmC 1941/11, XVII AmC 3669/10, pozycja 3834 w rejestrze, a także wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów sygn. XVII AmC 974/11, pozycja 4633 w rejestrze). Konsekwencją wyroków Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Warszawie oraz odwołujących się do nich wyroków sądów powszechnych, uznających opłatę likwidacyjną za niedozwolone postanowienia umowy, była zmiana sposobu pobrania tej opłaty. W miejsce opłaty likwidacyjnej pojawiło się adekwatne umniejszenie kwoty wykupu. Prowadzi to do efektu identycznego z pobraniem opłaty likwidacyjnej. W ocenie Sądu pozwany ubezpieczyciel jako profesjonalista na rynku ubezpieczeń musiał zdawać sobie sprawę z tego, że takie a nie inne skonstruowanie umów ubezpieczeń w sposób niedopuszczalny kształtuje jego świadczenie, zastrzega korzyści jedynie dla ubezpieczyciela, ukrywa pod skomplikowane brzmiącymi tautologiami metodę ustalenia wartości świadczenia wykupu, której wysokość jest zaniżana celem pobrania dodatkowej niczym nie uzasadnionej opłaty stanowiącej zysk ubezpieczyciela. Rejestr klauzul niedozwolonych jest jawny, zaś pozwany ubezpieczyciel powinien był wiedzieć, konstruując swoje produkty, że zawiera w nich niedozwoloną klauzulę dotyczącą opłaty likwidacyjnej, stosując jedynie inną nazwę i inny sposób wyliczenia ukrytej opłaty. Cel opłaty likwidacyjnej oraz znaczne, niczym nieuzasadnione pomniejszenie kwoty wykupu mają w rzeczywistości ten sam cel- osiągnięcia przez pozwanego T. dodatkowego zysku. Zdaniem sądu opracowanie takiego produktu musiało być świadome i nacelowane na osiągnięcie zysków kosztem wpłat ubezpieczonego.

Nie można również pominąć faktu, że z dołączonej do pozwu decyzji Nr (...)Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nałożył na (...) Spółka Akcyjna w W. w odniesieniu do umów do których zastosowanie mają między innymi OWU indeks (...) obowiązek zwiększenia części Świadczenia Wykupu ustalonej w oparciu o Część Bazową Rachunku obliczoną zgodnie z warunkami zawartej, poprzez zwiększenie jej udziału procentowego w w/w. Części Bazowej Rachunku do takiego poziomu aby w/w. Część Świadczenia Wykupu była w pierwszym roku obowiązywania polisy nie mniejsza niż 71% ww. w Części Bazowej Rachunku, a w każdym kolejnym roku obowiązywania polisy powiększana o 1%.

Mając na uwadze powyższe rozważania oraz orzecznictwo sądów w tym zakresie, Sąd uznał, że zakwestionowane postanowienia OWU, uprawniające stronę pozwaną do zatrzymania części środków zgromadzonych na rachunku powódki, są niewiążące w świetle art. 385¹ k.c., jako klauzule abuzywne. Wyłączenie zaś z umowy postanowień uznanych za abuzywne, nie powoduje nieważności całej umowy, nawet wtedy, gdyby bez tych postanowień umowa nie została zawarta (por.: wyrok SN z dnia 21 lutego 2013 r ICSK 408/12 OSNC 2013/11/127).

Strona pozwana nie kwestionowała wysokości kwoty dochodzonej podnosząc jedynie, że kwota ta została przez nią zatrzymana słusznie, a wypłacona kwota Świadczenia Wykupu znajduje pełne uzasadnienie w OWU. W tym stanie rzeczy, uznając zakwestionowane postanowienia OWU dotyczące świadczenia wykupu za niewiążące w świetle art. 385¹ § 1 kc, Sąd zasądził od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę dochodzoną pozwem w wysokości 29 980,70zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 14.05.2015r. (dzień następny po dniu rozwiązania umowy) do dnia zapłaty.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. Powódce jako stronie wygrywającej, należał się zwrot całości poniesionych kosztów. Na koszty te złożyły się: opłata sądowa od pozwu w wysokości 1 500 zł, wynagrodzenie pełnomocnika 3 600zł zgodnie z § 2 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych, (Dz.U.2015.1804 ze zm.), oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 34 zł (2x17 zł) – łącznie 5 134 zł. Taką też kwotę Sąd zasądził od Pozwanego T. na rzecz powódki A. K. tytułem kosztów postępowania. W ocenie Sądu brak było podstaw aby przyznać pełnomocnikowi powódki wynagrodzenie w stawce dwukrotnie wyższej niż przewidziana w rozporządzeniu. Biorąc pod uwagę, że tego typu sprawy dotyczące polis lokat są obecnie bardzo powszechne, a co za tym idzie spotkać się można z wieloma opiniami, orzeczeniami i publikacjami dotyczącymi tego zagadnienia w ocenie Sądu sporządzenie pozwu oraz kolejnych pism procesowych nie wymagało od pełnomocnika powódki znacznego nakładu pracy, ani przeprowadzenia skomplikowanych rozważań prawnych.

SSR Marek Jałowicki- Paruch