

Sygn. akt VIII C 1750/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 lutego 2018 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi VIII Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia SR Anna Bielecka-Gąszcz

Protokolant: st. sekr. sąd. Anna Zuchora

po rozpoznaniu w dniu 31 stycznia 2018 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa E. M.

przeciwko V. L. Towarzystwu (...) w W.

o zapłatę 9.049,83 zł

1) zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 9.049,83 zł (dziewięć tysięcy czterdzieści dziewięć złotych i osiemdziesiąt trzy grosze) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 14 czerwca 2014 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;

2) zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.517 zł (jeden tysiąc pięćset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt VIII C 1750/14

UZASADNIENIE

W dniu 14 lipca 2014 roku powódka E. M., reprezentowana przez pełnomocnika będącego adwokatem, wytoczyła przeciwko pozwanemu (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. (obecnie V. L. Towarzystwu (...) z siedzibą w W.) powództwo o zasądzenie kwoty 9.049,83 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 14 czerwca 2014 roku do dnia zapłaty oraz zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu podniosła, że w dniu 21 kwietnia 2008 roku strony zawarły umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ze składką regularną (...), potwierdzoną polisą nr (...). Umowa została zawarta na okres 30 lat. W dniu 24 kwietnia 2014 roku powódka, działając w oparciu o postanowienia OWU, wypowiedziała przedmiotową umowę i wniosła o wypłacenie jej całości uiszczonych składek ubezpieczeniowych. Przedstawione żądanie pozwany uwzględnił jedynie w części, wypłacając powódce kwotę 8.400,68 zł, która stanowiła 48,14% kapitału bazowego. Ustalając wysokość świadczenia podlegającego wypłacie Towarzystwo (...) zastosowało postanowienia § 25 pkt 5-9 OWU, które nie były indywidualnie uzgadniane z powódką i stanowią niedozwolone klauzule umowne. W ocenie powódki działanie pozwanego przejawiające się w zatrzymaniu 51,86% zgromadzonych przez nią środków narusza zasady współzycia społecznego, interesy konsumenta oraz zasadę ekwiwalentności świadczeń stron. **(pozew k. 2-4)**

Pozwany, reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, wniosł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Wywodził, że sporne postanowienia umowne nie mają charakteru abuzywnego, ich brzmienie zostało sformułowane w jednoznaczny sposób, a powódka wyraziła zgodę na związanie się umową, miała świadomość jej warunków, w tym postanowień OWU odnoszących się do spornej opłaty i kosztów, jakie w związku z umową są ponoszone przez ubezpieczyciela. Argumentował, iż świadczenie wykupu stanowi świadczenie główne, obok świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i z tytułu dożycia. Pozwany wskazał przy tym, że pobrana od powódki z uiszczonych przez nią składek kwota, stanowi rekompensatę kosztów, jakie poniósł on w związku z przedmiotową umową. Wyjaśnił, że w przypadku umów jak przedmiotowa, koszty ponoszone przez ubezpieczyciela są większe na początku obowiązywania umowy niż na jej końcu. W konsekwencji wyłącznie odpowiednio długie trwanie umowy powoduje, że koszty ubezpieczyciela mogą zostać zrekompensowane zyskami osiągniętymi w kolejnych ratach. **(odpowiedź na pozew k. 38-49)**

Do zamknięcia rozprawy stanowiska procesowe stron nie uległy zmianie. **(protokół rozprawy k. 100-102, k. 209-210, k. 240-242, k. 252-253, pismo procesowe pozwanego k. 243-244)**

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 9 kwietnia 2008 roku powódka E. M. złożyła wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). Przedmiotowy wniosek powódka skierowała do pozwanego za pośrednictwem współpracującego z nim agenta. W wyniku złożonego wniosku pomiędzy stronami doszło do zawarcia umowy, na potwierdzenie której, pozwany wystawił polisę ubezpieczeniową nr (...). Miesięczna składka za polisę została w umowie oznaczona na kwotę 300 zł, przy czym okres ubezpieczenia rozpoczynał swój bieg w dniu 21 kwietnia 2008 roku. Koniec okresu ubezpieczenia oznaczono na dzień 20 kwietnia 2038 roku. Z tytułu polisy powódce przysługiwały dwa świadczenia: z tytułu dożycia w wysokości wartości polisy na koniec okresu ubezpieczenia (§ 5 ust. 1 OWU) oraz z tytułu śmierci w wysokości wartości polisy + 10% (§ 5 ust. 2 pkt 1 OWU) lub sumie składek regularnych i stawek dodatkowych zapłaconych w wykonaniu umowy zmniejszonej o częściowe wykupy (§ 5 ust. 2 pkt 2 OWU). Integralnym elementem umowy były Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze składką regularną (...).

Podpisanie umowy zaproponował powódce znajomy, który korzystał z tożsamego produktu ubezpieczeniowego. Za jego namową powódka spotkała się z przedstawicielem pozwanego, który w rozmowie przedstawił jej propozycję 30-letniej umowy, w ramach której powódka miała co miesiąc uiszczać składkę przez co najmniej 5-letni okres. Agent ubezpieczeniowy nie poinformował powódki o wszystkich opłatach związanych z oferowanym produktem, poprzestając wyłącznie na stwierdzeniu, że ubezpieczyciel pobiera opłatę administracyjną w kwocie około 13 zł miesięcznie. Jego uwaga koncentrowała się na przedstawieniu możliwych do osiągnięcia zysków, w tym celu przedstawiał on powódce wykresy, z których wynikał znaczny wzrost zainwestowanych na przestrzeni 5 lat środków pieniężnych, a także zapewniał, że fundusze te nadal rosą i to się nie zmieni. Informacje na temat ryzyka, czy też sposobu kształtowania się wysokości świadczenia wykupu, nie zostały powódce przedstawione. Nie miała ona również możliwości negocjowania postanowień umowy dotyczących świadczenia wykupu. Sposób przedstawienia produktu powódce wyrobił u niej przekonanie, że na inwestycji może jedynie zyskać, a nie stracić. Myślała ona, że inwestuje w produkt bezpieczny, taki jak lokata, który dodatkowo zapewnia jej ochronę ubezpieczeniową. Akceptując ofertę wychodziła ponadto z założenia, iż po upływie 5 lat na pewno będzie miała możliwość wypłaty zgromadzonych środków. W dacie zawierania spornej umowy E. M. współpracowała zawodowo z bankiem, jednak jej wiedza na temat bankowości, czy też usług finansowo-ubezpieczeniowych, była niewielka. Powódka zajmowała się sprzedażą kart kredytowych i wyłącznie w tym zakresie przeszła trzydniowe szkolenie. Dlatego też powódka nie analizowała szczegółowo przekazanych jej dokumentów związanych z umową, a działała w zaufaniu do agenta ubezpieczeniowego i przekazywanych przez niego informacji. **(dowód z przesłuchania powódki k. 100-101 w zw. z 00:12:43; 00:13:20-00:18:32 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 31 stycznia 2018 roku, polisa k. 11, wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia k. 61-64, OWU k. 86-91)**

Powódka terminowo uiszczała ustaloną w umowie składkę za polisę. W dniu 24 kwietnia 2014 roku, w związku z wykrytą chorobą nowotworową, powódka złożyła pozwanemu oświadczenie o rozwiązaniu umowy w trybie § 11 ust.

1 pkt 2 OWU, wnosząc o zwrot całości uiszczonych składek ubezpieczeniowych. Jednocześnie poinformowała, że postanowienia OWU, na mocy których pozwany jest uprawniony do potrącenia na swoją rzecz kapitału bazowego w wysokości ponad 50% zgromadzonych środków, stanowią niedozwolone klauzule umowne. W odpowiedzi na podniesione przez powódkę zarzuty pozwany uznał je za bezzasadne. W rozliczeniu z tytułu umowy nr (...) pozwany wskazał, że suma wpłaconych składek wynosi 19.272 zł, wartość części bazowej rachunku – 17.450,51 zł, świadczenie wykupu brutto – 8.400,68 zł. Pozwany wypłacił powódce kwotę 8.400,68 zł, która stanowiła 48,14% wartości części bazowej rachunku. **(dowód z przesłuchania powódki k. 100-101 w zw. z 00:12:43 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 31 stycznia 2018 roku, pisemna opinia biegłego k. 118-124, rozwiązanie umowy k. 27-27v., pismo k. 28-28v, potwierdzenie przelewu k. 29, rozliczenie k. 30)**

Zgodnie z zawartą przez strony umową (§ 4 OWU), zakres ubezpieczenia obejmował dwa zdarzenia ubezpieczeniowe: dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia oraz śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia. W przypadku ziszczenia się pierwszego zdarzenia ubezpieczyciel spełniał na rzecz ubezpieczonego świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości kwoty równej wartości polisy, natomiast w drugiej sytuacji, spełniał na rzecz uposażonego świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości wyższej z następujących kwot: 1) kwoty równej wartości polisy oraz dodatkowo świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości kwoty równej 10% polisy, 2) kwoty równej sumie składek regularnych i składek dodatkowych zapłaconych w wykonaniu umowy, zmniejszonej o częściowe wykupy. Uiszczane przez ubezpieczonych składki regularne oraz składki dodatkowe były lokowane przez ubezpieczyciela w funduszach inwestycyjnych i portfelach modelowych, dzieląc się na jednostki funduszy nabywane z tych środków. Liczba i wartość jednostek funduszy zapisana na rachunku jednostek funduszy w następstwie zapłaty składki regularnej ustalana była na podstawie ceny jednostek funduszu z najbliższego dnia wyceny następującego nie później niż w drugim dniu roboczym po zaksięgowaniu składki regularnej. W myśl § 24 ust. 1 OWU, ubezpieczający od drugiej rocznicy polisy miał prawo wystąpić o wypłatę wartości wykupu pod warunkiem, że opłacił wszystkie składki regularne w należnej wysokości wymagane do dnia złożenia wniosku. Wysokość świadczenia wykupu na dany dzień była równa wartości części wolnej rachunku (tj. części środków zapisanych na rachunku jednostek funduszy, pochodzących ze składki regularnej należnej po okresie bazowym oraz ze składki dodatkowej) oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku (j.w. ale za okres bazowy, tj. okres pierwszych pięciu lat trwania polisy), wskazanego w ust. 14 załącznika nr 1 do OWU (art. 24 ust. 5 OWU). Wysokość określonego procentu Wartości Bazowej Rachunku, o którym mowa w ust. 5, ustalana była na podstawie okresu ubezpieczenia dla danej umowy oraz roku oznaczającego rok polisy, następujący po roku polisy, za który zostały zapłacone wszystkie, należne w skali roku składki regularne, jednak nie późniejszy niż rok polisy, w którym dokonywana jest całkowita lub częściowa wypłata świadczenia wykupu, a w przypadku opłacenia wszystkich składek regularnych, należnych za okres pierwszych pięciu lat polisy - rok polisy, w którym dokonywana jest całkowita lub częściowa wypłata świadczenia wykupu (art. 24 ust. 6 OWU). Wysokość kwoty całkowitej lub częściowej wypłaty świadczenia wykupu, obliczana była według cen jednostek funduszy z dnia wyceny danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, następującego nie później niż w trzecim dniu roboczym od dnia rozwiązania Umowy lub odpowiednio dnia doręczenia wniosku o częściową wypłatę Świadczenia Wykupu, z zastrzeżeniem ust. 10 oraz § 26 ust. 2 i § 30.

W związku z przedmiotową umową pozwany pobierał następujące opłaty (§ 25 OWU): wstępną, za udzielanie tymczasowej ochrony z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, za ryzyko, administracyjną, za zarządzanie aktywami funduszy inwestycyjnych, za zarządzanie aktywami portfeli modelowych. Opłata wstępna była związana z zawarciem umowy i skalkulowana, jako stały procent wartości składki regularnej i składki dodatkowej. Była ona pobierana w dniu zapisania na rachunku jednostek funduszy każdej należnej w pierwszym roku polisy składki regularnej oraz każdej zapłaconej w wykonaniu umowy składki dodatkowej przez cały czas trwania umowy, jako równowartość odpowiedniej liczby jednostek funduszy. Opłata za udzielanie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej określana była kwotowo, w wysokości wskazanej w ust. 4 załącznika nr 1 do OWU i pobierana proporcjonalnie do okresu udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, w dniu zapisania pierwszej składki regularnej na rachunku jednostek funduszy, jako równowartość odpowiedniej liczby jednostek funduszy. W przypadku opłat za ryzyko, były one ustalane kwotowo na podstawie wartości polisy, płci, wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia, wykonywanego zawodu i pobierane miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy przez odliczenie

odpowiedniej części środków ubezpieczającego z rachunku jednostek funduszy. Podstawą naliczania opłaty była większa z dwóch wartości: 10% wartości części bazowej rachunku albo różnica pomiędzy sumą wpłaconych składek regularnych i składek dodatkowych zmniejszoną o wykupy częściowe a wartością polisy. Wysokość opłaty stanowił iloczyn podstawy jej naliczenia i stawki podanej w tabeli określonej w załączniku nr 1 do OWU. Opłata ta podlegała pobraniu przez cały czas trwania umowy. Z kolei opłata administracyjna związana była z administrowaniem umową i określana kwotowo, a pobierana miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy przez odliczenie odpowiedniej części środków ubezpieczającego z rachunku jednostek funduszy. Opłata za zarządzanie aktywami funduszy inwestycyjnych była natomiast pobierana miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy przez odliczenie z rachunku jednostek funduszy odpowiedniej części środków ubezpieczającego i stanowiła sumę opłat dla części bazowej rachunku oraz dla części wolnej rachunku. Opłata za zarządzanie dla części bazowej rachunku obliczana była jako iloczyn wartości części bazowej rachunku, ustalonej na dzień naliczenia opłaty i 1/12 stawki opłaty wskazanej w ust. 8 załącznika nr 1 do OWU. Podstawą ustalenia stawki opłaty była mniejsza z dwóch wartości: wysokość składki regularnej w skali roku, aktualna na dzień zawarcia umowy albo wysokość aktualnej składki regularnej w skali roku dla danej umowy. Z kolei opłata za zarządzanie dla części wolnej rachunku obliczana była jako iloczyn wartości części wolnej rachunku, ustalonej na dzień naliczenia opłaty i 1/12 stawki opłaty wskazanej w ust. 9 załącznika nr 1 do OWU. Podstawą ustalenia stawki opłaty była wysokość składki regularnej w skali roku, aktualna na dzień zawarcia umowy. Opłata za zarządzanie aktywami portfeli modelowych była zaś określana procentowo przez ubezpieczyciela i pobierana miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy przez odliczenie z rachunku jednostek funduszy odpowiedniej części środków ubezpieczającego. Opłata ta stanowiła sumę opłat za zarządzanie aktywami każdego portfela modelowego, obliczanych jako iloczyn wartości danego portfela modelowego oraz 1/12 stawki opłaty właściwej dla tego portfela modelowego, wskazanej w ust. 10 załącznika nr 1 do OWU. Była ona pobierana niezależnie od opłaty za zarządzanie aktywami rachunku jednostek funduszy.

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

Stosownie do zapisów Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego zarządzanego przez pozwanego, ubezpieczyciel inwestował środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego pochodzące z wpłat składek w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych zarządzanych przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych. Fundusze Inwestycyjne służyły alokacji środków pochodzących ze składek wpłacanych w wykonaniu umów ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie gwarantował przy tym wzrostu wartości aktywów poszczególnych Funduszy Inwestycyjnych, w których lokowane są środki ubezpieczającego pochodzące ze składki, a zatem nie gwarantował wzrostu wartości aktywów wpłacanych i inwestowanych na umowę ubezpieczenia. Wpłacane przez ubezpieczonych składki zapisywane były na rachunku jednostek uczestnictwa w postaci odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa. Wartość rachunku jednostek funduszy była równa wartości jednostek funduszy, portfeli modelowych oraz gotówki zgromadzonych na tym rachunku, pomniejszonych o wartość należnych i niepobranych opłat w dniu wyceny. Ubezpieczyciel miał prawo pomniejszyć wartość rachunku jednostek funduszy o opłaty, zgodnie z zasadami określonymi w OWU.

W myśl postanowień ust. 14 załącznika nr 1 do OWU, określony procent części bazowej rachunku wypłacany ubezpieczającemu w przypadku odpisania jednostek z funduszy z części bazowej rachunku w związku z całkowitą lub częściową wypłatą świadczenia wykupu wynosił dla okresu ubezpieczenia 30 lat i składki regularnej mieszczącej się w przedziale 3.000 zł – 4.199,99 zł: w 1 i 2 roku – 0%, w 3 roku – 42,61%, w 4 roku – 43,93%, w 5 roku – 45,29%, w 6 roku – 46,69%, w 7 roku – 48,14%, w 8 roku – 49,63% (...) w 30 roku – 97%. **(regulamin k. 14-26, ogólne warunki umowy ubezpieczenia na życie wraz z załącznikiem nr 1 k. 86-91)**

Przy dokonywaniu wyliczenia składki pozwany brał pod uwagę wartość planowanych składek, jakie będą wpływać od ubezpieczających, koszty świadczeń, jakie musi wypłacić w ramach zawartych umów oraz koszty związane z prowadzoną działalnością. Wysokość wypłacanych świadczeń była dopasowywana w ten sposób, aby zrównoważyć uzyskiwany przychód (wpłacane składki) z kosztami prowadzonej działalności. Do tych ostatnich zaliczały się: (1) koszty prowizji agencyjnej, które pozwany wypłacał pośrednikowi z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz za obsługę ubezpieczenia w czasie trwania umowy; koszty te były ustalane w oparciu o wymagania rynkowe i wynosiły od

80% do 120% wartości pierwszorocznej składki ubezpieczenia, przy czym konsument nie był informowany o umowie wiążącej ubezpieczyciela z agentem, (2) wewnętrzne koszty akwizycji, a więc koszty wynagrodzeń pracowników zajmujących się sprzedażą, koszty oceny medycznej dokonywanej na etapie zawierania umowy ubezpieczenia, koszty wynagrodzeń pracowników zajmujących się wprowadzaniem danych do systemu administracji polis i sporządzaniem dokumentów ubezpieczeń, koszty sporządzania dokumentacji ubezpieczeniowej, koszty związane z obowiązkowymi szkoleniami agentów; wyliczenie tych kosztów następowało w wyniku podzielenia sumy kosztów w danym roku kalendarzowym przez liczbę nowo zawartych umów w danym roku kalendarzowym, (3) koszty związane z obsługą ubezpieczeń, tj. koszty: zmian dokonywanych w polisie, związane z utrzymywaniem systemu polis, amortyzacji sprzętu, wynajmu biur, związane z procesem likwidacji szkód, infolinii; wyliczenie tych kosztów następowało w wyniku podzielenia sumy kosztów obsługi poniesionych w danych roku kalendarzowym przez średnią liczbę polis obsługiwanych w danych roku kalendarzowym. Z uwagi na fakt, iż większość portfela ubezpieczeń było rozwiązywane przed upływem okresu ubezpieczenia, pozwany podchodził do określenia wartości świadczenia wykupu z dużą ostrożnością. Wyznaczenie jej w zbyt dużej wysokości mogłoby bowiem doprowadzić do kłopotów finansowych.

(zeznania świadka A. K. k. 101v-102)

W dniu 19 grudnia 2016 roku pozwany zawarł z Prezesem UOKiK porozumienie, na mocy którego zobowiązał się do zmiany zasad określania wysokości świadczenia wykupu ustalanej w oparciu o część bazową rachunku. Dla umów, jak omawiana, zmiana ta miała przyjąć następującą postać: zwiększenie części świadczenia wykupu ustalanej 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% części bazowej rachunku. W kolejnych latach obowiązywania polisy przeznaczona do wypłaty procentowa część rachunku bazowego miała ulegać zwiększeniu o 1% rocznie do czasu, aż uzyskana w ten sposób wartość nie będzie niższa od regulacji przyjętych przez pozwanego w OWU (dla 7-ego roku obowiązywania polisy wartość świadczenia wykupu wyniosłaby zatem co najmniej 77%).

(porozumienie k. 224-236)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, które nie były kwestionowane przez strony. Podstawę ustaleń faktycznych stanowiły ponadto: dowód z przesłuchania powódki, zeznania świadka A. K. oraz opinie biegłych sądowych.

Na rozprawie w dniu 20 października 2017 roku Sąd uchylił w trybie art. 359 § 1 k.p.c. postanowienie z dnia 24 lutego 2016 roku i oddalił wniosek strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza na okoliczność m.in. kosztów poniesionych przez tę stronę procesu w związku z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia. W pierwszej kolejności należy wskazać, że pozwany nie przedstawił jakiegokolwiek materiału źródłowego w postaci dokumentów finansowych, który miałby zostać poddany pod ocenę biegłego. Pozwany załączył wprawdzie tabelaryczne wydruki, w których wskazano wysokość prowizji dla pośrednika, to jednak same te wydruki, mające moc wyłącznie dokumentów prywatnych, nie stanowią dowodu na to, że koszty te zostały faktycznie poniesione. Z kolei z faktur VAT oraz wyciągów bankowych nie wynika, że koszty w nich wymienione zawierają w sobie prowizję, jaka została pobrana w związku z umową zawartą z powódką. Jak wskazał biegły A. C., aby opinia wnioskowana przez pozwanego była rzetelna, koniecznym byłoby udostępnienie przez pozwanego szczegółowych danych w zakresie wysokości i struktury kosztów, struktury, rodzaju i wysokości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, struktury portfela zawartych umów ubezpieczenia, danych statystycznych i innych istotnych dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego cech całego portfela ubezpieczonych, których to danych, nawet w częściowym zakresie, pozwany nie przedłożył w toku postępowania sądowego. Wreszcie zauważenia wymaga, że w przypadku dopuszczenia dowodu z opinii biegłego, jego rolą musiałoby być zatem nie tyle dostarczenie Sądowi wiadomości specjalnych, co wyłączenie pozwanego w przedstawieniu szczegółowych twierdzeń faktycznych, co do wysokości poniesionych kosztów, a nadto w odnalezieniu i przedstawieniu Sądowi stosownej dokumentacji. Dodać na koniec należy, że wśród wskazywanych przez pozwanego kosztów, które miałyby wyliczyć biegły, znaczną część stanowią nie tyle koszty związane z zawarciem konkretnej polisy, co ogólne koszty działalności pozwanego, na co wprost wskazała w swoich zeznaniach świadek A. K..

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo było zasadne i zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Roszczenie powódki opierało się na twierdzeniu, że postanowienie umowy dotyczące wysokości świadczenia wykupu stanowi klauzulę abuzywną. W myśl art. 385¹ § 1 zd. 1 k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

W niniejszej sprawie nie ulega wątpliwości, że przedmiotowe postanowienie umowne, kwestionowane przez powódkę, nie określa głównego świadczenia tejże, gdyż nie odnosi się do essentialia negotii umowy ubezpieczenia. Świadczeniami głównymi dla tego typu umów są składki ubezpieczeniowe po stronie ubezpieczonego i wypłata sumy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela; kwota likwidacyjna była jedynie potrącana przez ubezpieczyciela z kwoty stanowiącej jego świadczenie główne. W orzecznictwie w zasadzie jednolicie przyjmuje się, że nie jest świadczeniem głównym opłata dodatkowa, mająca charakter zbliżony do kary umownej czy do odstępnego. Dla przykładu, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 sierpnia 2011 roku (I CSK 605/10, L.), uznał, że „zastrzeżona kara umowna jest świadczeniem ubocznym i jako taka dzieli los świadczenia głównego.” Także w wyroku z dnia 13 maja 2010 roku (III SK 29/09, L.) Sąd Najwyższy - Izba Pracy, (...) i Spraw Publicznych uznał, że nie jest świadczeniem głównym zapis umowy, który dotyczy zapłaty kary umownej. W konsekwencji jest dla Sądu jasne, że przedmiotowa opłata likwidacyjna (rozumiana w niniejszej sprawie, jako część wartości rachunku bazowego zatrzymywana przez pozwanego w związku z rozwiązaniem umowy) nie jest świadczeniem głównym. Przyznać należy, iż kwestia ta budzi spory w orzecznictwie. Istnieją orzeczenia, w których Sądy uznały, iż świadczenie wykupu jest świadczeniem głównym (np. uzasadnienie wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie w sprawie V Ca 996/14, opublikowane na portalu orzeczeń). Tym niemniej lektura przywołanego uzasadnienia skłania do wniosku, iż podstawy do uznania świadczenia wykupu za świadczenie główne, są co najmniej wątpliwe. W przytoczonym uzasadnieniu SO w Warszawie stwierdza bowiem, iż „świadczenie wykupu jest niewątpliwie po stronie Ubezpieczyciela świadczeniem głównym, skoro jest najważniejszym dla ubezpieczającego celem umowy”. Sąd w niniejszej sprawie nie podziela poglądu, iż o cesze świadczenia głównego decyduje jakikolwiek związek z wypłatą. Biorąc powyższe pod uwagę – każda kara umowna obniżająca wypłatę dla ubezpieczającego byłaby świadczeniem głównym, skoro obniża świadczenie główne. Pogląd taki, z oczywistych względów, nie odpowiada pojęciu świadczenia głównego i sprzeczny jest z art. 385³ pkt. 16 i 17 k.c. Podzielić należy natomiast pogląd wyrażony przez Sąd Apelacyjny we Wrocławiu wyrażony w wyroku z dnia 16 lutego 2017 roku (I ACa 1585/16, OSAWr 2017/3/364), iż wprawdzie pojęcie „głównych świadczeń stron” nie jest zdefiniowane, przez co podlega wykładni, to nie może ulegać wątpliwości, że chodzi o takie świadczenia, które charakteryzują, definiują i typizują umowę, a bez których nie doszłoby do jej zawarcia. Potwierdzeniem takiej interpretacji omawianego pojęcia, jest wymienienie przez ustawodawcę ceny i wynagrodzenia, jako istotnych elementów stosunków zobowiązaniowych, które wyłączone są spod kontroli abuzywności, jeśli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. W tym kontekście nie sposób uznać, aby świadczenie w postaci opłaty likwidacyjnej, które obciąża ubezpieczonego na wypadek rezygnacji z ubezpieczenia, charakteryzowało lub typizowało umowę ubezpieczenia lub umowę inwestycyjną, które elementy znajdujemy w umowach na życie. Podobne stanowisko zajmuje również Trybunał Sprawiedliwości, który w wyroku z dnia 26 lutego 2015 roku (C- 143/13, (...)) stwierdził, że za warunki umowne, które objęte są zakresem pojęcia „głównego przedmiotu umowy”, w rozumieniu art. 4 ust. 2 dyrektywy 93/13, należy uważać te, które określają podstawowe świadczenia w ramach danej umowy i które z tego względu charakteryzują tę umowę. Natomiast warunki, które wykazują charakter posiłkowy względem warunków definiujących samą istotę stosunku umownego, nie mogą być objęte pojęciem „określenia głównego przedmiotu umowy”. W kontekście powołanych orzeczeń nie można zatem przyjąć, aby podstawowym (głównym) świadczeniem ubezpieczonego, należącym do istoty umowy ubezpieczenia, było poniesienie opłat likwidacyjnych (niezależnie od ich nazwy lub konstrukcji), które aktualizują się dopiero w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia. Zasadność powyższej konkluzji jest jeszcze bardziej widoczna, jeśli podda się głębszej analizie postanowienia OWU pozwanego. Z treści § 3 ust. 1 OWU wynika jednoznacznie, że "Przedmiotem Umowy jest życie Ubezpieczonego oraz inwestowanie środków

pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu Umowy w ramach Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych. " Z kolei w § 4 OWU wskazano, że zakres ubezpieczenia obejmuje dwa zdarzenia ubezpieczeniowe to jest: dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia oraz śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia. Z kolei w § 22, 23 i 24 uregulowano odpowiednio świadczenie z tytułu śmierci, świadczenie z tytułu dożycia i świadczenie wykupu. Zebrany materiał dowodowy, a w szczególności przesłuchanie powódki wskazuje, że postanowienia OWU w zasadzie nie podlegały negocjacji, co w szczególności dotyczy sumy wykupu (okoliczność niesporna), której wyliczenie stanowiło jeden z załączników do umowy. Treść stosunku umownego była zatem jednostronnie kształtowana przez pozwane Towarzystwo, co stanowi zakłócenie równowagi stron, w sytuacji, gdy zapisy umowy sformułowane są w sposób niejasny, nieprecyzyjny. Zestawiając wskazaną wyżej treść § 4 OWU oraz § 22-24 OWU zdaniem Sądu nie sposób podzielić twierdzenia pozwanego, że świadczenie wykupu stanowi główne świadczenie stron. Co więcej z § 21 OWU określającego zasady wypłaty świadczeń wynika wprost, że te świadczenia są powiązane ze zdarzeniami ubezpieczeniowymi, a przedmiotowa regulacja nie obejmuje świadczenia wykupu. Oczywistym jest bowiem, że świadczenie główne musi wiązać się ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, a w odniesieniu do świadczenia wykupu taka korelacja nie zachodzi. Zasadnie przyjmuje judykatura wskazując, że brzmienie art. 385¹ k.p.c. nie pozwala na szeroką interpretację formuły "postanowień określających główne świadczenia stron" (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2007 roku, III CZP 62/07, OSNC 2008/7-8/87). Z tego powodu postulowane jest, by sformułowanie to roznieść wąsko, jako obejmujące swym zakresem tylko te zapisy, które wprost odnoszą się do obowiązku głównego, podstawowego, realizowanego w ramach umowy. Sąd Najwyższy wskazuje także, iż "wszelkie wątpliwości należy rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną". Należy podkreślić, że ustawodawca nie bez powodu posłużył się sformułowaniem "postanowienia określające główne świadczenia stron", nie zaś "dotyczące" ich, które może mieć szerszy zakres interpretacyjny. Sam fakt, że w umowie stron "świadczenie wykupu" zostało określone przez ubezpieczyciela w OWU jako jedno ze świadczeń, nie oznacza, że jest jednym z głównych świadczeń stron tej umowy. Powódka jako konsument z pewnością nie była informowana podczas zawierania umowy, że w przypadku rozwiązania umowy otrzyma "świadczenie wykupu" i że jest ono przewidziane w umowie jako świadczenie główne w przypadku jej rozwiązania. Z tych względów argumentacja podnoszona przez pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie. Dodać również należy, iż konstrukcja, jaką zastosował pozwany dla kary umownej i brak nazwania jej opłatą likwidacyjną (w OWU nie ma wprost mowy o opłacie pobieranej przez pozwanego, a jedynie o wysokości świadczenia wykupu wypłacanego właścicielowi polisy, która jednak stanowi wyłącznie określony procent zgromadzonych na rachunku ubezpieczonego środków), jest bez znaczenia, jeśli pozostaje w sprzeczności z istotą analizowanych zapisów umowy. W niniejszej sprawie ukrycie kary umownej pod płaszczykiem swoistej opłaty, stanowiącej różnicę pomiędzy wartością rachunku a wartością wykupu nie jest w stanie ukryć rzeczywistego charakteru owej opłaty – kary umownej. W tożsamy sposób kwestię tę ocenił również biegły A. C. stwierdzając w pisemnej opinii, iż wprawdzie pozwany nie używa sformułowania „opłata likwidacyjna”, niemniej de facto stosuje ją w postaci określonego, niższego od 100%, parametru wyrażonego w procentach, według którego kalkulowana jest wartość świadczenia wykupu w stosunku do wartości bazowej wykupu.

Poza sporem pozostawało nadto, że sporny zapis nie był negocjowany indywidualnie. Wprawdzie strony łączył stosunek zobowiązaniowy o charakterze dobrowolnym i to one same autonomicznie decydowały, na jakich warunkach ma zostać zawarta umowa między nimi, niedopuszczalna jest jednak sytuacja, iż jedna ze stron wykorzystując swoją pozycję profesjonalisty, kształtuje wzorzec umowny w taki sposób, że wprowadza do niego konstrukcję prawną, która prowadzi do pokrzywdzenia jednej ze stron stosunku prawnego, w tym wypadku konsumenta. W szczególności nie może mieć miejsca przypadek, w którym konsument zostaje obciążony nadmiernymi kosztami, nijak nieprzystającymi do rzeczywistych wydatków ponoszonych w tym zakresie. Godzi się przy tym przypomnieć, że realne możliwości ingerencji powódki w treść zawieranej umowy były minimalne i ograniczały się w istocie do wyboru okresu obowiązywania umowy oraz wysokości składki. Nie budzi przy tym wątpliwości okoliczność, iż możliwość zapoznania się przez powódkę z umową (jej wzorcem) nie przesądza o możliwości negocjowania jej treści. To samo dotyczy umożliwienia konsumentowi odstąpienia od umowy, jak i uświadomienia mu treści jej postanowień.

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

Pierwszym, co wręcz rzuca się w oczy podczas analizy spornego postanowienia umownego, jest procent części bazowej rachunku, który pozwany zatrzymywał w związku z rozwiązaniem umowy, który w siódmym roku trwania umowy wynosił 51,86%. W omawianym przypadku pozwany pobierał zatem środki, które pochłaniały ponad połowę sumy zgromadzonej na rachunku (jego części bazowej) powódki, co należy uznać za niedopuszczalne z punktu widzenia zasad współżycia społecznego. W istocie więc ubezpieczyciel przewidział tu dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy - bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami (które, co wymaga przypomnienia, w ogóle nie zostały przez pozwanego w sprawie wykazane co do ich wysokości), przy czym zastrzeżenie to jest całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek funduszy. Tak sformułowane postanowienie narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela dużej części wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Wzorzec umowny przewiduje bowiem swoisty ryczałt, niezależny od okoliczności dotyczących umowy z konkretnym konsumentem. Nie stanowi dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter. Zauważyć trzeba, że ubezpieczyciel w trakcie trwania umowy pobiera przecież bieżące opłaty, m.in. opłatę administracyjną, opłatę za ryzyko, opłatę za zarządzanie aktywami. Zatem koszty związane z działalnością inwestycyjną ubezpieczyciela na rzecz konkretnego klienta znajdują swoje odzwierciedlenie już w tych opłatach. Brak natomiast uzasadnienia dla naliczania tak wysokiej opłaty z tytułu wykupu środków zgromadzonych w ramach ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, bowiem ubezpieczyciel nie wykazał, aby likwidacja takiego rachunku niosła za sobą koszty w wysokości prawie 52% w siódmym roku trwania umowy. Co przy tym istotne, powódka na etapie przed zawarciem umowy nie była w stanie samodzielnie ocenić, jaka wysokość „opłaty likwidacyjnej” może być odliczona od wartości zgromadzonych przez nią jednostek funduszy w kolejnych latach trwania umowy, albowiem algorytm wyliczenia spornej opłaty jest całkowicie niezrozumiały dla konsumenta, który nie dysponuje wiedzą specjalistyczną. Przedstawiciel pozwanego nie poinformował przy tym powódki o kosztach związanych z rozwiązaniem umowy i sposobie ich wyliczenia, na co wyraźnie wskazała powódka w złożonych wyjaśnieniach. Powódka w ogóle nie miała wiedzy w zakresie tego, że rozwiązanie przez nią umowy przed upływem 30 lat będzie się wiązać po jej stronie ze stratami finansowymi. Reprezentujący pozwanego agent ubezpieczeniowy całkowicie pominął tę kwestię, mającą niewątpliwie relewantny charakter z punktu widzenia interesów konsumenta, a skupił się wyłącznie na przedstawieniu pozytywów związanych z oferowanym produktem, napomykając wyłącznie, że pozwany pobiera w każdym miesiącu trwania umowy opłatę administracyjną w kwocie ok. 13 zł. Dodać należy – wracając do kwestii dowodu z opinii biegłego – że pozwany dążył do zlecenia biegłemu wyceny kosztów niemalże całej działalności gospodarczej pozwanego, w oderwaniu od kosztów stricte związanych z konkretną ocenianą umową. Nadto, konsument nie ma jakiegokolwiek wpływu na decyzje pozwanego podejmowane w ramach umów, które wiążą go z innym podmiotami. Trudno więc zakładać, że tego rodzaju koszty działalności strony pozwanej konsument miałby pokrywać dodatkowo – niezależnie od kilku rodzajów ponoszonych opłat za zarządzanie. Odnośnie do podnoszonych przez pozwanego prowizji pośredników ubezpieczeniowych, należy dodatkowo zauważyć, że ubezpieczyciel nie może ze składek ubezpieczonego pokrywać kosztów poniesionych przez siebie z tytułu prowizji dla agenta – nie są to bowiem koszty związane z konkretną umową ubezpieczenia, ale koszty własne ubezpieczyciela, koszty ogólne prowadzenia przezeń działalności: ubezpieczony nie ma bowiem na nią wpływu i nie jest stroną umowy zawartej przez ubezpieczyciela z agentem, przy czym, jak wynika z depozycji A. K., konsument w ogóle nie był informowany o takiej umowie. Nadto, zgodnie z art. 761³ i 761⁴ k.c., jeżeli umowa zawarta pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym ma być wykonywana częściami, agent nabywa prawo do prowizji w miarę wykonywania tej umowy; natomiast w razie rozwiązania umowy z przyczyn nie leżących po stronie ubezpieczyciela – agent nie może żądać prowizji, a prowizja już wypłacona podlega zwrotowi. Analizując forsowane przez pozwanego stanowisko, że ograniczenie wysokości świadczenia wykupu polisy było usprawiedliwione wysokimi kosztami, jakie ponosi on w związku z zawarciem umowy, a które kompensowane są zyskami osiąganymi w kolejnych latach, wskazać również należy, że nie wytrzymuje ono konfrontacji z zebraniem w sprawie materiałem

dowodowym. Gdyby bowiem twierdzenie pozwanego było prawdziwe to koszty, które kompensowane są poprzez ograniczenie wysokości świadczenia wykupu i zatrzymania tej części środków, powinny maleć wraz z każdym kolejnym rokiem trwania umowy. Byłyby one stopniowo spłacane z wypracowywanych przez pozwanego zysków / pobieranych opłat. Z ustalonego stanu faktycznego wynika jednak, że powyższa okoliczność wcale nie wpływała na zmniejszenie wysokości pobieranej przez pozwanego kwoty. Odnosząc się do sytuacji powódki, nie może ująć uwagę, że gdyby umowa uległa rozwiązaniu w pierwszym roku polisy, to biorąc pod uwagę kwotę nagromadzonych składek pobrana przez pozwanego kwota byłaby niższa, niż gdyby umowa uległa rozwiązaniu w kolejnym roku trwania polisy (w pierwszym roku powódka straciłaby 100% składek, a więc kwotę 3.600 zł, w drugim również 100% składek, a więc już kwotę 7.200 zł, następnie kwota ta zmalałaby w trzecim roku – 57,39% składek – 6.198,12 zł, by następnie znów przyjąć tendencję zwykłą: w czwartym roku 56,07% składek – 8.074,08 zł, w piątym 54,71% – 9.847,80 zł, w szóstym 53,31% – 11.514,96 zł, w siódmym 51,86% – 13.068,72 zł, w ósmym 50,37% – 14.506,56 zł itd., przy czym dla potrzeb powyższego przykładowego wyliczenia przyjęto założenie, że składka miała niezmienny charakter i wynosiła 300 zł miesięcznie, a nadto, że w całości była odprowadzana w swej nominalnej wysokości na rachunek powódki, Sąd nie miał bowiem realnych możliwości ustalenia, jakie w istocie kwoty pieniężne pozwany na ten rachunek odprowadzał – niespornie jednak, zmiana kwoty odprowadzanej, przy uwzględnieniu stosowanego przez pozwanego mechanizmu, nie zmieniałaby faktu, iż kwota pobierana z rachunku pozwanej byłaby co roku – za wyjątkiem 3-go roku obowiązywania polisy – wyższa). Oczywistym jest, że przy uwzględnieniu regularnych wpływów ze składek i ich alokowania na rachunku inwestycyjnym pobierana przez pozwanego kwota w pierwszym roku trwania polisy byłaby wyższa od kwoty, która zostałaby pobrana w drugim roku jej trwania i mogłaby być wyższa nawet w kolejnych latach, kiedy procentowe wyliczenie zatrzymywanej przez pozwanego wartości rachunku bazowego zgodnie z wzorem malało, ale wysokość tegoż wyliczenia zależała od wartości środków na tym rachunku. Oczywiście skutek nietrafionych inwestycji / złej koniunktury wartość rachunku w kolejnych latach mogła się zmniejszać, ale okoliczność ta wynikałaby z czynników związanych z ryzykiem inwestycyjnym, a nie sposobem uregulowania wysokości świadczenia wykupu w umowie. Świadczy to, w ocenie Sądu, o całkowitej arbitralności ustalonej przez pozwanego zasad kształtowania wysokości świadczenia wykupu i braku jej powiązania z realnie poniesionymi kosztami. Powyższe potwierdza zatem przyjętą wyżej konkluzję, iż procentowa wartość rachunku zatrzymywana przez pozwanego w związku z rozwiązaniem umowy była niewątpliwie ustalana w oderwaniu od wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów związanych z daną umową. Potwierdzają to ponadto depozycje A. K., świadek wskazała bowiem, że wartość świadczenia wykupu musiała być ustalana z dużą dozą ostrożności tak, aby nie doszło do zaburzenia równowagi finansowej ubezpieczyciela. Świadek wyjaśniła ponadto, że wysokość kosztów działalności pozwanego pokrywanych ze składek ubezpieczonych była ustalana w ten sposób, iż pozwany dzielił wysokość poniesionych w danym roku kosztów określonego rodzaju przez liczbę, czy to nowo zawartych umów, czy też umów obsługiwanych w danym roku. Powyższe stanowi doskonałą ilustrację tego, iż w rzeczywistości pozwany zatrzymując określony procent wartości rachunku ubezpieczonego czynił to w oderwaniu od konkretnej umowy, która go z tym ubezpieczonym łączyła.

W ocenie Sądu sporne postanowienia umowne to nic innego, jak mechanizm służący ubezpieczycielowi do – jeżeli nie ukrycia – to w każdym razie przesunięcia rzeczywistych kosztów umowy. Działanie to w istocie prowadzi do zaniżenia składek ubezpieczenia poniżej kosztów, wprowadzając klienta w błąd, co do rzeczywistych kosztów zawarcia umowy, co przy potwierdzonej praktyką orzecniczą skłonności przedstawicieli ubezpieczycieli do podkreślania relatywnie niskich kosztów ubezpieczenia, prowadzi do wciągnięcia konsumentów w swoistą pułapkę, w której o rzeczywistych kosztach umowy przekonują się dopiero po otrzymaniu informacji o kwocie przeznaczonej do wypłaty. Niezależnie od przyjętego przez ubezpieczyciela sposobu opisanego i ustalania wysokości wartości wykupu – skomplikowanego i w świetle życiowego doświadczenia mającego w istocie utrudnić przeciętnemu konsumentowi możliwość ustalenia rzeczywistych skutków – koniec końców jej rezultat jest taki, że ubezpieczyciel nie tylko zdejmuje z siebie częściowo ryzyko przerwania procesu inwestycyjnego przez ubezpieczonego w ciągu kolejnych lat obowiązywania umowy, lecz również uzyskuje niczym nieuzasadnione przysporzenie w postaci aktualnej wartości ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, zgromadzonego przez danego ubezpieczonego; zasadnym jest twierdzenie o przysporzeniu, skoro opłaty za zarządzanie aktywami, są równocześnie pobierane na bieżąco. Tymczasem istota umowy ubezpieczenia polega na tym, że to właśnie ubezpieczyciel jest tym podmiotem, który przejmuje na siebie ryzyko, w zamian za opłacanie przez ubezpieczonego składki, a nie dokonuje przy wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego jego potrącenia z jakąś opłatą,

które to potrącenie prowadzi w efekcie do pozbawienia ubezpieczonego świadczenia, skądinąd należnego mu, skoro ubezpieczyciel posługuje się konstrukcją potrącenia (art. 498 § 1 k.c.).

W ocenie Sądu powódka decydując się na zawarcie przedmiotowej umowy mogła być przekonana, iż agent ubezpieczeniowy będzie działał wyłącznie w jej interesie i na jej korzyść, a także, że wybór przedstawianego produktu finansowego nie jest przypadkowy, a stanowi rezultat wszechstronnej analizy przedstawionych przez powódkę preferencji. Co przy tym istotne, powódka była zapewniana, że proponowany produkt jest formą oszczędzania, przedstawiciel pozwanego wskazywał bowiem, że polisa jest bardzo korzystna, że na przestrzeni kolejnych lat będzie przynosiła wyłącznie zysk. E. M., jako konsument, nie miała świadomości, że pozwany proponuje jej skomplikowany i ryzykowny produkt (zawodowa współpraca powódki z bankiem jest przy tym irrelevantna, jak wynika bowiem z wyjaśnień powódki, przeszła ona jedynie trydniowy kurs w przedmiocie sprzedaży kart kredytowych, trudno zatem uznać, aby powódka dysponowała choćby średnią wiedzą z zakresu bankowości, czy też produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych). Wyraźnego zaznaczenia wymaga, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym to kontrakt zawierający zapisy o bardzo wysokim stopniu trudności, regulowany wieloma różnorodnymi wzorcami umownymi, odwołujący się w swej treści do pojęć niejasnych. Analiza treści takiego kontraktu przez przeciętnego konsumenta jest w praktyce wręcz niemożliwa. Nie jest on bowiem w stanie bez odpowiedniego przygotowania zrozumieć mechanizmów prawno-finansowych zawartych we wzorcach umownych, w związku z czym konsument na ogół zawiera taką umowę bazując na informacjach przekazywanych mu przez osobę oferującą zawarcie umowy, czyli pośrednika ubezpieczeniowego, pracownika banku lub doradcy finansowego. Tak stało się również w przypadku powódki, która bazowała na informacjach udzielonych jej przez agenta działającego w imieniu pozwanego, który koncentrował się wyłącznie na pozytywnych cechach oferowanego produktu. Istotne jest tutaj działanie agenta, który skupiał uwagę powódki nie na cechach produktu, relevantnych z punktu widzenia jego działania (przedstawiciel pozwanego nie omawiał sposobu inwestowania składek, ich elementów składowych, nie informował o wartości świadczenia wykupu, jak również o tym, w jaki sposób kreowana jest wysokość środków wypłacanych klientowi w związku z rozwiązaniem umowy), a na wynikach podpisywanej umowy. Przedstawiciel pozwanego starał się wywołać u E. M. przekonanie, że podpisując umowę zabezpieczy finansowo swoją przyszłość. Powyższa praktyka doprowadziła do powstania fałszywego wyobrażenia, prowadzącego do podjęcia (lub możliwości podjęcia) przez powódkę, jako przeciętnego konsumenta, decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjęła. W przedmiotowej sprawie z całą stanowczością zachowaniu pozwanego przypisać można przymiot sprzeczności z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształcający lub mogący zniekształcić zachowanie rynkowe powódki, jako przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu. Przesądza o tym zachowanie przedstawiciela pozwanego, który na żadnym etapie zawierania umowy nie poinformował powódki o ryzykach związanych z inwestycją, w tym o możliwości utraty części, a nawet całości wpłacanych środków, a skupił się wyłącznie na korzyściach produktu. Nie sposób pominąć przy tym, że pozwany jako podmiot profesjonalny, trudniący się zawodowo obrotem środkami finansowymi i doradztwem klientom w zakresie instrumentów finansowych, obowiązany jest do przedstawienia wszelkich informacji dotyczących oferowanych produktów, zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych. Konsument, który zawiera takiemu podmiotowi, nie może ponosić negatywnych konsekwencji wynikających z zatajenia istotnych danych o ryzykach związanych z inwestycjami. Zdecydowanie postępowanie pozwanej spółki wpłynęło na zachowanie powódki. Było ono prawdopodobnie jedynym bodźcem do zawarcia przedmiotowej umowy. Na marginesie wskazać należy, że jak wskazał Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w cyt. wyroku z dnia 16 lutego 2017 roku, dla przyjęcia spełnienia przesłanki sformułowania postanowień w jednoznaczny sposób, nie jest wystarczającym nawet taki argument, że ubezpieczony zdawał sobie sprawę, w jakiej wysokości zostanie pobrana opłata likwidacyjna w przypadku rozwiązania umowy i godził się na taki skutek. Ta przesłanka nie wyłącza uznania postanowienia za niedozwolone. O abuzywności postanowienia przesądza kształtowanie na jego postawie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, czego skutkiem jest rażące naruszenie jego interesów i ustawodawca nie przewidział możliwości wyłączenia abuzywności w przypadku, gdy ten znał, rozumiał i godził się na takie postanowienie.

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

wpisanie postanowienia do rejestru klauzul niedozwolonych nie prowadzi do wyłączenia danej klauzuli z obrotu. Przyjęcie takiego stanowiska prowadziłyby do pozbawienia sensu istnienia tego rejestru. Wprawdzie konkretne postanowienie umowne ostatecznie podlega ocenie przez sąd rozstrzygający w danej sprawie, jednak nie zwalnia to ubezpieczyciela od odpowiedzialności za stosowanie postanowienia kształtującego prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszającego jego interesy. Rejestr klauzul niedozwolonych jest jawny, zaś pozwany ubezpieczyciel, jako profesjonalista, powinien był wiedzieć, konstruując swoje produkty, że zawiera w nich niedozwoloną klauzulę o opłacie za wykup polisy. Fakt, że to uczynił, a następnie pobierał te opłaty, wskazuje na to, że świadomie dążył do bezprawnego pozbawienia ubezpieczonych należnych im środków. W zakresie przedmiotowej kwestii wypowiadał się również Sąd Najwyższy, który w wyroku z dnia 18 grudnia 2013 roku (I CSK 149/13, Biul. SN 2014/2) w sposób jednoznaczny przesądził, iż „postanowienie umowy ubezpieczeniowej, które nakłada na konsumenta obowiązek poniesienia - w razie wypowiedzenia umowy przed upływem 10 lat - opłaty likwidacyjnej pochłaniającej wszystkie środki zgromadzone na jego rachunku podstawowym, jeśli wypowiedzenie umowy następuje w ciągu dwóch pierwszych lat trwania umowy oraz znaczną ich część w następnych latach i to bez względu na wysokość uiszczanej przez konsumenta składki oraz bez względu na wartość zgromadzonych na rachunku środków stanowi niedozwoloną klauzulę umowną. Należy podzielić pogląd, że przejęcie przez ubezpieczyciela całości lub znacznej części tych środków w oderwaniu od rozmiaru uiszczonych przez ubezpieczającego składek rażąco narusza interes konsumenta, a nadto jest wyrazem nierówności stron tego stosunku zobowiązaniowego, kształtując prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami”.

Godzi się także przypomnieć, że w dniu 19 grudnia 2016 roku pozwany zawarł z Prezesem UOKiK porozumienie, na mocy którego zobowiązał się do zmiany zasad określania wysokości świadczenia wykupu ustalonej w oparciu o część bazową rachunku. Dla umów, jak omawiana, zmiana ta miała przyjąć następującą postać: zwiększenie 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% części bazowej rachunku. W kolejnych latach obowiązywania polisy przeznaczona do wypłaty procentowa część rachunku bazowego miała ulegać zwiększeniu o 1% rocznie do czasu, aż uzyskana w ten sposób wartość nie będzie niższa od regulacji przyjętych przez pozwanego w OWU. Sąd ma świadomość, że porozumienie, o którym mowa, dotyczyło konsumentów, których w dacie jego zawarcia łączyła z pozwanym umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, to jednocześnie nie można nie dostrzec, że jego treść nie pozostawia wątpliwości co do tego, iż stosowane przez pozwanego wobec powódki zasady ustalania wartości świadczenia wykupu były dla niej skrajnie niekorzystne i nie znajdowały oparcia w kosztach rzeczywiście poniesionych przez pozwanego w związku z rozwiązaniem przedmiotowej umowy.

Na marginesie zauważenia wymaga, że w myśl art. 26 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, maksymalna wysokość opłat związanych z przedwczesnym rozwiązaniem umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie może przekraczać 4% wartości opłaconych składek. Wprawdzie ustawa ta nie znajduje zastosowania do umów zawartych przed datą jej wejścia w życie, to jednocześnie treść przytoczonego przepisu implikuje konstatację, iż ustawodawca zauważył konieczność uregulowania powyższej kwestii, co niewątpliwie miało związek z dowolnością rozwiązań stosowanych przez ubezpieczycieli w zakresie opłat za wykup, które niejednokrotnie, zwłaszcza w pierwszych latach obowiązywania umowy ubezpieczenia, pochłaniały większą część środków zgromadzonych na rachunkach osób ubezpieczonych. W ocenie Sądu wprowadzony przepis potwierdza przyjęte na gruncie niniejszego uzasadnienia stanowisko, iż opłaty w takiej wysokości rażąco naruszają interesy konsumenta, kształtując jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami.

Reasumując Sąd uznał, że opłata za wykup polisy w wysokości 51,86% wartości jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku powódki narusza dobre obyczaje, ponieważ sankcjonuje przejęcie przez ubezpieczyciela obiektywnie dużej części zgromadzonych przez ubezpieczającego środków (ponad ich połowy) w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. W tym miejscu wypada przypomnieć, że w judykaturze uznaje się, że

pod pojęciem działania wbrew dobrym obyczajom - przy kształtowaniu treści stosunku zobowiązaniowego - kryje się wprowadzanie do umowy klauzul, które godzą w równowagę kontraktową stron takiego stosunku, natomiast przez rażące naruszenie interesów konsumenta rozumie się nieusprawiedliwioną dysproporcję - na niekorzyść konsumenta - praw i obowiązków stron, wynikających z umowy (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 13 lipca 2005 roku, I CK 832/04, Biul. SN 2005/11/ 13 oraz z dnia 3 lutego 2006 roku, I CK 297/05, Biul. SN 2006/5-6/12). Postanowienie takie rażąco także narusza interes konsumenta, albowiem prowadzi do wzbogacenia się ubezpieczyciela kosztem ubezpieczającego. Opłata taka jest wygórowana i niewspółmierna do rzeczywiście poniesionych przez stronę pozwaną kosztów, nadmiernie przy tym obciąża powoda. Nadto kształtuje prawa i obowiązki stron w sposób nierównomierny, albowiem ustanowiona jest wyłącznie na rzecz strony pozwanej, co stanowi rażące naruszenie interesów konsumenta poprzez nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść. Dokonując oceny rzetelności określonego postanowienia umowy konsumenckiej należy zawsze rozważyć indywidualnie rozkład obciążeń, kosztów i ryzyka, jaki wiąże się z przyjętymi rozwiązaniami oraz zbadać jak wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta w sytuacji, w której postanowienie to nie zostałoby zastrzeżone, pamiętając jednocześnie podczas dokonywania kontroli o tym, że każdorazowo istotny jest charakter stosunku prawnego regulowanego umową, który w konkretnej sytuacji może usprawiedliwiać zastosowaną konstrukcję i odejście do typowych reguł wyznaczonych przepisami dyspozytywnymi. Należywym wytlumaczeniem dla zakładu ubezpieczeń nie może być przy tym okoliczność, że cel umowy ubezpieczeniowej o charakterze jak w niniejszej sprawie, 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. Wprawdzie zrozumiałe jest, że strona pozwana była zainteresowana jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania, to jednak, jak słusznie wskazał Sąd Najwyższy w cyt. wyroku z 18 grudnia 2013 roku, mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może polegać na obciążaniu ich, w przypadku wypowiedzenia przez nich umowy, opłatami likwidacyjnymi, których charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w ogólnych warunkach umowy wyjaśnione. Jest to zaś okoliczność o kardynalnym znaczeniu dla oceny niedozwolonego charakteru tego postanowienia umownego w świetle art. 385¹ § 1 k.c. Pamiętać przy tym należy, że przepis art. 830 § 1 k.c. uprawnia ubezpieczającego do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia osobowego w każdym czasie z zachowaniem terminu wypowiedzenia, który to przepis ma charakter bezwzględnie obowiązujący. Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 23 marca 2005 roku (I CK 586/04, OSNC 2006/3/51), „nie ulega wątpliwości, że niedozwolone są postanowienia umowne uszczuplające ustawowe uprawnienia konsumenta; nałożenie we wzorcu umowy na konsumenta obowiązku zapłaty kwoty pieniężnej i to w znacznej wysokości, w razie skorzystania przez niego z prawa przyznanego mu w ustawie, jest sprzeczne zarówno z ustawą, jak i dobrymi obyczajami, gdyż zmierza do ograniczenia ustawowego prawa konsumenta, czyniąc ekonomicznie nieopłacalnym korzystanie z tego prawa”. Przytoczyć należy wreszcie stanowisko wyrażone w wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 20 Lipca 2017 roku (I ACa 1512/15, LEX), iż skoro umowa ubezpieczenia powiązana z funduszem kapitałowym ma także charakter umowy inwestycyjnej, oczywistym jest, że ubezpieczyciel co do zasady ma prawo zakładać, że ubezpieczający będzie wywiązywał się z umowy przez cały czas jej trwania, a w przypadku jej wcześniejszego rozwiązania może żądać od niego poniesionych w związku z zawarciem tej konkretnej umowy kosztów, lecz musi być to rzeczywisty koszt jaki ponosi ubezpieczyciel w związku z inwestowaniem środków ubezpieczonego, a nie ogólny koszt prowadzenia działalności inwestycyjnej pozwanego lub ponoszonych kosztów. Ten rzeczywisty koszt zawarcia i obsługi umowy musi mieć odzwierciedlenie w zapisach OWU, które powinny uzależniać wysokość opłaty za wcześniejszą likwidację polisy i zaprzestanie inwestowania środków na niej zgromadzonych za pośrednictwem ubezpieczyciela od rzeczywiście poniesionej przez ubezpieczyciela straty z tym związanej. O czym była już mowa, postanowienia wyrażone w OWU pozwanego Towarzystwa nie obrazują jednak w żaden sposób mechanizmu potrącania wartości wykupu, nie wyjaśniają także, jaki charakter mają potrącane kwoty i z jakiego tytułu są zatrzymywane. Nie można tłumaczyć żadną miarą, że konieczność pobierania tych kwot wynika z tego, że skutek wcześniejszego rozwiązania umowy ubezpieczyciel utracił spodziewane, związane z długim okresem inwestowania środków przez ubezpieczającego, korzyści, zwłaszcza w kontekście pobieranych przez pozwanego w czasie trwania umowy szeregu opłat.

Przypomnienia wymaga także, że pozwany nie wykazał (art. 6 k.c., art. 232 k.p.c.), że poniósł koszty w kwocie 9.049,83 zł, czy też wyższe, że pozostają one w normalnym związku przyczynowym z zawarciem umowy i były niezbędne do jej zawarcia. Implikacją powyższego jest przyjęcie, że sporne zapisy w umowie są nieważne i nie wiążą powódki, a zatem pozwany ubezpieczyciel nie powinien był potrącić z kwoty wypłacanej powódce opłaty za wykup. Tym samym, pobrana opłata stanowi świadczenie nienależne, którego zwrot należny jest powódce w oparciu o przepis art. 410 § 2 k.c.

Wobec powyższego Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 9.049,83 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 14 czerwca 2014 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. w myśl którego, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności, przy czym dłużnik jest w opóźnieniu jeżeli nie spełnia świadczenia w określonym terminie. Jeżeli zaś stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie. Zobowiązanie do zwrotu bezpodstawnie uzyskanej korzyści ma charakter bezterminowy (por. wyrok SN z dnia 17 grudnia 1976 roku, III CRN 289/76, LEX; uchwała SN z dnia 6 marca 1991 roku, III CZP 2/91, OSNC 1991/7/93; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 czerwca 2014 roku, V CSK 421/13, LEX). W konsekwencji termin spełnienia takiego świadczenia musi być wyznaczony zgodnie z art. 455 k.c., a więc niezwłocznie po wezwaniu skierowanym przez zubożonego. Powódka wezwała pozwanego do zapłaty spornej kwoty pismem z dnia 24 kwietnia 2014 roku, pozwany dokonał zaś stosownego rozliczenia umowy w dniu 6 czerwca 2014 roku. Żądanie zasądzenia odsetek od należnej powódce sumy pieniężnej począwszy od dnia 14 czerwca 2014 roku jest zatem w pełni zasadne.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie przepisu art. 98 § 1 k.p.c., który stanowi, że strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw.

Powódka wygrała proces w całości, a zatem należy jej się od pozwanego zwrot kosztów procesu w pełnej wysokości.

Na koszty procesu poniesione przez powódkę złożyły się: 300 zł tytułem opłaty sądowej od pozwu, 1.200 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego powódki w stawce minimalnej (§ 6 pkt 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2012 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu, t.j. Dz.U. 2013, poz. 461) oraz 17 zł opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Dlatego też Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.517 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji wyroku.