

Sygn. akt VIII C 437/17

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 stycznia 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 10 stycznia 2018 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa M. Ś.

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

o zapłatę 4.649,98 zł

- 1) zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.649,98 zł (cztery tysiące sześćset czterdzieści dziewięć złotych i dziewięćdziesiąt osiem groszy) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 31 stycznia 2017 roku do dnia zapłaty;
- 2) zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.017 zł (jeden tysiąc siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt VIII C 437/17

## UZASADNIENIE

W dniu 17 lutego 2017 roku powód M. Ś., reprezentowany przez pełnomocnika będącego adwokatem, wytoczył przeciwko pozwanemu V. L. Towarzystwu (...) w W. powództwo o zasądzenie kwoty 4.649,98 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 31 stycznia 2017 roku do dnia zapłaty oraz zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu powód podniósł, że w dniu 25 sierpnia 2009 roku strony zawarły umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ze składką regularną M. (...), potwierdzoną polisą nr (...). Umowa została zawarta na okres od dnia 17 września 2009 roku do dnia 16 września 2024 roku, a wysokość składki ubezpieczeniowej ustalono na kwotę 200 zł miesięcznie. W dniu 12 lipca 2016 roku powód złożył u pozwanego wniosek o całkowitą wypłatę „świadczenia wykupu”. Na skutek powyższego z wartości rachunku jednostek funduszy, wynoszącej 11.624,95 zł (będącej równocześnie Częścią Bazową Rachunku), pozwany wypłacił powodowi jedynie kwotę 6.974,97 zł, pozbawiając powoda 40% wartości rachunku jednostek. Ustalając wysokość odsetka wartości rachunku jednostek funduszy do wypłaty powodowi, a z drugiej strony – do zatrzymania na rzecz pozwanego, Towarzystwo (...) zastosowało postanowienie § 23 ust. 5 i ust. 6 OWU na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną M. (...). Stosownie do ust. 15 załącznika nr 1 do OWU w przypadku powoda do wypłaty było przeznaczone jedynie 60 % Części Bazowej Rachunku. Zdaniem powoda powyższe regulacje przewidujące pozbawienie ubezpieczonego 40% Części Bazowej Rachunku w 7 roku od zawarcia umowy ubezpieczenia, stanowią niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 zd.1 k.c. Postanowienia umowy nie były przez pozwanego uzgadniane z powodem, będącym konsumentem. Sporne postanowienia dotyczące pobrania i sposobu

obliczenia opłaty likwidacyjnej zostały do umowy stron inkorporowane z wzorca umowy (Ogólnych warunków ubezpieczenia wraz z załącznikami) zaproponowanego przez pozwanego i niepodlegającego negocjacji. W ocenie powoda niezależnie od funkcji, czy celów umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zakładanych przez pozwanego, jako produktu finansowego służącego długotrwałemu inwestowaniu, a także celu i funkcji opłaty likwidacyjnej, mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może polegać na obciążaniu ich, w przypadku rozwiązania umowy, opłatami likwidacyjnymi, których charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w ogólnych warunkach umowy wyjaśnione. Dopuszczalność umownego zobowiązania się nabywcy na wypadek odstąpienia od umowy do zwrotu kosztów niezbędnych do jej zawarcia, nie oznacza dopuszczalności zobowiązania do zwrotu dowolnie oznaczonej kwoty. Koszt niezbędny do zawarcia umowy może być określony kwotowo bądź procentowo, ale nie zwalnia to przedsiębiorcy od wykazania, że poniósł koszty w kwocie określonej w umowie, że pozostają one w normalnym związku przyczynowym z zawarciem umowy i były niezbędne do jej zawarcia. Pobrana opłata likwidacyjna w wysokości 40 % wartości zgromadzonych środków była rażąco wygórowana, a potrącenie tak znacznej części uiszczonych przez powoda kwoty (sumy składek) pozbawione było uzasadnienia i doprowadziło do bezpodstawnego zubożenia konsumenta na rzecz przedsiębiorcy, naruszając tym samym równowagę kontraktową. Dodatkowo, abuzywny charakter postanowienia umowy, konstytuuje fakt, że przejęcie przez stronę pozwaną środków powoda nastąpiło na zasadzie automatyzmu (ryczałtu), w całkowitym oderwaniu od kosztów pozwanej spółki poniesionych na rzecz powoda z tytułu likwidacji polisy i wobec braku oparcia ich w skonkretyzowanych kwotach. Wysokość potrąconego świadczenia (opłaty likwidacyjnej) była przy tym uzależniona wyłącznie od okresu trwania umowy oraz wysokości wpłaconych składek (stałe oprocentowanie, niezależnie od wysokości sumy wpłaconych składek). W ocenie powoda nie sposób także uznać za dopuszczalne pokrywanie w ten sposób przez ubezpieczyciela wysokich kosztów prowizji agenta, czy też kosztów promocji produktu. Koszty związane z umową powinny być już w umowie określone w sposób jednoznaczny, tak aby klient, w oparciu o komplet informacji, mógł dokonać oceny takiej umowy pod kątem opłacalności i ryzyka kontraktu. W przedmiotowej umowie koszty te zostały zaś po prostu ukryte przed konsumentem. Powód nie miał żadnych możliwości ustalenia wysokości tych kosztów i dokonania weryfikacji zasadności ich naliczenia i w konsekwencji opłacalności umowy. Co więcej, nie miał sposobności choćby powzięcia wiedzy, co do faktu istnienia tych kosztów. Zatajając te informacje pozwana spółka przerzuciła także w całości na konsumenta koszty realizacji produktu, choć są to koszty, które winna uwzględnić w ogólnych kosztach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej, choćby jako koszty uzyskania przychodu, a także, z ich uwzględnieniem, określić wynagrodzenie, jakiego życzy sobie za objęcie ochroną ubezpieczeniową swoich klientów. Ponadto, są to koszty, na które konsument nie ma najmniejszego wpływu. Przedsiębiorca może, równie dobrze, dbając o interesy własne, jak i interesy konsumentów, ponosić je w sposób wyważony i adekwatny do celu, jaki potrzebuje osiągnąć, jak i windować je do ogromnych wartości, nijak niezwiązanych z rzeczywistymi kosztami z tego tytułu. W ocenie powoda kwestionowane postanowienia umowne kształtują obowiązki i prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszają jego interesy. Służą one bowiem wprost do przymusowego, ekonomicznego związania konsumenta z przedsiębiorcą na określony czas, czyniąc ewentualne wypowiedzenie umowy uprawnieniem umownym tak niekorzystnym ekonomicznie, że aż iluzorycznym. Wysokość opłaty likwidacyjnej, wynosząca 40 % wpłaconego kapitału, była rażąco wygórowana i powodowała, że w przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia z woli ubezpieczonego, zostawał on pozbawiony możliwości uzyskania zwrotu w znaczącym rozmiarze wpłaconych przez niego uprzednio składek. Przepadały one w określonym w tabeli stosunku na rzecz pozwanego przedsiębiorcy – ubezpieczyciela. Ponadto, przedmiotowe postanowienie umowy narusza dobre obyczaje, gdyż zezwala wprost na przejęcie przez ubezpieczyciela znacznej części środków wpłaconych przez ubezpieczonego – w postaci opłaty likwidacyjnej i to 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. O rażącym charakterze naruszenia interesów konsumenta świadczy również to, że prowadzi ono do uzyskania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas, gdy ten ostatni zgromadzi na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości. Umowa w tym zakresie została skonstruowana tak, że z jednej strony oprocentowanie jest stałe, tj. umownie uzależnione od okresu, jaki pozostał do zakończenia umowy, z drugiej, w ogóle nie uwzględnia wysokości wpłaconych środków. Irrelevantne dla wysokości opłaty likwidacyjnej są też faktyczne koszty związane z ewentualną stratą, wynikającą z przedterminowego rozwiązania umowy. Pełnomocnik powoda wskazał ponadto, iż regulacja umowy dotycząca opłaty

likwidacyjnej nie wchodziła w zakres głównych świadczeń stron, gdyż nie jest przedmiotowo istotnym składnikiem tej umowy (*essentialia negotii*). Przeciwnie, jest ono tylko postanowieniem przewidzianym na wypadek przedwczesnego jej rozwiązania, a więc funkcjonującym jako konstrukcja umowna o charakterze incydentalnym. W przedmiotowej sprawie do głównych świadczeń stron należało, co wynika wprost z OWU, spełnienie przez ubezpieczyciela danego świadczenia, w przypadku zajścia określonego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego, a po stronie ubezpieczonego – opłacanie na rzecz ubezpieczyciela składki, w wysokości i terminach określonych w treści kontraktu. Z uwagi na to, że postanowienia umowy dotyczące opłaty likwidacyjnej, nie wiążą powoda, a zatem pobrana z tego tytułu kwota stanowiła świadczenie nienależne, podlega ono zwrotowi na podstawie art. 410 § 1 k.c. w zw. z art. 405 k.c. **(pozew k. 3-6)**

Pozwany, reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, wniósł o oddalenie powództwa w całości. Wywodził, że sporne postanowienia umowne nie mają charakteru abuzywnego, ich brzmienie zostało sformułowane w jednoznaczny sposób, a powód wyraził zgodę na związanie się umową, miał świadomość jej warunków, w tym postanowień OWU odnoszących się do spornej opłaty i kosztów, jakie w związku z umową są ponoszone przez ubezpieczyciela. Argumentował, iż świadczenie wykupu stanowi świadczenie główne, obok świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i z tytułu dożycia. Pozwany wskazał przy tym, że pobrana od powoda z uiszczonych przez niego składek kwota, stanowi rekompensatę kosztów, jakie poniósł on w związku z przedmiotową umową. Pozwany wyjaśnił, że koszty te nie są rozliczane jednorazowo, ale są amortyzowane w czasie trwania umowy przy zastosowaniu metod aktuarialnych, przy czym dopiero rozwiązanie umowy skutkuje ich powstaniem. W niniejszej sprawie koszty te składały się z kosztów pośrednika ubezpieczeniowego oraz kosztów akwizycji bezpośredniej oraz pośredniej. Precyzyjne wyliczenie tych kosztów w części przypadającej na umowę zawartą z powódką nie jest możliwe, niemniej mają one realne znaczenie dla kalkulacji świadczenia wykupu wypłacanego w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia. W przypadku umów jak omawiana, wyłącznie ich odpowiednio długie trwanie powoduje, że koszty ubezpieczyciela mogą zostać zrekompensowane zyskami osiągniętymi w kolejnych ratach i wówczas pozwany nie potrąca żadnych kwot. W konsekwencji uznać należy, że ustalanie wartości wykupu nie jest działaniem nastawionym na osiągnięcie zysku, a na skompensowanie poniesionych kosztów. **(odpowiedź na pozew k. 42-48)**

Do zamknięcia rozprawy stanowiska procesowe stron nie uległy zmianie. **(protokół rozprawy k. 117-120)**

#### **Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:**

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

Podpisanie umowy zaproponował powodowi przedstawiciel pozwanego. Obiecywał on, że polisa jest bardzo korzystna i że powód w ten sposób uzyska lepsze zabezpieczenie, aniżeli przy dotychczasowym ubezpieczeniu, jakie posiadał. Agent ubezpieczeniowy zapewniał, iż powód będzie miał świetlaną przyszłość, a także, że bank nie da mu takiego oprocentowania, jak na polisie, powód bowiem, prócz zainwestowanych składek, miał również otrzymać odsetki, jak na lokacie. Przedstawiciel nie wspominał o kosztach obciążających ubezpieczonego w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy, w szczególności nie informował powoda, iż może on stracić część zainwestowanych środków. **(dowód z przesłuchania powoda 00:11:07-00:45:27 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 10**

**stycznia 2018 roku, polisa k. 10, wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia k. 28-29, potwierdzenie odbioru dokumentów k. 62, OWU k. 75-84)**

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

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

Pismem z dnia 16 stycznia 2017 roku, doręczonym w dniu 23 stycznia 2017 roku, powód wezwał pozwanego do zapłaty w terminie 7 dni kwoty 4.649,98 zł tytułem nienależnie pobranej, w oparciu o niedozwolone postanowienia umowne, części bazowej rachunku w związku z całkowitym wykupem świadczenia wykupu i rozwiązaniem umowy. W odpowiedzi na wezwanie pozwany wyjaśnił, iż wysokość świadczenia wykupu w zakresie wartości części bazowej rachunku uwzględniała jej pomniejszenie o koszty poniesione przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem umowy, które nie mogły zostać pokryte z opłat określonych w OWU, jakie były pobierane przez ubezpieczyciela w trakcie całego okresu, na jaki umowa została zawarta. **(dowód z przesłuchania powoda 00:11:07-00:45:27 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 10 stycznia 2018 roku, wezwanie do zapłaty wraz ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru k. 24-24v., pismo k. 26-27, potwierdzenie wpłaty składki dodatkowej k. 30, pismo k. 63, rozliczenie k. 63v., wniosek k. 68)**

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

- 1) w okresie bazowym oraz po jego upływie, jeśli nie zostały opłacone składki regularne należne za okres bazowy:
  - a) w przypadku, gdy nie nastąpiło zawieszenie opłacania składki regularnej - liczbę lat polisy, za które w pełni zostały zapłacone wszystkie składki regularne, powiększoną o 1, jednak nie wyższą niż rok polisy w którym dokonywana jest całkowita lub częściowa wypłata świadczenia wykupu,
  - b) w przypadku, gdy nastąpiło zawieszenie opłacania składki regularnej - liczbę lat polisy, za które w pełni zostały zapłacone wszystkie składki regularne, powiększoną o 1, jednak nie wyższą niż rok polisy poprzedzający rok polisy,

w którym dokonywana jest całkowita lub częściowa wypłata świadczenia wykupu: jeżeli okres zawieszenia nie rozpoczyna się w rocznicę polisy, to okresy, za które zostały zapłacone składki regularne w latach polisy, w których zawieszenie miało miejsce, podlegają sumowaniu,

2) po okresie bazowym, pod warunkiem opłacenia składek regularnych należnych za okres bazowy:

a) w przypadku, gdy nie nastąpiło zawieszenie opłacania składki regularnej w okresie bazowym - rok polisy, w którym dokonywana jest całkowita lub częściowa wypłata świadczenia wykupu,

b) w przypadku, gdy nastąpiło zawieszenie opłacania składki regularnej w okresie bazowym - rok polisy poprzedzający rok polisy, w którym dokonywana jest całkowita lub częściowa wypłata świadczenia wykupu.

W związku z przedmiotową umową pozwany pobierał następujące opłaty (§ 24 OWU): wstępną, za udzielanie tymczasowej ochrony z tytułu śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, za ryzyko, administracyjną, za zarządzanie aktywami funduszy inwestycyjnych, za zarządzanie aktywami portfeli modelowych oraz operacyjną. Opłata wstępna była związana z zawarciem umowy i skalkulowana, jako stały procent wartości składki regularnej i składki dodatkowej. Była ona pobierana następnego dnia po zapisaniu na rachunku jednostek funduszy każdej należnej w pierwszym roku polisy składki regularnej oraz każdej zapłaconej w wykonaniu umowy składki dodatkowej przez cały czas trwania umowy, jako równowartość odpowiedniej liczby jednostek funduszy. Opłata za udzielanie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej określana była kwotowo, w wysokości wskazanej w ust. 5 załącznika nr 1 do OWU i pobierana proporcjonalnie do okresu udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, w dniu zapisania pierwszej składki regularnej na rachunku jednostek funduszy, jako równowartość odpowiedniej liczby jednostek funduszy. W przypadku opłat za ryzyko, były one ustalane kwotowo na podstawie wartości polisy, płci, wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia, wykonywanego zawodu i pobierane miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy przez odliczenie odpowiedniej części środków ubezpieczającego z rachunku jednostek funduszy. Podstawą naliczenia 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. Obejmowała ona czynności związane z administrowaniem umową, z wyłączeniem czynności podlegających opłacie operacyjnej. Opłata za zarządzanie aktywami funduszy inwestycyjnych była natomiast pobierana miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy przez odliczenie z rachunku jednostek funduszy odpowiedniej części środków ubezpieczającego i stanowiła sumę opłat dla części bazowej rachunku oraz dla części wolnej rachunku. Opłata za zarządzanie dla części bazowej rachunku obliczana była jako iloczyn wartości części bazowej rachunku, ustalonej na dzień naliczenia opłaty i 1/12 stawki opłaty wskazanej w ust. 9 załącznika nr 1 do OWU. Podstawą ustalenia stawki opłaty była wysokość składki regularnej w skali roku, aktualna na dzień zawarcia 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. 10 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. 11 załącznika nr 1 do OWU. Opłata operacyjna była natomiast określona jako odpowiedni procent aktualnej na dzień dokonania danej czynności opłaty administracyjnej i pobierana razem z tą opłatą w danym miesiącu polisy za czynności dokonane w poprzednim miesiącu polisy. Stawki opłaty operacyjnej, w zależności od rodzaju dokonywanej czynności, określone były w ust. 12 załącznika nr 1 do OWU.

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

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

W myśl postanowień ust. 15 załącznika nr 1 do OWU, określony procent części bazowej rachunku wypłacany ubezpieczającemu w przypadku odpisania jednostek z funduszy z części bazowej rachunku w związku z całkowitą lub częściową wypłatą świadczenia wykupu wynosił dla okresu ubezpieczenia 15 lat: w 1 i 2 roku – 0%, w 3 roku – 20%, w 4 roku – 30%, w 5 roku – 40%, w 6 roku – 50%, w 7 roku – 60%, w 8 roku – 70% (...) w 15 roku – 96%. **(ogólne warunki umowy ubezpieczenia na życie wraz z załącznikiem nr 1 k. 75-85)**

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, których prawidłowość i rzetelność sporządzenia nie budziła wątpliwości, nie była również kwestionowana przez strony. Podstawę ustaleń faktycznych stanowił ponadto dowód z przesłuchania powoda.

Na rozprawie w dniu 10 stycznia 2018 roku Sąd 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 powodem. Przypomnienia wymaga, że w odpowiedzi na pozew sam pozwany przyznał, że precyzyjne wyliczenie poniesionych przezeń kosztów w części przypadającej na zawartą z powodem umowę nie jest możliwe. 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 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.

### **Sąd Rejonowy zważył, co następuje:**

Powództwo było zasadne i zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Roszczenie powoda opierało się na twierdzeniu, że postanowienie umowy dotyczące wysokości świadczenia wykupu stanowiło klauzulę abuzywną. W myśl art. 385<sup>1</sup> § 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 powoda, 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. Spotkać można judykaty, 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. 385<sup>3</sup> 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 judykatów 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 w okresie na jaki umowa została zawarta. Celem Umowy nie jest realizacja zysków w krótkim horyzoncie czasowym." Z kolei w § 3 ust. 2 OWU wskazano, że zakres ubezpieczenia obejmuje dwa zdarzenia ubezpieczeniowe to jest: dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia oraz śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia. Z kolei w § 21, 22 i 23 uregulowano odpowiednio świadczenie z tytułu śmierci, świadczenie z tytułu dożycia i świadczenie wykupu. Zebrany materiał dowodowy, a w szczególności przesłuchanie powoda wskazuje, że postanowienia OWU w zasadzie nie podlegały negocjacji, co w szczególności dotyczy sumy wykupu (okoliczność niesporna), której wyliczenie stanowiło jeden załączników do umowy. Treść stosunku umownego była zatem jednostronnie kształtowana przez pozwanego Towarzystwo, co stanowi zakłócenie równowagi stron, w sytuacji, gdy zapisy umowy sformułowane są w sposób niejasny, nieprecyzyjny. Zestawiając wskazaną wyżej treść § 3 ust. 2 OWU oraz § 21-23 OWU zdaniem Sądu nie sposób podzielić twierdzenia pozwanego, że świadczenie wykupu stanowi główne świadczenie stron. Co więcej z § 20 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. 385<sup>1</sup> k.p.c. nie pozwala na szeroką

interpretacje formuły "postanowień określających główne świadczenia stron" (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 roznieć 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 sformulowaniem "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. Powód jako konsument z pewnością nie był informowany podczas zawierania umowy, że w przypadku rozwiązania umowy otrzyma "świadczenia wykupu" i że jest ono przewidziane w umowie jako świadczenie główne w przypadku rozwiązania. Z tych względów argumentacja podnoszona przez pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie. Dodać również należy, iż konstrukcja, jaką zastosował pozwany dla kary umownej i brak nazwania jej opłatą likwidacyjną (w OWU nie ma wprost mowy o opłacie pobieranej przez pozwanego, a jedynie o wysokości świadczenia wykupu wypłacanego właścicielowi polisy, która jednak stanowi wyłącznie określony procent zgromadzonych na rachunku ubezpieczonego środków), 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.

Poza sporem pozostawało nadto, że sporny zapis nie był negocjowany indywidualnie. Wprawdzie nie można odmówić racji pozwanemu, iż 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 umowy 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 powoda w treść zawieranej umowy były minimalne i ograniczały się w istocie do wyboru okresu obowiązywania umowy oraz wysokości stawki. Nie budzi przy tym wątpliwości okoliczność, iż możliwość zapoznania się przez powoda 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 40%. W omawianym przypadku pozwany pobierał zatem środki, które pochłaniały niemal połowę sumy zgromadzonej na rachunku (jego części bazowej) powoda, co należy uznać za niedopuszczalne z punktu widzenia zasad współżycia społecznego. W istocie więc ubezpieczyciel przewidział 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 przejęcie przez ubezpieczyciela dużej części wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Wzorzec umowy 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 40% w siódmym roku trwania umowy. Co przy tym istotne, powód na etapie przed zawarciem umowy nie był w stanie samodzielnie ocenić, jaka wysokość „opłaty likwidacyjnej” może być odliczona od wartości zgromadzonych przez niego jednostek funduszy w kolejnych latach trwania umowy, albowiem algorytm wyliczenia spornej opłaty jest całkowicie niezrozumiały dla konsumenta, który nie dysponuje wiedzą specjalistyczną. Przedstawiciel pozwanego nie poinformował przy tym powoda o kosztach związanych z rozwiązaniem umowy i sposobie ich wyliczenia, na co wyraźnie wskazał powód w złożonych wyjaśnieniach. Powód w ogóle nie miał wiedzy w zakresie tego, że rozwiązanie przez niego umowy przed upływem 15 lat będzie się wiązało po jego 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. 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 strictly związanych z konkretną ocenianą umową. Nadto, konsument nie ma jakiegokolwiek wpływu na decyzje pozwanego podejmowane w ramach umów, które wiążą go z innymi 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. Nadto, zgodnie z art. 761<sup>3</sup> i 761<sup>4</sup> 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 powoda, nie może ująć uwadze, że gdyby umowa uległa rozwiązaniu w pierwszym roku polisy, to biorąc pod uwagę kwotę nagromadzonych składek pobrana przez pozwanego kwota byłaby niższa, niż gdyby umowa uległa rozwiązaniu w kolejnym roku trwania polisy (w pierwszym roku powód straciłby 100% składek, a więc kwotę 2.400 zł, w drugim również 100% składek, a więc już kwotę 4.800 zł, w trzecim 80% składek – 5.760 zł, w czwartym 70% składek – 6.720 zł, w piątym i szóstym odpowiednio 60% i 50% składek – po 7.200 zł). 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.

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 orzeczniczą 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 powód decydując się na zawarcie przedmiotowej umowy mógł być przekonany, iż agent ubezpieczeniowy będzie działać wyłącznie w jego interesie i na jego korzyść, a także, że wybór przedstawianego produktu finansowego nie jest przypadkowy, a stanowi rezultat wszechstronnej analizy przedstawionych przez powoda preferencji. Co przy tym istotne, powód był zapewniany, że proponowany produkt jest formą oszczędzania, przedstawiciel pozwanego wskazywał bowiem, że polisa jest bardzo korzystna, że powód zyska na tym produkcie więcej, aniżeli w ramach dotychczas posiadanego, że takiego oprocentowania nie zapewnia żaden bank, a on sam będzie miał świetlaną przyszłość. M. Ś., jako konsument, nie miał świadomości, że pozwany proponuje mu skomplikowany i ryzykowny produkt. 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 powoda, który bazował na informacjach udzielonych mu przez agenta działającego w imieniu pozwanego, który koncentrował się wyłącznie na pozytywnych cechach oferowanego produktu. Istotne jest tutaj działanie agenta, który skupiał uwagę powoda nie na cechach produktu, relewantnych 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 powoda przekonanie, że podpisując umowę zabezpieczy finansowo swoją przyszłość. Powyższa praktyka doprowadziła do powstania fałszywego wyobrażenia, prowadzącego do podjęcia (lub możliwości podjęcia) przez powoda, jako przeciętnego konsumenta, decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął. Doskonale ilustruje to stwierdzenie powoda „gdyby mi ktoś wcześniej powiedział, że stracę jakieś pieniądze likwidując taką lokatę, to pewnie bym jej nie zakładał. Włożyłbym je do banku albo trzymał w skarpecie” (k. 119 skróconego protokołu rozprawy). 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 powoda, jako przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu. Przesądza o tym zachowanie przedstawiciela pozwanego, który na żadnym etapie zawierania umowy nie poinformował powoda o ryzykach związanych z inwestycją, w tym o możliwości utraty części, a nawet całości wpłacanych środków, a skupił się wyłącznie na korzyściach produktu. 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 powoda. 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 prowadziłoby 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 wypowiedział 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 przejście 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”.

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 40% wartości jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku powoda narusza dobre obyczaje, ponieważ sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela obiektywnie

dużej części zgromadzonych przez ubezpieczającego środków (blisko 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 wytłumaczeniem 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. 385<sup>1</sup> § 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 4.649,98 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 powoda, a zatem pozwany ubezpieczyciel nie powinien był potrącić z kwoty wypłacanej powodowi opłaty za wykup. Tym samym, pobrana opłata stanowi świadczenie nienależne, którego zwrot należy jest powodowi w oparciu o przepis art. 410 § 2 k.c.

Wobec powyższego Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.649,98 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 31 stycznia 2017 roku do dnia zapłaty.

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. Powód wezwał pozwanego do zapłaty spornej kwoty w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania, co nastąpiło w dniu 23 stycznia 2017 roku. Zakreślony termin upłynął bezskutecznie w dniu 30 stycznia 2017 roku, a zatem żądanie odsetkowe powoda zasługiwało na uwzględnienie w całości.

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

Powód wygrał proces w całości, a zatem należy mu się od pozwanego zwrot kosztów procesu w pełnej wysokości.

Na koszty procesu poniesione przez powoda złożyły się: 100 zł tytułem opłaty sądowej od pozwu, 900 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego (§ 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie, Dz.U. 2015, poz. 1800) oraz 17 zł opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Dlatego też Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.017 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji wyroku.