

Sygn. akt VIII C 25/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 stycznia 2023 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi VIII Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Anna Bielecka-Gąszcz

Protokolant: staż. Justyna Osiewała-Wawrowska

po rozpoznaniu w dniu 11 stycznia 2023 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa V. R.

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

o zapłatę 1.665,35 zł

1. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.665,35 zł (jeden tysiąc sześćset sześćdziesiąt pięć złotych i trzydzieści pięć groszy) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 21 września 2021 roku do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;
3. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.117 zł (jeden tysiąc sto siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt VIII C 25/22

UZASADNIENIE

W dniu 1 grudnia 2021 roku powódka V. R., reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika, wytoczyła przeciwko pozwanemu V. L. Towarzystwu (...) S.A. V. (...) w W. powództwo o zasądzenie kwoty 1.665,35 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2021 roku do dnia zapłaty oraz wniosła o zasądzenie zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu podniesiono, że w dniu 5 grudnia 2006 roku strony zawarły umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną (...), potwierdzoną polisą nr (...). Umowa uległa rozwiązaniu z dniem 31 grudnia 2020 roku, a pozwany ustalił na dzień wykupu wartość rachunku na kwotę 29.723,54 zł, z której potrącił 1.665,35 zł, tym samym powódce została wypłacona suma 28.058,19 zł. W ocenie powódki postanowienia OWU oraz tabeli opłat i limitów mają charakter abuzywny, a pobrane przez pozwanego opłaty, w tym likwidacyjna, stanowią świadczenie nienależne. Postanowienia te nie były indywidualnie uzgadniane z powódką i w sposób rażący naruszają jej interesy, są także sprzeczne z dobrymi obyczajami. Pobrana opłata stanowi swoistą karę umowną, a jej zastrzeżenie godzi w równowagę kontraktową stron. Wysokość opłaty nie znajduje żadnego uzasadnienia, została ona bowiem ustalona w stałych proporcjach, niezależnie od faktycznie poniesionych przez pozwanego wydatków, co skutkuje brakiem ekwiwalentności świadczeń stron umowy oraz bezpodstawnym wzbogaceniem się pozwanego. Poza sporną opłatą ubezpieczyciel naliczył także opłatę administracyjną, za zarządzanie, za ryzyko, które co do zasady powinny stanowić ekwiwalent kosztów związanych z

administrowaniem konta ubezpieczonego. Ponadto, że koszty wystawienia polisy, akwizycji, tudzież prowizji agenta to koszty związane z działalnością zakładu ubezpieczeniowego, który w tej sferze ponosi ryzyko gospodarcze, które nie powinno być przerzucane na klienta. Sporna opłata nie stanowi świadczenia głównego, a do jej ustalenia i pobrania dochodzi dopiero po rozwiązaniu umowy. **(pozew k. 2-7)**

W dniu 13 grudnia 2021 roku referendarz sądowy wydał w przedmiotowej sprawie nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym, który pozwany, reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, zaskarżył sprzeciwem w całości, wnosząc o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu podkreślił, że sporne postanowienia umowne nie mają charakteru abuzywnego, ich brzmienie zostało sformułowane w jasny sposób, przystępnym i zrozumiałym językiem, wobec czego nie godzą one w uzasadnione interesy powódki, która została poinformowana o przesłankach wypłaty świadczenia wykupu. Wskazał, że działanie powódki polegające na przedterminowym rozwiązaniu umowy ze względu na brak zapłaty składki rażąco naruszało jego interesy, narażając go na dodatkowe koszty. Argumentował, iż cechą umów z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi jest ich długotrwałość i jedynie przy istnieniu takiego założenia przynoszą one znaczący zysk ubezpieczającemu. D. ta determinuje sposób kalkulowania przez ubezpieczyciela wysokości pobieranych opłat i wypłacanych świadczeń. Przypomniął, że ponosi koszty akwizycji, który obejmują koszty bezpośrednie (w tym prowizje agentów, koszty badań lekarskich, koszty wystawienia polisy, wynagrodzenia wraz z narzutami pracowników zajmujących się akwizycją) oraz pośrednie (w tym koszty reklamy i promocji oraz koszty ogólne związane z badaniem wniosków i wystawianiem polisy), które nie są rozliczane jednorazowo, a amortyzowane w czasie trwania umowy ubezpieczenia przy zastosowaniu metod aktuarialnych. Dodał, że rozwiązanie umowy przed terminem spowodowało, że utracił możliwość pokrycia tych kosztów przyszłymi przychodami ze składek

i musiał je rozliczyć poprzez zastosowanie mechanizmu służącemu obliczaniu świadczenia wartości wykupu. Naliczenie spornej opłaty było zatem uprawnione skoro jej celem było skompensowanie poniesionych kosztów, wobec czego nie może być ona postrzegana jako kara umowna. Niezależnie od powyższego pozwany podniósł, że świadczenie wykupu stanowi świadczenie główne, bez którego umowa nie mogłaby zostać zawarta. Wskazał również, że w trakcie trwania przedmiotowej umowy ponosił ryzyko ubezpieczeniowe, a także, że powódka mogła odstąpić od umowy w terminie 30 dni, czego jednak nie uczyniła, co wskazuje, że nie miała zastrzeżeń do warunków zawartej umowy. Wreszcie zwrócił uwagę, że strony zawarły aneks do umowy, sporządzony w oparciu o treść porozumienia z Prezesem UOKiK, w którym wartość wykupu została zmieniona na korzyść powódki. **(nakaz zapłaty k. 21, sprzeciw k. 24-30v)**

Do zamknięcia rozprawy stanowiska procesowe stron nie uległy zmianie. **(pismo procesowe k. 59-63, protokół rozprawy k. 96-97, k. 106-110, k. 118)**

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka V. R. złożyła wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną (...). Przedmiotowy wniosek powódka skierowała do pozwanego za pośrednictwem współpracującego z nim agenta, z którym powódkę skojarzył kolega z pracy. 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 267 zł, a okres ubezpieczenia wyniósł 30 lat. Koniec okresu ubezpieczenia (data dożycia) oznaczono na dzień 4 grudnia 2036 roku.

Z tytułu polisy powódce przysługiwały dwa świadczenia: z tytułu dożycia w wysokości kwoty równej wartości rachunku (§ 5 ust. 1 OWU) oraz z tytułu śmierci w wysokości: wartości rachunku + 10% wartości części bazowej rachunku (§ 5 ust. 2 pkt 1 OWU) lub sumie składek regularnych i składek 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 (...).

Przy zawieraniu przedmiotowej umowy powódka była informowana, że jest to produkt gwarantujący zysk, dlatego też zdecydowała się podpisać umowę na okres do ukończenia 75 roku życia. Osoba rozmawiająca z powódką omawiała poszczególne aspekty umowy, czyniła to jednak z użyciem nieoczywistego języka. Jednocześnie zapewniała, że na bieżąco będzie o wszystkim informowała powódkę, co jednak nie miało miejsca. Umowa była podpisywana w domu powódki i dopiero wówczas otrzymała ona OWU. **(dowód z przesłuchania powódki – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 4 listopada 2022 roku, polisa k. 11, OWU z załącznikiem k. 12-15v., wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia k. 33-34)**

W trakcie trwania umowy pozwany informował powódkę o wartości polisy, sumie wpłaconych składek oraz wartości wykupu. Począwszy od 2011 roku podawana na ostatni dzień danego roku wartość umowy była każdorazowo niższa od sumy wpłaconych przez powódkę składek.

Na mocy zawartego przez strony aneksu dokonano zmiany wartości procentowych służących do ustalenia wysokości opłaty likwidacyjnej. I tak wartości te wyniosły: w 1 roku – 29%, w 2 roku – 28%, w 3 roku – 27% (...), w 15 roku – 15% (...), w 30 roku – 0%.

Przedmiotowa umowa uległa rozwiązaniu z dniem 31 grudnia 2020 roku, tj. w piętnastym roku jej trwania. Powódka zdecydowała się rozwiązać stosunek umowny ponieważ rok rocznie jej oszczędności w ramach przedmiotowego produktu zamiast rosnać malały.

W rozliczeniu z tytułu polisy pozwany wskazał, że wartość umowy wynosi – 29.723,54 zł, suma wpłaconych składek – 39.216,20 zł, suma wypłat – 0,00 zł, wysokość opłaty likwidacyjnej – 1.665,35 zł, wartość wykupu – 28.058,19 zł. Pozwany wypłacił powódce kwotę 28.058,19 zł, stanowiącą 94,40% wartości części bazowej rachunku. **(dowód z przesłuchania powódki – elektroniczny protokół rozprawy z dnia 4 listopada 2022 roku, rozliczenie z tytułu umowy k. 16, aneks k. 35, informacje dotyczące umowy k. 37-50, okoliczności bezsporne)**

Pismem z dnia 29 czerwca 2021 roku V. R. wezwała pozwanego do zapłaty w terminie 14 dni kwoty 1.665,35 zł z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia. **(wezwanie do zapłaty k. 17-19, okoliczności bezsporne)**

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.

W myśl § 25 ust. 1 OWU, ubezpieczający od drugiej rocznicy polisy miał prawo wystąpić o wypłatę wartości wykupu pod warunkiem, że opłacił wszystkie składki regularne w należytym wysokości wymagane do dnia złożenia wniosku. Wysokość kwoty do wypłaty powstałej w wyniku naliczenia wartości wykupu, była równa wartości polisy, obliczonej według cen jednostek funduszy

z najbliższego dnia wyceny danego (...), następującego najpóźniej po drugim dniu roboczym od dnia rozwiązania umowy, pomniejszonej o opłatę likwidacyjną pobraną od wartości tej części środków wypłacanych z rachunku jednostek funduszy, która stanowiła wartość jednostek funduszy zakupionych z opłaconej składki regularnej należytym

w okresie pierwszych pięciu lat polisy, po uwzględnieniu umorzeń jednostek funduszy. Stawka opłaty likwidacyjnej ustalana była w oparciu o załącznik nr 1 do OWU.

Niezależnie od opłaty likwidacyjnej pozwany pobierał następujące opłaty (§ 26 OWU): wstępną, za udzielanie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, za ryzyko, administracyjną, za zarządzanie aktywami rachunku jednostek funduszy, za zarządzanie aktywami portfeli modelowych, za konwersję. Opłata wstępna była związana z zawarciem umowy i skalkulowana, jako stały procent wartości składki regularnej i składki dodatkowej. Stawka opłaty uzależniona była od okresu ubezpieczenia. Była ona pobierana w dniu zapisania środków na rachunku jednostek funduszy, jako równowartość odpowiedniej liczby jednostek funduszy. Opłata za udzielanie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej określana była kwotowo i pobierana z pierwszej składki regularnej. 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. Podstawą naliczania opłaty była większa z dwóch wartości: 10% wartości polisy 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 (w chwili zawarcia umowy przez powódkę stawka ta wynosiła 0, (...) i rosła przez kolejne lata wraz z wiekiem ubezpieczonego). Opłata ta podlegała pobraniu przez cały czas trwania umowy. Z kolei opłata administracyjna była określana kwotowo i pobierana miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy. Na dzień zawarcia umowy miesięczna wysokość opłaty administracyjnej wynosiła 11,96 zł, a począwszy od dnia 1 stycznia 2007 roku – 12,43 zł. Opłata za zarządzanie aktywami rachunku jednostek funduszy była natomiast określana procentowo i pobierana miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy przez cały okres trwania umowy i stanowiła sumę iloczynów: 1) wartości jednostek funduszy zakupionych ze składek regularnych należnych w okresie pierwszych 5 lat polisy, obliczonej na dzień naliczenia opłaty i 1/12 stawki opłaty wskazanej w załączniku nr 1 do OWU; 2) wartości jednostek funduszy zakupionych ze składek regularnych należnych od rocznicy polisy i składki dodatkowej, obliczonej na dzień naliczenia opłaty i 1/12 stawki opłaty wskazanej w załączniku nr 1 do OWU. Opłata za zarządzanie aktywami portfeli modelowych była zaś określana procentowo przez ubezpieczyciela i pobierana miesięcznie z góry w każdym miesiącu polisy, niezależnie od opłaty za zarządzanie aktywami rachunku jednostek funduszy. 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 załączniku nr 1 do OWU. Wymienione opłaty pobierane były poprzez odpisanie z rachunku jednostek funduszy odpowiedniej części środków ubezpieczającego.

Pozwany nie dawał jakichkolwiek gwarancji, co do wartości polisy oraz wysokości świadczeń, których kwota związana jest z wartością jednostek funduszy (§ 27 ust. 1 OWU).

Umowa stron ulegała rozwiązaniu w przypadku m.in. jej rozwiązania przez ubezpieczającego, niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej, wypłaty wartości wykupu (§ 12 ust. 1 pkt 2, 3 i 6 OWU).

W myśl postanowień załącznika nr 1 do OWU, stawka opłaty likwidacyjnej stanowiła 100% w dwóch pierwszych latach polisy, natomiast od trzeciego roku polisy była określana według podanego w załączniku wzoru. **(ogólne warunki umowy ubezpieczenia na życie wraz z załącznikiem nr 1 k. 12-15v.)**

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie znajdujących się w sprawie dokumentów, których prawidłowość i rzetelność sporządzenia nie budziła wątpliwości, nie była również kwestionowana przez strony postępowania. Podstawę ustaleń faktycznych stanowił ponadto dowód z przesłuchania powódki, której logiczne i spójne zeznania Sąd uznał za wiarygodne w całości. V. R. precyzyjnie opisała proces zawierania przedmiotowej umowy, zwracając szczególną uwagę na kwestię informacji, jakie uzyskała na temat oferowanego jej produktu. Depozycje powódki nie były podważane przez stronę przeciwną.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo było zasadne i zasługiwało na uwzględnienie w całości w zakresie należności głównej i częściowo w zakresie odsetek.

Roszczenie powódki opiera się na twierdzeniu, że postanowienia umowne dotyczące opłaty likwidacyjnej pobieranej w związku ze złożeniem wniosku

o wypłatę wartości wykupu stanowią klauzule abuzywne. 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 postanowienia umowne odnoszące się do wartości wykupu, nie określają głównego świadczenia umowy, gdyż nie odnoszą 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 polisy zatrzymywana przez pozwanego w związku z rozwiązaniem umowy) nie jest świadczeniem głównym. 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 abuzowości, 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, czy też wartość wykupu, charakteryzowały lub typizowały umowę ubezpieczenia lub umowę inwestycyjną, której 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, czy też wartość wykupu wypłacana w związku z rozwiązaniem umowy. Zasadność powyższej konkluzji jest jeszcze bardziej widoczna, jeśli podda się głębszej analizie postanowienia OWU pozwanego. Z treści § 3 OWU wynika jednoznacznie, że "Przedmiotem Umowy jest życie Ubezpieczonego" 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. W § 5 ust. 1 mowa jest o świadczeniu z tytułu dożycia, w ust. 2

o świadczeniu z tytułu śmierci ubezpieczonego. Z powyższych zapisów wprost więc wynika, że wartość wykupu obejmuje wszystkie wypadki wypłaty przez ubezpieczyciela ubezpieczającemu świadczeń niebędących ujętymi w § 5 ust. 1 i 2 zdarzeniami ubezpieczeniowymi, które - według poprzedzających ten paragraf objaśnień - określają zdarzenia, w przypadku których ubezpieczyciel wypłaci pieniądze na podstawie umowy. Pomimo więc, że jest ono przewidziane w umowie wśród świadczeń umownych ulokować je trzeba poza głównymi świadczeniami umowy. Jest to świadczenie szczególne, przewidziane na wypadek wcześniejszej potrzeby odebrania przez ubezpieczającego w części lub w całości kapitału zgromadzonego w postaci jednostek funduszu inwestycyjnego. Na powyższe wskazuje także analiza dalszych postanowień OWU. I tak w § 23 i 25 OWU uregulowano szczegółowo zasady wypłaty świadczeń odpowiednio z tytułu śmierci, z tytułu dożycia i wartości wykupu. Zestawiając wskazaną wyżej treść

§ 4 OWU oraz § 23 i 25 OWU zdaniem Sądu nie sposób podzielić twierdzenia pozwanego, że wartość wykupu stanowi główne świadczenie stron. Co więcej

z § 22 OWU określającego zasady wypłaty świadczeń wynika wprost, że te świadczenia są powiązane ze zdarzeniami ubezpieczeniowymi,

a przedmiotowa regulacja nie obejmuje wartości wykupu. Oczywistym jest bowiem, że świadczenie główne musi wiązać się ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, a w odniesieniu do wartości wykupu taka korelacja nie zachodzi. Jednocześnie zebrany materiał dowodowy prowadzi do wniosku, że postanowienia OWU odnoszące się do wartości wykupu, jak również opłaty likwidacyjnej, nie podlegały negocjacji (okoliczność niesporna). Zasadnie przyjmuje judykatura wskazując, że brzmienie art. 385¹ k.p.c. nie pozwala na szeroką interpretację 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 tej przyczyny postulowane jest, aby 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, że "wszelkie wątpliwości należy rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną". Należy podkreślić, że ustawodawca nie bez przyczyny posłużył się sformułowaniem "postanowienia określające główne świadczenia stron", nie zaś "dotyczące" ich, które może mieć szerszy zakres interpretacyjny. Sam fakt, że w umowie stron "wartość 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 "wartość wykupu" i że jest ona przewidziana w umowie, jako świadczenie główne w przypadku jej rozwiązania.

Z tych względów argumentacja podnoszona przez pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie. Powracając na płaszczyznę orzeczniczą przytoczyć należy stanowisko Sądu Najwyższego, który w uchwale z dnia 24 stycznia 2010 roku

(III CZP 51/19, Biul. SN 2020, nr 1), podniósł „rozumiane w ten sposób świadczenie wykupu czy też wartość wykupu stanowi rewers opłat likwidacyjnych - jak wynika to z przeglądu orzecznictwa - powszechnie zastrzeganych w ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Różnica pomiędzy takimi opłatami a świadczeniem wykupu, czy też

wartością wykupu sprowadza się w zasadzie do sposobu ujęcia (to ostatnie skonstruowane zostało od strony "pozytywnej" - określając kwotę wypłacaną ubezpieczającemu). Ekonomiczna istota obu konstrukcji pozostaje jednak tożsama". Jednocześnie odpowiadając na pytanie „czy świadczenie wykupu, wypłacone przez ubezpieczyciela konsumentowi na podstawie umowy ubezpieczenia na życie

z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w związku z przedterminowym rozwiązaniem tej umowy, jest świadczeniem głównym w rozumieniu

art. 385¹ k.c.?" Sąd Najwyższy podjął uchwałę o treści „świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest świadczeniem głównym w rozumieniu

art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.". Uzasadniając powyższe stanowisko wskazał, że świadczenie to pozostaje poza główną treścią zobowiązania stron - zarówno w "ubezpieczeniowym", jak i "inwestycyjnym" komponencie umowy. Nie wiąże się bezpośrednio z obowiązkiem uiszczania składki ani z zakresem ochrony ubezpieczeniowej, nie jest też skorelowane wprost z podstawowym obowiązkiem ubezpieczyciela, jakim jest zarządzanie przekazanymi mu środkami (zwłaszcza przez ich inwestowanie). Stanowi rozwiązanie o uzupełniającym charakterze, mające zastosowanie jedynie w sytuacji, w której po zakończeniu współpracy stron powstaje konieczność wzajemnych rozliczeń. Zaznaczył ponadto, że zatrzymanie części wniesionych środków przez ubezpieczyciela może być odczytywane z tej perspektywy na różne sposoby, jak się wydaje, przede wszystkim jako bodziec dla ubezpieczającego do wykonywania umowy przez cały okres ustalony w chwili jej zawarcia oraz jako forma zrekompensowania ubezpieczycielowi utraty zysku spodziewanego w związku z obracaniem środkami wpłaconymi w ramach składek ubezpieczeniowych oraz z tytułu wynagrodzenia za zarządzanie. Tożsame stanowisko Sąd Najwyższy zajął na gruncie uchwały z dnia 17 lipca 2020 roku

(III CZP 75/19, Biul. SN 2020, nr 7-8), akcentując, że omawiane świadczenie jest świadczeniem o charakterze awaryjnym, pobocznym, rozliczeniowym. Zawierające je postanowienie umowne powinno wywierać sprzeczne i mogące się różnie kształtować interesy stron i należy je zabezpieczać w sytuacji nietypowej, odbiegającej od zasadniczego celu i założeń zawartej umowy. Tego rodzaju świadczenie nie spełnia kryteriów głównego świadczenia umownego

w rozumieniu art. 381¹ § 1 zd. 2 k.c., a wątpliwości i trudności ujęcia w jego konstrukcji usprawiedliwionych interesów obydwu stron, zdecydowanie przemawiają za potrzebą poddania jego założeń kontroli sądowej przewidzianej we wskazanym przepisie.

Poza sporem pozostawało nadto, że kwestionowany 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. Na gruncie niniejszej sprawy nie budzi wątpliwości, że realne możliwości ingerencji powódki 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 powódkę z umową (jej wzorcem), w tym postanowieniami OWU, 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 powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, z rażącym naruszeniem jej interesów. Sąd nie ma również wątpliwości odnośnie tego, iż także treść aneksu do umowy nie była uzgadniana z powódką, brak jest bowiem jakiegokolwiek dowodu, że mogła ona ingerować w jego treść. Przeczy temu zresztą sam pozwany podnosząc, że aneks jest wynikiem porozumień zawartych

z prezesem UOKiK, a nie indywidualnych uzgodnień z klientem. Wręcz kuriozalna wydaje się przy tym argumentacja pozwanego, że skoro powódka aneks podpisała, to jego treść została uzgodniona indywidualnie, albowiem wprowadzona aneksem zmiana była przedmiotem jej indywidualnej decyzji. Taka wykładania pojęcia „indywidualnego uzgodnienia” prowadziłaby bowiem do wniosku, że sam fakt sygnowania danego dokumentu przesądza o indywidualnym uzgodnieniu jego treści. Z oczywistych względów z takim punktem widzenia nie sposób się zgodzić. Oczywiście jest ponadto, że o ile aneksem zmieniono wartości procentowe służące do wyliczenia opłaty likwidacyjnej, to już same zasady odnoszące się do tejże opłaty zapisane w OWU pozostały niezmiennie. Skoro tak to nie do obrony jest teza, że sama zmiana wartości procentowej powoduje, że postanowienia OWU odnoszące się do opłaty likwidacyjnej pobieranej w związku z wypłatą wartości wykupu przestają mieć abuzywny charakter. Finalnie przypomnienia wymaga, że oceny abuzywności postanowień umowy dokonuje się na datę jej zawarcia, a w tej dacie zastosowanie znajdowały pierwotne wartości opłaty likwidacyjnej. W konsekwencji Sąd uznał, że dopuszczalne jest przeprowadzenie indywidualnej kontroli spornego postanowienia pod kątem ewentualnej abuzywności – ukształtowania praw i obowiązków powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, z rażącym naruszeniem jej interesów.

Pierwszym, co rzuca się w oczy podczas analizy spornego postanowienia umownego, jest wysokość opłaty, jaką pozwany zatrzymywał w związku

z rozwiązaniem umowy, który w przypadku powódki wynosił 5,6%.

W omawianym przypadku pozwany pobierał zatem środki, które pochłaniały ponad 1/20 sumy zgromadzonej na rachunku 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 podkreślenia, 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 (przykładowo, jeśli wartość rachunku wyniosłaby 1.000.000 zł to opłata likwidacyjna wyrażałaby się kwotą 56.000 zł). Tak sformułowane postanowienie narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela relatywnie dużej części 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 5,6% w piętnastym roku trwania umowy. Co 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 wyliczania 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 V. R. 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 znacznymi 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 pozytywnych związków

z oferowanym produktem. Wskazać również należy, iż 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, w tym za zarządzanie. Na marginesie podniesienia wymaga, 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. 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. 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 opisanie 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 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. Zwrócić należy uwagę, że w omawianym przypadku pozwany ma zawsze zagwarantowane własne świadczenie odniesione do wysokości uiszczonej składki. Świadczy to o rażącym braku ekwiwalentności świadczeń. Przeczy to zarówno istocie ochrony ubezpieczeniowej, jak i rzekomo inwestycyjnemu charakterowi zawieranej umowy (konsument nie może wycofać środków bez utraty znaczącej ich części).

W konsekwencji całość ryzyka przeniesiona jest na konsumenta, co niewątpliwie jest dla niego niekorzystne. 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.). Powyższej oceny nie zmieniają przepisy o rachunkowości towarzystw ubezpieczeniowych, czym innym jest bowiem ukształtowanie umowy w sposób niekorzystny dla klienta, a czym innym rozliczanie kosztów prowadzenia działalności według określonych zasad rachunkowości. To pozwany jest profesjonalnym uczestnikiem obrotu i nie ma podstaw, aby przenosił na konsumenta skutki takiego, a nie innego sposobu prowadzenia własnej rachunkowości zwłaszcza, że klient nie uczestniczy w jakikolwiek sposób

w wewnętrznych rozliczeniach Towarzystwa. Istotą oceny abuzywności takiej konstrukcji umowy nie jest to, kiedy winno nastąpić rozliczenie kosztów, ale jest nią nierówne rozłożenie ryzyka i przeniesienie go w całości na konsumenta, który niezależnie od wyników finansowych inwestycji zmuszany jest do pokrycia wszystkich kosztów działalności profesjonalisty. Takie ukształtowanie relacji, zwłaszcza w umowie ubezpieczenia, przeczy dobrym obyczajom. 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 nią preferencji. Co przy tym istotne, powódka była zapewniana, że proponowany produkt jest formą oszczędzania, przedstawiciel pozwanej wskazywał bowiem, że polisa jest bardzo korzystna, że powódka może na przedmiotowym produkcie zyskać. V. R., jako konsument, nie miała świadomości, że pozwany proponuje jej skomplikowany i ryzykowny produkt. Wyrażnego 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 klienta nie na cechach produktu, relewantnych z punktu widzenia jego działania (przedstawiciel pozwanego nie omawiał sposobu inwestowania składek, ich elementów składowych, nie informował o wartości 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 powódki 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 opisane wyżej zachowanie przedstawiciela pozwanego. 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 głównym bodźcem do zawarcia przedmiotowej umowy. Na marginesie wskazać należy, że jak wyjaśnił 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. 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 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”.

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 kapitałowych 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 5,6% wartości jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku powódki narusza dobre obyczaje, ponieważ sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela obiektywnie dużej części zgromadzonych przez ubezpieczającego środków 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 powódkę. 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 zostałyby 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 Ł. 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 opłaty likwidacyjnej, nie wyjaśniają także, jaki charakter mają potrącanie kwoty

i z jakiego tytułu są zatrzymywane. Nie można tłumaczyć żadną miarą, że konieczność pobierania tych kwot wynika z tego, że wskutek 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 1.665,35 zł, 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 wypłacanej jej kwoty 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 1.665,35 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 21 września 2021 roku do dnia zapłaty, oddalając powództwo w pozostałym zakresie roszczenia odsetkowego.

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. W przedmiotowej sprawie powódka wezwała pozwanego do zapłaty pismem z dnia 29 czerwca 2021 roku, odnośnie którego nie wiadomo jednak,

w jakiej dacie zostało doręczone. Pozwany w odpowiedzi na pozew wyjaśnił, że wezwanie to otrzymał w dniu 6 września 2021 roku, którego to twierdzenia powódka nie podważyła. W konsekwencji dopiero od tej daty zaczął biec zastrzeżony w wezwaniu 14-dniowy termin płatności, a pozwany popadł w opóźnienie z dniem 21 września 2021 roku.

O kosztach procesu rozstrzygnięto w oparciu o art. 98 k.p.c. w zw. z art. 100 zd. 2 k.p.c. Powódka wygrała spór niemal w całości ulegając wyłącznie w części żądania odsetkowego, dlatego też była uprawniona żądać zwrotu pełni poniesionych kosztów. Te obejmowały opłatę sądową od pozwu – 200 zł, wynagrodzenie pełnomocnika w stawce

minimalnej – 900 zł oraz opłatę skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł. Wobec powyższego Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.117 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji wyroku.