

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 5 października 2016 roku (data stempla pocztowego operatora wyznaczonego) R. F. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 55.714,94 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych i opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, że powód zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na podstawie ogólnych warunków ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) ze składką regularną, potwierdzoną polisą ubezpieczeniową o nr (...). Powód zawarł umowę jako konsument, gdyż zawarcie przedmiotowej umowy nie było związane z działalnością gospodarczą powoda. Treść umowy nie była między stronami indywidualnie negocjowana. Powód nie miał wpływu na treść stosunku ubezpieczenia, gdyż w zasadniczym zakresie, w tym zakresie kwestionowanych zapisów o całkowitym wykupie polisy treść ta była kształtowana przez przygotowany przez pozwanego wzorzec umowny. Zawarta umowa została rozwiązana na skutek braku opłaty przez powoda składki regularnej. Pozwany pobrał opłatę za całkowity wykup w kwocie 55.714,94 zł, na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia.

Zdaniem powoda zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dotyczące pobierania opłaty za całkowity wykup lokaty stanowią klauzule niedozwolone bowiem nie były z nim jako konsumentem indywidualnie uzgodnione, nie dotyczą głównych świadczeń stron oraz kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, bowiem w sposób nieuczciwy określają obowiązki kontraktowe powoda i nie pozostają w bezpośrednim związku z rozwiązaniem umowy. Tak więc, jego zdaniem, zapisy dotyczące opłaty za całkowity wykup nie wiążą powoda, tym samym pozwany pobrał od niego środki pieniężne tytułem tejże opłaty bez podstawy prawnej i zobowiązany jest do ich zwrotu.

(pozew k. 1-4)

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz od powoda zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa. Pozwany wskazał, że wnosi o oddalenie powództwa w całości wobec przedawnienia roszczenia powoda. Pozwany potwierdził, że zawarł z powodem umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, potwierdzoną polisą nr (...). Umowa została zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) ze składką regularną (przyjętych uchwałą zarządu towarzystwa nr GL/ob./2/10/2009 z dnia 14 października 2009 r. i mających zastosowanie do umów zawieranych od 1 stycznia 2010 r.), do których załączona była tabela opłat. Pomimo, iż powód otrzymał harmonogram płatności składki, nie dokonał płatności w wymaganym terminie. Pozwany poinformował powoda o zaległościach w opłacaniu składki i wskazał ostateczny termin wpłaty, pod rygorem ustania ochrony ubezpieczeniowej, co w konsekwencji będzie skutkowało rozwiązaniem umowy ubezpieczenia. Wobec faktu, iż powód nie uregulował zaległości w opłaceniu składki w ostatecznym terminie, w dniu 19 sierpnia 2013 roku doszło do rozwiązania umowy a pozwana dokonała całkowitej wypłaty wartości wykupu polisy, tym samym rozwiązując umowę z powodem.

Pozwany podniósł zarzut przedawnienia roszczenia powoda w oparciu o art. 819 § 1 k.c. wskazując, że roszczenia z umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat. W ocenie pozwanego, zgodnie z przepisami o działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel może ustalać zasady wykupu polis oraz może dokonywać zmian w zakresie funduszy. Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 385¹ k.p.c. skierowanego przeciwko postanowieniom dotyczącym kwestionowanych opłat pozwany wskazał, iż nie zostały spełnione przesłanki określone w tym przepisie. Podkreślił, że postanowienia dotyczące ustalania spornej opłaty są postanowieniami dotyczącymi świadczenia głównego stron. Wskazał, że powyższe postanowienia nie są sprzeczne z dobrymi obyczajami i nie naruszają rażąco

interesów konsumenta, gdyż ich wysokość jest uzasadniona poniesionymi przez pozwanego kosztami związanymi z udzieloną powodowi ochroną ubezpieczeniową.

(odpowiedz na pozew k. 22-28)

W toku procesu strony podtrzymały zajęte w sprawie stanowiska.

(protokół rozprawy z dnia 31.03.2017 r. – k. 45- 45v)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 19 kwietnia 2011 roku R. F., działający jako konsument, zawarł z (...) S.A. z siedzibą w W. umowę (...). Umowa ubezpieczenia została potwierdzona polisą o nr (...). Umowa została zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) ze składką regularną o oznaczeniu OWU (...).01.2010 (dalej również jako „OWU”), do których załączona była tabela opłat i limitów. Wartość składki regularnej została ustalona na kwotę 30.000,00 zł, którą R. F. uiszczać miał co 12 miesięcy do dnia 19 kwietnia każdego roku kalendarzowego. Zakresem ubezpieczenia objęto śmierć ubezpieczonego i śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku.

(polisa wraz z tabelą opłat k. 13)

Umowa została zawarta na wniosek R. F.. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oświadczył, że przed zawarciem umowy doręczony został mu tekst OWU, a także zapoznał się z jego treścią – w tym z tabelą opłat i limitów. Powód nie był informowany o opłacie od wykupu lub też innych opłatach, dowiedział się o nich z chwilą otrzymania polisy. Zapytawszy o opłaty agenta, został poinformowany, iż są to zapisy ogólne. Umowa nie była negocjowana z powodem, sam wniosek o zawarcie umowy był wzorem do wypełnienia.

(wniosek o ubezpieczenie k. 37; potwierdzenie doręczenia pakietu ubezpieczeniowego k. 36, przesłuchanie powoda w charakterze strony – k. 45-45v)

Zgodnie z postanowieniami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia suma ubezpieczenia stanowiła kwotę równą wartości polisy, powiększoną o 5% wartości polisy. Wartością polisy była natomiast kwota będąca iloczynem liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku, nabytych za składki regularne i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa. Wartość wykupu stanowiła kwota będąca iloczynem liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku, a nabytych za składki regularne i dodatkowe oraz ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa, pomniejszona o opłatę za całkowity wykup wartości polisy oraz opłatę za całkowity wykup wartości dodatkowej.

Przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego (art. III OWU). Umowa była zawarta na czas nieokreślony (art. IV OWU). Zgodnie z art. VI ust. 5 OWU umowa miała ulec rozwiązaniu m.in. w przypadku śmierci ubezpieczonego, nieopłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej, a także na skutek wypłacenia wartości wykupu. W przypadku rozwiązania umowy w związku z powyższymi zdarzeniami Towarzystwo miało obowiązek dokonać wypłaty wartości wykupu. Zgodnie z art. IX OWU wykup polisy polegał na wypłacie ubezpieczającemu wartości wykupu. Wartość wykupu stanowiła sumę wartości polisy pomniejszoną o opłatę za całkowity wykup wartości polisy oraz wartości dodatkowej pomniejszonej o opłatę za całkowity wykup wartości dodatkowej, które to opłaty określone została w tabeli opłat i limitów.

Ogólne warunki ubezpieczenia przewidywały ponadto takie świadczenia ze strony ubezpieczonego, jak: opłatę administracyjną, opłatę za zmianę podziału składki regularnej pomiędzy poszczególne fundusze, opłatę za przeniesienie jednostek uczestnictwa, opłatę za częściowy wykup wartości polisy, opłatę za całkowity wykup wartości dodatkowej, opłatę za częściowy wykup wartości dodatkowej, opłatę manipulacyjną od składki dodatkowej, opłata za przekazanie informacji o stanie rachunku, opłatę za wyrównanie zaległych składek regularnych, opłatę za zarządzenie oraz opłatę za zarządzanie grupami funduszy. Zgodnie z pozycją czwartą tabeli opłat, zawartej w polisie ubezpieczeniowej nr (...), jak i tabeli opłat i limitów stanowiącej załącznik do OWU, opłata za całkowity wykup wartości

polisy wynosiła w pierwszym roku 98%, w drugim 95%, w trzecim 85%, w czwartym 70%, w piątym 55%, w szóstym 40%, w siódmym 25%, w ósmym 20%, w dziewiątym 10%, w dziesiątym 5% a od jedenastego nie była już naliczana.

(ogólne warunki ubezpieczenia z załącznikami oraz tabelą opłat i limitów k. 8-12, polisa k. 13).

Pismem datowanym na dzień 6 września 2013 roku pozwany poinformował powoda, że z uwagi na brak opłacenia składki regularnej w wymaganym terminie pozwany dokonał całkowitej wypłaty wartości wykupu. Wartość umorzonych jednostek wyniosła 65.546,99 zł, natomiast pozwany potrącił kwotę 55.714,94 zł tytułem opłaty za wykup. W związku z powyższym na rzecz powoda została wypłacona kwota 9.832,05 zł.

(pismo pozwanego w sprawie zaległości w opłacaniu składki – k. 35, potwierdzenie realizacji wypłaty – k. 14).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wyżej powołanych dokumentów, których prawdziwości ani autentyczności nie kwestionowała żadna ze stron. Okoliczności faktyczne związane z kształtowaniem się stosunku umownego między stronami były co do zasady bezsporne, spór zaś dotyczył przede wszystkim zasadności ustalenia oraz pobrania przez pozwanego opłaty za wykup w związku z rozwiązaniem łączącej strony umowy ubezpieczenia na życie. Strony postępowania nie kwestionowały natomiast treści oświadczeń zawartych w tych dokumentach. Sąd również nie powziął wątpliwości co do ich wiarygodności i autentyczności, włączając je do postawy ustaleń faktycznych w sprawie.

Sąd oddalił wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu ubezpieczeń na życie na okoliczność wysokości kosztów poniesionych przez pozwanego w związku z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia. W ocenie Sądu, przeprowadzenie powyższego dowodu byłoby zbędne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy i jedynie przedłużyłoby postępowanie i zwiększyłoby jego koszty. Zaznaczyć bowiem należy, że fakt poniesienia przez pozwanego kosztów prowizji wypłaconych pośrednikom ubezpieczeniowym, wynagrodzeń pracowników, kosztów badań, atestów, reklamy, promocji itd. był bezsporny, istotą sporu była zaś sama zasada obciążenia powoda powyższymi kosztami.

Nadto, w świetle zgromadzonego materiału dowodowego zaoferowanego przez pozwanego, uwzględnienie ww. wniosku dowodowego, wobec braków w materiale dowodowym, prowadziłoby do sytuacji, w której przeprowadzenie opinii biegłego z zakresu ubezpieczeń na życie stałoby w sprzeczności z zasadą bezpośredniej oceny dowodów przez Sąd orzekający w sprawie. Sąd nie dysponujący żadnym innym materiałem źródłowym na powołaną przez pozwanego okoliczność - kosztów poniesionych w związku z wykonywaniem i rozwiązaniem umowy - nie mógłby ocenić sporządzonej opinii z zastosowaniem ogólnych reguł stosowanych przy ocenie tego typu opracowań na podstawie art. 233 § 1 k.p.c. Pamiętać przy tym trzeba, że opinia biegłego ma na celu przede wszystkim ułatwienie Sądowi należytej oceny zebranego materiału, wtedy gdy potrzebne są wiadomości specjalne; nie może natomiast sama w sobie być źródłem materiału faktycznego sprawy ani tym bardziej stanowić podstawy ustalenia okoliczności będących przedmiotem oceny biegłych.

Sąd uwzględnił również przesłuchanie powoda w charakterze strony na rozprawie w dniu 31 marca 2017 roku, uznając zeznania powoda za spójne, logiczne oraz niebudzące wątpliwości. Niemniej powód potwierdził jedynie okoliczności wynikające z przedstawionych dokumentów, które swoją konstrukcją wskazywały, że powodowi został przedstawiony wzorzec umowny, którego postanowień nie mógł negocjować, a jedynie przyjąć lub odrzucić.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Powództwo zasługuje na uwzględnienie w całości.

Okoliczności faktyczne związane z kształtowaniem się stosunku umownego między stronami były de facto bezsporne, spór zaś dotyczył przede wszystkim zasadności ustalenia oraz pobrania przez stronę pozwaną opłaty od wykupu w związku z rozwiązaniem łączącej strony umowy ubezpieczenia na życie w trzecim roku polisy, a więc kwestii materialnoprawnych i koncentrował się na ocenie postanowień OWU stosowanych przez pozwanego, na podstawie

których zatrzymał dochodzoną pozew kwotę, przez pryzmat przepisów chroniących konsumentów, a zakazujących stosowania tzw. klauzul abuzywnych we wzorcach umownych przez przedsiębiorców tj. art. 385¹ § 1 k.c. - art. 385³ k.c. Bezsporna pozostawała także kwestia dokonania przez stronę pozwaną umorzenia środków zgromadzonych na rachunku powoda i pobrania od niego opłaty za wykup. Powód nie kwestionował wartości środków zgromadzonych na rachunku rozliczeniowym umowy, stanowiącej podstawę ustalenia przez stronę pozwaną tejże opłaty. Pozwany nie zaprzeczył, iż sporne postanowienia zawarte we wzorcu umownym jego autorstwa, a także w samej umowie ubezpieczenia nie były indywidualnie negocjowane z powodem. Zaznaczenia wymaga przy tym, iż nie sposób uznać wielokrotnego informowania powoda przez pozwanego o konsekwencjach związanych z brakiem płatności zaległych składek i pobieraniu przez pozwanego opłaty za wykup wartości polisy, za indywidualne negocjowanie ani uzgadnianie warunków umowy w tymże zakresie. Elementem indywidualnego uzgodnienia jest możliwość modyfikacji warunków umowy, a nie wiedza zawierającego taką umowę konsumenta o treści wiążącego go postanowienia.

W niniejszej sprawie sporne pozostawały dwie kwestie, tj. czy kwestionowane postanowienia dotyczą głównych świadczeń stron oraz czy sporne postanowienia kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Zgodnie z art. 385¹ § 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 (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Jeżeli postanowienie umowy zgodnie z § 1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie (§2). Nie uzgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta (§3). Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje (§ 4). Na podstawie art. 385² k.c., oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny. By określone postanowienie umowy mogło zostać uznane za niedozwolone postanowienie umowne, spełnione muszą zostać cztery warunki: (1) postanowienie umowy nie zostało uzgodnione indywidualnie, (2) postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, (3) rażąco naruszając jego interesy, a (4) postanowienie nie dotyczy „głównych świadczeń stron”.

W świetle powyższych uregulowań prawnych skupić się należało na pierwszej, podnoszonej przez pozwaną spółkę kwestii, albowiem uznanie, iż zastrzeżenie dopuszczalności pobrania przez pozwanego opłaty od wykupu za główne świadczenie stron, eliminowało możliwość rozpatrywania tego postanowienia pod kątem jego niedozwolonego charakteru.

W ocenie Sądu, wbrew twierdzeniom strony pozwanej, postanowienia dotyczące opłaty za wykup polisy nie określały głównych świadczeń stron, w związku z czym mogą być one rozpoznawane pod kątem abuzywności. W doktrynie wskazuje się, że pojęcie „główne świadczenia stron” należy interpretować ściśle, w nawiązaniu do pojęcia elementów umowy przedmiotowo istotnych (essentialia negotii). W przedmiotowej sprawie, co do zasady, do głównych świadczeń stron należało spełnienie przez pozwanego ubezpieczyciela danego świadczenia w przypadku zajścia określonego w umowie wypadku, a ze strony powoda opłacanie składki ubezpieczeniowej. Tylko postanowienia bezpośrednio regulujące wskazane kwestie można zatem zaliczyć do postanowień określających główne świadczenia stron. W niniejszym przypadku w oparciu o art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt 1 k.c. oraz treść umowy ubezpieczenia na życie, świadczeniem głównym ze strony powoda jest zapłata składki ubezpieczeniowej, zaś świadczeniem głównym strony pozwanej - wypłata określonych sum pieniężnych w razie śmierci ubezpieczonego powoda w okresie ubezpieczenia, bądź jego stanu zdrowia.

Stanowią o tym kolejne postanowienia OWU kształtujących prawa i obowiązki stron na tle zawartej przez powoda z pozwanym umowy ubezpieczenia na życie. Już w artykule I wskazano, że pozwany na podstawie zawartej umowy zobowiązuje się wypłacić świadczenie w przypadku zajścia w życiu ubezpieczonego zdarzenia przewidzianego w umowie (tj. śmierci lub określonego stanu zdrowia), a ubezpieczający powód zobowiązuje się terminowo opłacać składki. Artykuł III precyzuje, że przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego oraz jego zdrowie (ust. 1). Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej (ust. 2). Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie uposażonemu świadczenia równego wyższej wartości: sumy ubezpieczenia lub wartości polisy. Ponadto Towarzystwo wypłaci wartość dodatkową, o ile ona istnieje (ust. 3). Z kolei w myśl artykułu XV, w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie równe wyższej wartości: sumy ubezpieczenia, powiększonej o wartość dodatkową (ust. 1).

Te właśnie postanowienia, w ocenie Sądu, określają główne świadczenia pozwanego. Pozostałe zaś rozwiązania umowne, w tym określające skutki wykupu polisy przed upływem 10 lat od daty zawarcia umowy, nie stanowią świadczeń głównych w rozumieniu powołanych powyżej przepisów, a co za tym idzie - mogą być oceniane w kontekście art. 385¹ § 1 k.c. Ze względu na wyżej przedstawione rozumienie pojęcia głównego świadczenia stron oraz powołane zapisy wzorca umownego nie może zostać uznane za trafne odwołanie się przez pozwanego do treści art. 13 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, jako przepisu określającego główne świadczenia stron umowy ubezpieczenia. Przepis ten określa konieczne elementy treści umowy ubezpieczenia w sensie technicznym, wskazuje, jakie elementy stosunku prawnego strony obowiązane są uregulować. Wymóg ten nie jest jednak jednoznaczny z określeniem głównego świadczenia stron, stanowiącego materialną treść zobowiązania. Z treści punktu 2 ustępu 4 tego przepisu nie wynika bynajmniej, by strony obowiązane były przewidzieć w umowie, że w razie jej wypowiedzenia w określonym terminie ubezpieczony powinien uiścić ubezpieczycielowi opłatę od wykupu. Przepis ten nakazuje określić zasady ustalania wartości wykupu, nie nakłada zaś obowiązku potrącenia z niej opłaty od wykupu. Także i z tej przyczyny argumentacja pozwanego o opłacie od wykupu jako głównym świadczeniu ze strony powoda okazała się nietrafna.

Należy również podkreślić, że zarzut abuzywności podniesiony w niniejszej sprawie nie dotyczy świadczenia ubezpieczyciela (pozwanego) w postaci wypłaty wartości wykupu - do czego sprowadza swoje rozważania pozwany, ale dotyczy świadczenia ubezpieczonego, tyle, że potrącanego z wypłaty wartości wykupu w postaci opłaty od wykupu pobieranej właśnie przed wypłatą wartości wykupu. Świadczenie zaś w postaci opłaty od wykupu nie może stanowić głównego świadczenia stron umowy ubezpieczenia, skoro nie jest niezbędnym dla wypłaty wartości wykupu, a jedynie postanowieniem przewidzianym na wypadek przedwczesnego jej rozwiązania, potrącanym przy okazji tej wypłaty. Pozwany przy konstruowaniu rozważanego zarzutu popełnił błąd przesunięcia kategorialnego, odnosząc rozważania o esencjalnym charakterze świadczenia wykupu do opłaty od wykupu. Nie można nie dostrzec różnicy istniejącej pomiędzy tymi dwoma kategoriami.

Świadczenie wykupu jest świadczeniem ubezpieczyciela w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego, opłata od wykupu jest zaś świadczeniem ubezpieczonego, przewidzianym na wypadek takiego rozwiązania umowy. To, że przesłanki powstania obowiązku świadczenia są takie same nie oznacza tożsamości tych świadczeń. Stąd wszelkie rozważania o świadczeniu wykupu jako głównym w stosunku ubezpieczenia, niezależnie od poglądu co do ich trafności, nie mają znaczenia dla oceny problemu zaistniałego w sprawie.

W konsekwencji przyjąć należało, że opłata od wykupu nie stanowi głównego świadczenia stron umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Sąd podzielił tym samym zbieżny pogląd wyrażony w wyrokach Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26 czerwca 2012 r., sygn. VI ACa 87/12 i z dnia 6 września 2012 roku, sygn. VI ACa 458/12.

Do rozstrzygnięcia pozostała zatem ocena, czy kwestionowane przez powoda postanowienia umowne kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, albowiem jedynie w takim wypadku można mówić, iż dane postanowienie nie jest dla konsumenta wiążące.

Kwestie obydwu przesłanek do uznania abuzywności danego postanowienia zostały już dostatecznie opracowane zarówno w doktrynie jak i judykaturze (vide: wyrok Sądu Najwyższego z 13.07.2005 r., sygn. I CK 832/04; Lex nr 159111; wyroki Sądu Okręgowego w Warszawie z 5.01.2010 r., sygn. XVII AmC 2112/10; z 27.07.2013 r., sygn. XVII AmC 8229/12; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 17 kwietnia 2013 r., sygn. VI ACa 1096/12; E. Łętowska, Prawo umów konsumenckich, Wydawnictwo C.H.Beck 2001, s. 341 oraz G. Bieniek, H. Ciepła, St. Dmowski, J. Gudowski, K. Kołakowski, M. Sychowicz, T. Wiśniewski, Cz. Żuławska, Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania, tom 1, Wielkie Komentarze, Lexis Nexis 2009).

Przed omówieniem powołanych wyżej przesłanek zaznaczenia wymaga, iż za uznaniem, że postanowienia OWU nie zostały uzgodnione z powodem indywidualnie przemawia już sam fakt, iż stanowią one wzorzec umowy zaproponowany konsumentowi (powodowi) przez kontrahenta. Wzorce (w tym regulaminy) są to bowiem klauzule, opracowane przed zawarciem umowy i wprowadzane do stosunku prawnego przez jedną ze stron w ten sposób, że druga strona (adherent) nie ma wpływu na ich treść. Są one zwykle opracowywane w oderwaniu od konkretnego stosunku umownego i w sposób jednolity określają one treść przyszłych umów, stąd strona która wyraziła zgodę na stosowanie wzorca nie może według swojej woli i wiedzy zmieniać jego treści czego przejawem jest już samo w sobie przedstawione OWU, a także złożone do akt sprawy przez pozwanego w odpowiedzi na pozew potwierdzenie doręczenia pakietu ubezpieczeniowego polisy. Jak już była o tym mowa we wcześniejszych akapitach niniejszego uzasadnienia, pozwana spółka nie zaprzeczyła, iż sporne postanowienia zawarte we wzorcu umownym jej autorstwa a także w samej umowie ubezpieczenia nie były indywidualnie negocjowane z powodem.

Podkreślenia wymaga również, że ustawodawca w imię postulatu zrozumiałości tekstu przepisu art. 385¹ § 1 k.c. posługuje się potocznym określeniem „postanowienie umowy” obejmując nim zarówno postanowienie umowy w ścisłym znaczeniu tego terminu (czyli postanowienie treści czynności prawnej objęte konsensem stron), jak i postanowienie wzorców, które wprawdzie „postanowieniami umowy” w ścisłym znaczeniu nie są, ale kształtują, obok nich treść stosunku zobowiązaniowego (vide: uzasadnienie wyroku SA w Katowicach z dnia 29.11.2011 r., V ACa 546/11, Lex Nr 1120399). Z samej nazwy „Ogólne warunki ubezpieczenia (...)” wynika, iż warunki te są stosowane przy zawieraniu nieoznaczonej ilości umów i nie zostały ustalone w trakcie zawierania umowy z powodem. Powód był informowany o wysokości spornych opłat i zapoznał się z treścią OWU, jak również potwierdził, że zapoznał się z Tabelą opłat i limitów - w szczególności wysokości opłaty za wykup wartości polisy. Powyższe nie zmienia jednak faktu, iż elementem indywidualnego uzgodnienia jest możliwość modyfikacji warunków umowy, a nie wiedza zawierającego taką umowę konsumenta o treści wiążącego go postanowienia. Bez wątplenia powód nie miał rzeczywistego wpływu na kształtowanie ogólnych warunków ubezpieczenia na życie ani wysokości opłat wskazanych w tabeli opłat i limitów, w tym wysokości opłat za wykup wartości polisy naliczanych w wypadku wcześniejszego rozwiązania umowy. Były to zapisy z samej istoty oraz masowego charakteru działalności prowadzonej przez pozwaną z góry narzucone i nie negocjowane.

W powołanym orzecznictwie, jak i stanowiskach doktryny, przyjmuje się, że istotą dobrego obyczaju jest szeroko rozumiany szacunek do drugiego człowieka. Dobre obyczaje odwołują się do takich wartości, jak uczciwość, szczerowość, zaufanie, lojalność, rzetelność i fachowość. Sprzeczne z dobrymi obyczajami będą działania uniemożliwiające realizację tych wartości, w tym również takie, które zmierzają do niedoinformowania, dezinformacji, wykorzystania naiwności lub niewiedzy konsumenta. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazuje się, że działanie wbrew dobrym obyczajom wyraża się w tworzeniu klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stosunku obligacyjnego.

Jeśli chodzi o przesłankę „rażącego naruszenia interesów konsumenta”, to znaczenie mają nie tylko (choć w przeważającym zakresie) interesy o charakterze ekonomicznym, lecz także takie dobra konsumenta jak jego czas,

prywatność, wygoda, zdrowie konsumenta i jego bliskich, rzetelne traktowanie, prywatność, poczucie godności osobistej, satysfakcja z zawarcia umowy o określonej treści. Naruszenie jest „rażące”, jeśli poważnie i znacząco odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron.

Dla oceny abuzywności danego postanowienia umownego miarodajny jest test polegający na ustaleniu hipotetycznego stanu faktycznego, w którym kwestionowany zapis nie zostałby zastrzeżony i ustalenie, jak wówczas wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta. Jeżeli konsument byłby w lepszej sytuacji, gdyby konkretnego postanowienia wzorca nie było, należy przyjąć, że ma ono charakter nieuczciwy (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11 października 2011 roku, sygn. VI ACa 421/11).

Przenosząc powyższe na grunt przedmiotowej sprawy uznać należy, że zastrzeżenie przez pozwanego pobrania opłat ustalonych jako procent wartości polisy na wypadek rozwiązania umowy przed upływem 10 lat od daty zawarcia, pozostaje w sprzeczności z dyspozycją art. 385¹ § 1 k.c.

Należy wskazać, że umowa na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy do kategorii umów z zakresu ubezpieczeń osobowych. Zgodnie z artykułem III ust. 1 OWU przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W wypadku powoda zakresem ubezpieczenia objęto jej śmierć, co wprost wyartykułowano w treści polisy. Umowę ubezpieczenia osobowego z mocy bezwzględnie obowiązującego przepisu prawa (art. 830 § 1 k.c.) ubezpieczony może wypowiedzieć w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku - ze skutkiem natychmiastowym. Przepis ten ma charakter *ius cogens* a co za tym idzie, niedopuszczalne byłoby wyłączenie możliwości wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego w jej treści lub w treści ogólnych warunków ubezpieczenia. Możliwość wypowiedzenia jest prawem podmiotowym, z którego ubezpieczający może skorzystać bez względu na umowny czas trwania takiego stosunku ubezpieczenia osobowego a zatem zarówno w umowach zawartych na czas nieokreślony jak i na czas oznaczony.

Pozwany w ogólnych warunkach ubezpieczenia zapewnił w sposób jedynie formalny możliwość skorzystania z omawianego uprawnienia. W artykule IV ust. 1 OWU wskazał, że umowa jest zawarta na czas nieokreślony. Możliwość wypowiedzenia umowy przez powoda była iluzoryczna z uwagi na to, że w razie rozwiązania umowy, pozwany dokonuje wypłaty wartości wykupu. Tą ostatnią wartość stanowi równowartość sumy wartości polisy i wartości dodatkowej, pomniejszonej o opłatę za całkowity lub częściowy wykup wartości polisy, oraz opłatę za całkowity wykup wartości dodatkowej.

Wysokość powyższych opłat określona została w Tabeli opłat i limitów. Opłatę tą pozwana nalicza przez pierwsze 10 lat trwania umowy, a podstawę jej ustalenia stanowi procent wypłacanej wartości polisy powstałej ze składek regularnych należnych w pierwszych dziesięciu latach polisy. W ocenie Sądu pobieranie opłat za skorzystanie z ustawowo przyznanego prawa, stanowi ze strony pozwanej istotną barierę utrudniającą konsumentowi realizację przyznanego mu przez ustawodawcę prawa podmiotowego. Według obowiązujących przepisów prawa, gdyby przyjąć hipotetycznie, że Tabela opłat i limitów nie zostałaby przez pozwanego w ogóle recypowana do stosowanego przez nią wzorca umownego, nie istniałyby żadne normatywne przesłanki do obciążenia konsumentów jakimikolwiek opłatami, czy zatrzymywania części należnego jej świadczenia wykupu. Takowe bowiem obciążenia nie znajdują podstawy w obowiązujących przepisach prawa, zaś ich źródłem jest li tylko i wyłącznie wzorzec sporządzony przez pozwaną.

Problem zastrzegania nadmiernej wartości świadczenia konsumenta w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym był rozważany w orzecznictwie sądów powszechnych i Sądu Najwyższego. W wyroku z dnia 26 czerwca 2012 r. (VI ACa 87/12) Sąd Apelacyjny w Warszawie stwierdził, że opłata ta stanowi świadczenie konsumenta, nie będące świadczeniem głównym, za bliżej nie określone czynności pozwanego, a pobierana jest w razie wygaśnięcia umowy w sytuacji niedopełnienia obowiązków kontraktowych przez konsumenta bądź wypowiedzenia przez niego umowy. Z konstrukcji opłaty Sąd wywiódł, iż ubezpieczyciel przewidział dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami, w przypadku zawarcia ubezpieczenia na rzecz konkretnej osoby, przy czym owo zastrzeżenie ma charakter uniwersalny tzn. jest całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego

jednostek uczestnictwa. Opłata likwidacyjna nie ma więc charakteru świadczenia odszkodowawczego zatem w drodze analogii można uznać, iż zakwestionowane postanowienie wzorca podpada jednak pod dyspozycję art. 385³ pkt 17 k.c., zwłaszcza wobec faktu, iż katalog klauzul szarych zawartych w przepisie art. 385³ k.c. nie jest zamknięty. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie prawidłowe było zatem ostatecznie uznanie przez sąd pierwszej instancji, iż zakwestionowane postanowienie narusza dobre obyczaje gdyż sankcjonuje przejęcie przez ubezpieczyciela w pierwszych latach trwania umowy niemal całości wykupionych środków - w postaci opłaty likwidacyjnej, 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.

W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 r. (I CSK 149/13) przyjęto, że postanowienie ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przewidujące, że w razie wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego przed upływem 10 lat od daty zawarcia umowy, ubezpieczyciel pobiera opłatę likwidacyjną powodującą utratę wszystkich lub znacznej części zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego środków finansowych, rażąco narusza interesy konsumenta i stanowi niedozwolone postanowienie umowne w świetle art. 385¹ zdanie 1 k.c.

Należy również wskazać, że wzorzec umowny stosowany przez pozwanego nie definiuje, za jakie świadczenia wzajemne opłata jest pobierana, ewentualnie jakie wydatki pozwanego i za co są z niej pokrywane. W ocenie Sądu, konieczność sprecyzowania tej instytucji była obowiązkiem pozwanego wynikającym z powinności, jakie nakłada nań art. 385 § 1 k.c. co do jednoznacznego i przejrzystego konstruowania wzorca. Na wagę precyzyjnego zdefiniowania opłat tożsamyh z tą, którą pobrał od powoda pozwany na tle niniejszej sprawy, zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 18 grudnia 2013 roku (sygn. I CSK 149/13) wskazując, iż wyjaśnienie konsumentowi w postanowieniach OWU mechanizmu wyliczania opłaty likwidacyjnej pozwoliłoby realnie ocenić ubezpieczającemu wszystkie aspekty proponowanej przez pośrednika umowy ubezpieczenia i ocenić, czy zawarcie umowy jest dla konsumenta rzeczywiście korzystne z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, które mogą nastąpić w przyszłości, a które mogą go skłonić do ewentualnego wcześniejszego rozwiązania tej umowy. Sąd Najwyższy dodał również, iż skoro brak jest jednoznacznego wskazania, że opłata likwidacyjna służy pokryciu znacznych kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem umowy, w tym kosztów akwizycji i prowizji pośrednika, a nadto ma na celu zrównoważenie szczególnego prawa przysługującego ubezpieczającemu w postaci prawa wykupu, takie więc ukształtowanie obowiązku nałożonego na konsumenta jest niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz konstruowanie jasnych i przejrzystych postanowień umownych bez zatajania jakichkolwiek okoliczności wpływających na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta w razie zawarcia umowy.

W ocenie Sądu, powyższe argumenty zaprezentowane przez Sąd Najwyższy odnoszą się również do mechanizmu pobrania opłaty z tytułu całkowitego wykupu wartości polisy przez pozwanego, który w toku niniejszego postępowania poprzestał jedynie na oświadczeniu, że w związku z umową zawartą z powodem, wypłacił prowizję pośrednikowi, jak również poniósł inne koszty. Poza lakonicznym stwierdzeniem, iż poniósł bliżej nieokreślone koszty, pozwany nie przedstawił żadnego dowodu źródłowego. Prowadzi to do wniosku, że opłata z tytułu wykupu wartości polisy odrywa się całkowicie od ekonomicznych aspektów i stanowi w istocie swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami, w przypadku zawarcia ubezpieczenia na rzecz konkretnej osoby, przy czym ma owo zastrzeżenie charakter uniwersalny tzn. jest całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Tak sformułowane postanowienie narusza dobre obyczaje gdyż sankcjonuje przejęcie przez ubezpieczyciela całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków (vide: podobnie Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyrokach z dnia 14 maja 2010 roku, sygn. VI ACa 1175/09 z glosami M. Szczepańskiej i W. Kamieńskiego oraz z 26.06.2012 r., sygn. VI ACa 87/12). Powyższy zarzut sformułowany przez pozwanego stanowi w istocie swoistego rodzaju zarzut potrącenia dwóch wymagalnych zdaniem pozwanego wierzytelności. Rzecz jednak w tym, że żadne postanowienie umowy ubezpieczenia nie przewiduje, aby powód zobowiązywał się w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy do zwrotu kosztów poniesionych na jej obsługę, czy też wręcz kosztów działalności pozwanego. Wierzytelność

upatrywana przez pozwanego nie znajduje więc podstawy materialnej do jej powstania i w związku z tym nie mogła być przedstawiona do potrącenia.

Analiza twierdzeń pozwanego co do przeznaczenia wydatków, na pokrycie których miałyby zostać przeznaczona opłata od wykupu, wskazuje, iż wydatki te nie były w żadnym razie powiązane z kosztami towarzyszącymi rozwiązaniu umowy ubezpieczenia na życie z powodem. Wręcz przeciwnie, pozwany w ten sposób przerzuca na konsumentów koszty poniesione przy zawarciu umowy, czy wręcz koszty ogólne własnej działalności gospodarczej. W ocenie Sądu, brak jest jakichkolwiek argumentów pozwalających na poszukiwanie źródła uprawnień dla pozwanego do dokonywania potrąceń z kwoty wykupu powoda w przytoczonych okolicznościach faktycznych. To pozwana spółka posiada pełną autonomię co do podejmowanych decyzji o zorganizowaniu swej działalności i to ona decyduje o strategii sprzedaży produktów ubezpieczeniowych, o tym, w jakim stopniu korzystać będzie z własnych zasobów, a w jakim z usług akwizycyjnych innych firm. Pozwany, a nie konsument, bierze udział w ustalaniu prowizji dla pośredników. To pozwany decyduje także o innych aspektach swej działalności, w tym co do liczby otwartych placówek, zatrudnionych tam pracowników, czy wydatkach związanych z reklamą i promocją. Pozwany nie wykazał, by którakolwiek z tych kwestii mogła mieć adekwatny związek z kosztami rezygnacji z umowy ubezpieczenia przez powoda. Są to elementarne uwarunkowania prowadzonej przez pozwanego działalności gospodarczej, której ryzykiem nie można obarczać konsumenta. Ogólne warunki ubezpieczenia całkowicie milczą na temat tego, pokrywaniu jakich kosztów służy sporna w niniejszym procesie opłata. Dążenie do pomniejszenia strat bądź zapewnienia zysków dla strony pozwanej nie może prowadzić do w obciążenia tymże ryzykiem oraz wszelkimi ponoszonymi przez nią kosztami drugiej strony umowy ubezpieczenia. Usprawiedliwienia dla powyższego nie stanowi nawet fakt, że umowy ubezpieczenia na życie, ze swej natury, mają długoterminowy charakter, co pozwala na rozłożenie w czasie kosztów ponoszonych przez zakład ubezpieczeń.

Sąd też, w ocenie Sądu, postanowienia artykułu IX ustęp 2 OWU w zw. z punktem 4 Tabeli Opłat i Limitów, zastrzegając możliwość pobrania bliżej nie sprecyzowanej opłaty, służącej rzekomo pokrywaniu bliżej nieokreślonych kosztów działalności pozwanego, naruszają dyspozycję art. 385¹ § 1 k.c. Już tylko porządkowo wspomnieć należy, że według wspomnianej Tabeli opłat i limitów pozwany pobiera w trakcie trwania umowy szereg innych opłat m.in. opłatę administracyjną i opłatę za zarządzenie, których przeznaczenie jest również nieznanne. Sama zastosowana semantyka sugeruje, że służą one pokrywaniu jakichś bieżących wydatków, stąd też uwagi pozwanego o ponoszonych kosztach uznać należy za budzące dodatkowe wątpliwości.

Warto również zauważyć, iż kwestionowane postanowienia są zbliżone w swej treści do klauzul, o których mowa w przepisie art. 385³ pkt. 17 k.c., tj. „nakładają na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego” bądź ewentualnie również pkt 12 powołanego przepisu, albowiem „wyłączają obowiązek zwrotu konsumentowi uiszczonej zapłaty za świadczenie niespełnione w całości lub części, jeżeli konsument zrezygnuje z zawarcia umowy lub jej wykonania”. Przede wszystkim jednak przedmiotowa opłata za wykup wartości polisy jest rażąco wygórowana i niewątpliwie nie znajduje uzasadnienia w wartości świadczenia wzajemnego strony pozwanej.

Bezzasadny zdaniem Sądu okazał się również zarzut przedawnienia roszczenia. Opierał się on na twierdzeniu pozwanego, że podstawą dochodzonego roszczenia jest umowa ubezpieczenia, w związku z czym zastosowanie powinien znaleźć art. 819 § 1 k.c. Jak wskazano powyżej bezpodstawnie pobrane świadczenie z tytułu zwrotu opłaty od wykupu winno być zwrócone według konstrukcji zwrotu nienależnego świadczenia w rozumieniu art. 410 § 1 k.c., a odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń lokuje się w płaszczyźnie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu.

Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 21 listopada 2006 r., III CZP 102/06 stwierdził, że żądanie zwrotu nienależnego świadczenia spełnionego („potrąconego”) na podstawie umowy nie może być utożsamiane z żądaniem zapłaty świadczenia, którego podstawa zakorzeniona jest w umowie. To drugie wynika z konsensusu stron, obejmującego obowiązek spełnienia określonego świadczenia, które, gdyby nie zawarta ważnie i skutecznie umowa nie powstałoby. Za roszczenie z umowy należy uznawać wszelkie roszczenia, które znajdują swoje źródło w takiej umowie bądź jej niewykonaniu lub nienależywym wykonaniu. To pierwsze jest natomiast niejako rewersem takiej sytuacji,

zmierza do odwrócenia faktycznych skutków wywołanych zastosowaniem postanowienia umownego nieważnego bądź bezskutecznego w rozumieniu art. 385¹ k.c. Roszczenie o zwrot świadczenia spełnionego (skompensowanego) na podstawie postanowienia umownego bezskutecznego wykazuje oczywisty związek sine qua non z umową, nie powstałoby bowiem, gdyby wcześniej strony nie zawarły określonego porozumienia, które było sprzeczne z normami prawa cywilnego. Nie jest jednak nigdy świadczeniem wynikającym z umowy, albowiem powstaje ono właśnie w opozycji do stypulacji umownej, jako rezultat upadku określonych zastrzeżeń umownych i występującej wskutek tego upadku bezpodstawności przysporzenia. Nie jest to zatem roszczenie powstające wskutek zgodnych oświadczeń woli stron albo wskutek konstytutywnego w ramach danego stosunku umownego oświadczenia jednej strony. Źródłem tego roszczenia jest przepis ustawowy, który wiąże je z obowiązkiem zwrotu świadczenia uzyskanego na podstawie niewiążącego postanowienia umownego, nie jest zaś konsekwencją takiego czy innego zachowania podmiotów w ramach danego stosunku umownego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 6 marca 2014 r., I ACa 34/13).

Jakkolwiek zatem roszczenie o zwrot nienależnego świadczenia w warunkach *conditio sine causa* lub *conditio causa finita* powstaje zawsze na tle stosunku umownego i jest z nim nieodzownie funkcjonalnie związane, nie jest jednak roszczeniem wynikającym z umowy, źródłem jego powstanie nie jest bowiem wola stron ale przepis umowy, regulujący obowiązki występujące na skutek upadku umowy. Nie obejmuje go zatem termin przedawnienia stosowany do roszczeń z umowy ubezpieczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 kwietnia 2013 r., IV CSK 596/12). Skoro termin przedawnienia roszczenia o zwrot nienależnego świadczenia wynosi 10 lat to nie mógł on upłynąć do dnia, w którym nastąpiło jego przerwanie w sprawie niniejszej. Stąd też zarzut przedawnienia nie zasługiwał na uwzględnienie.

Konkludując, Sąd stwierdził, że pozwany pobrał od powoda żadaną w niniejszym pozwie kwotę w oparciu o postanowienia wzorca umownego Ogólnych warunków ubezpieczenia i Tabeli opłat i limitów, które wyczerpują znamiona klauzul abuzywnych, o których mowa w art. 385¹ § 1 k.c. Wnioski powyższe determinowały z kolei konieczność eliminacji wskazanego postanowienia umowy ubezpieczenia ze stosunku prawnego, tj. uznanie go za bezskuteczne *ex lege*. Zastosowana przez ustawodawcę formuła prawna niedozwolonego postanowienia umownego (art. 385¹ § 1 k.c.) oznacza, że pobieranie świadczeń w wykonaniu takiego niewiążącego konsumenta postanowienia nie miało umocowania w umowie.

Mając powyższe na uwadze Sąd, na podstawie art. 410 § 2 k.c. w zw. z art. 405 k.c. w zw. z art. 385¹ § 1 i 2 k.c. zasądził od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 55.714,94 zł, zgodnie z żądaniem pozwu.

Odnosząc się do oceny zasadności zgłoszonego żądania zapłaty odsetek należy wskazać, że zobowiązanie do zwrotu nienależnego świadczenia ma charakter bezterminowy. Zatem termin spełnienia takiego świadczenia musi być wyznaczony zgodnie z art. 455 k.c., a więc niezwłocznie po wezwaniu skierowanym przez wierzyciela. Powód żądał odsetek od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, a zatem od dnia 5 października 2016 roku, kiedy skierował do Sądu pozew obejmujący zasądzone roszczenie.

Mając powyższe na względzie, Sąd orzekł jak w punkcie 1 sentencji wyroku.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., uznając, że powód wygrał proces w całości. Wobec powyższego Sąd uznał, że obowiązek zwrotu całości poniesionych przez niego kosztów procesu należało nałożyć na pozwanego. Na koszty te złożyły się: opłata od pozwu w wysokości 2.786,00 zł, koszty zastępstwa procesowego w wysokości w wysokości 7.200,00 zł (ustalone na podstawie § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych Dz. U. z 2015 r., poz. 1804) oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w wysokości 17,00 zł.

ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi pozwanego (bez pouczenia)