

# UZASADNIENIE

Pozwem z 14 kwietnia 2017 roku J. K. wniosła o zasądzenie od (...) S.A. w W. kwoty 3.600 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 17 stycznia 2017 roku do dnia zapłaty oraz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że zawarła z pozwaną umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. Powódka działała jako konsument i nie miała wpływu na treść postanowień umowy, które wynikały z przyjętego przez pozwaną wzorca. Powódka wskazała, że przedmiotowa umowa uległa rozwiązaniu z uwagi na nieopłacenie przez nią składki regularnej. Pozwana, powołując się na zapisy OWU o opłacie za wykup polisy, pobrała od powódki kwotę 3.600 zł. Powódka podkreśliła, że postanowienia pozwalające na pobranie tytułem opłaty za wykup polisy środków w kwocie stanowiącej niemal równowartość wpłaconych środków mają charakter abuzywny. Bezpodstawnie pobrane środki powinny zatem podlegać zwrotowi na rzecz powódki (k. 1-5 - pozew).

W odpowiedzi na pozew pozwana wniosła o oddalenie powództwa oraz zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwana w pierwszej kolejności podniosła zarzut przedawnienia roszczenia, powołując się na 3 letni termin przedawnienia wynikający z łączącej strony umowy ubezpieczenia. Pozwana wskazała ponadto, że pobrała od powódki tytułem opłaty wykupu kwotę 2.690,39 zł, a nie 3.600 zł. Pozwana podkreśliła, że opłata wykupu nie jest sposobem osiągnięcia zysku, lecz skompensowania ponoszonych przez nią kosztów umowy ubezpieczenia. Niezależnie od powyższego zdaniem pozwanej sporne postanowienia nie miały charakteru abuzywnego, gdyż dotyczyły głównego świadczenia stron, zostały sformułowane w sposób jednoznaczny oraz nie były sprzeczne z dobrymi obyczajami i nie skutkowały rażącym naruszeniem interesów konsumenta. Nadto brak jest podstaw do powoływania się na orzeczenia zapadłe w innych sprawach oraz fakt wpisania postanowień do rejestru klauzul niedozwolonych. Pozwana zakwestionowała również wskazaną przez powódkę początkową datę naliczania odsetek podnosząc, że nie została skutecznie wezwana do zapłaty (k. 33-39 - odpowiedź na pozew).

Na rozprawie w dniu 7 listopada 2017 roku powódka cofnęła pozew w zakresie roszczenia głównego co do kwoty 909,61 zł ze zrzeczeniem się roszczenia, popierając powództwo w pozostałej części, tj. co do kwoty 2.690,39 zł (e-protokół rozprawy z 7 listopada 2017 roku).

W toku postępowania strony podtrzymały swoje stanowiska w sprawie.

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

24 września 2010 roku J. K. złożyła wniosek o zawarcie z (...) S.A. w W. umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (...) ze składką regularną w kwocie 3.600 zł rocznie. Umowa została podpisana w biurze kredytowym z pracownikiem (...) S.A., poprzez pośrednika. Powódka była zapewniana przez pośrednika o korzyściach płynących z umowy i dużych zyskach z inwestycji (k. 60 - wniosek, e-protokół rozprawy z 7 listopada 2017 roku - zeznania powódki).

Zawarcie umowy ubezpieczeniowej zostało potwierdzone wystawieniem polisy nr (...), na podstawie której powódka została objęta ochroną ubezpieczeniową od 6 października 2010 roku. Rocznicą polisy przypadła co 12 miesięcy 6 października każdego kolejnego roku. Integralną część umowy stanowiły Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (...) ze składką regularną o nr OWU KOD (...).01.2010 („OWU”), których tekst powódka otrzymała przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Powódka nie miała możliwości negocjowania treści umowy. Wpłacane przez powoda składki były przeznaczane przez pozwaną w całości (100%) na zakup jednostek uczestnictwa w funduszu kapitałowym (...) (k. 9 - polisa, k. 10-14 - OWU, k. 61 - potwierdzenie).

Zgodnie z artykułem I Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia przewidzianego w umowie, a Ubezpieczający zobowiązuje się terminowo opłacać składki. Stosownie do treści artykułu IV ust. 1 OWU umowa została zawarta na czas nieoznaczony. Przedmiotem ubezpieczenia

było życie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmował śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Odpowiedzialność towarzystwa polega na wypłaceniu uposażonemu świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia i wartości dodatkowej o ile takowa istnieje (artykuł III ust. 1-3 OWU). Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczynała się w dniu wskazanym w polisie, pod warunkiem zapłacenia przez Ubezpieczającego pierwszej składki regularnej w pełnej wysokości (artykuł V ust. 2 OWU). W przypadku zaległości w opłacaniu składki regularnej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego po upływie 30 dni od daty wymagalności składki do zapłaty zaległej składki w dodatkowym 15-dniowym terminie wyznaczonym w pisemnym wezwaniu oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia składki w wyżej wymienionym terminie (artykuł VI ust. 6 OWU). Skutkiem nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki regularnej jest rozwiązanie umowy (artykuł VI ust. 5.4. OWU). W przypadku rozwiązania umowy w związku m.in. z nieopłaceniem składki regularnej Towarzystwo dokona wypłaty wartości wykupu (artykuł VI ust. 9 OWU). Polisa ma wartość wykupu równą sumie wartości polisy i wartości dodatkowej pomniejszonej o opłatę za całkowity wykup wartości polisy oraz opłatę za całkowity wykup wartości dodatkowej. Opłata z tytułu całkowitego lub częściowego wykupu określona jest jako procent wypłacanej wartości polisy powstałej ze składek regularnych należnych w pierwszych pięciu latach polisy. Do obliczenia wartości polisy i wartości dodatkowej przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa, obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia jednostek uczestnictwa. W zależności od roku polisy kwota całkowitego lub częściowego wykupu zostanie pomniejszona o procentową opłatę z tytułu dokonanego wykupu, określoną w Tabeli opłat i limitów (artykuł IX ust. 2, 5 i 9 OWU). Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów, obowiązującą od 26 kwietnia 2010 roku i stanowiącą integralną część OWU, opłata za całkowity wykup wartości polisy kształtowała się następująco:

Rok polisy	% wartości polisy utworzonej ze składki regularnej należnej w pierwszych pięciu latach polisy
1	98
2	95
3	85
4	70
5	55
6	40
7	25
8	20
9	10
10	5

Pismem datowanym na 8 września 2011 roku pozwana poinformowała o zbliżającym się terminie płatności składki regularnej w kwocie 3.758,35 zł. Wobec braku uiszczenia składki w terminie, jak i w okresie 30 dni po jego upływie, pismem datowanym na 8 listopada 2011 roku pozwana wezwała powódkę do pilnego uregulowania zaległej składki do 20 listopada 2011 roku, gdyż po tym terminie konieczne będzie oprócz składki uiszczenie także opłaty dodatkowej w kwocie 200 zł. Jednocześnie zastrzeżono, że w braku zapłaty składki w terminie do 3 lutego 2012 roku umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu, a powódce zostanie wypłacona wartość wykupu (k. 55, 56 - pisma pozwanej).

Powódka nie uiściła zaległej składki w terminie, co spowodowało rozwiązanie umowy z dniem 3 lutego 2012 roku. W tej dacie na rachunku powódki znajdowały się jednostki uczestnictwa o wartości 2.831,99 zł, z której to kwoty pozwana pobrała opłatę za wykup w kwocie 2.690,39 zł zaś powódce wypłaciła kwotę 141,60 zł (k. 57 - potwierdzenie wypłaty, e-protokół rozprawy z 7 listopada 2017 roku - zeznania powódki).

Pismem datowanym na 19 grudnia 2016 roku powódka, działająca za pośrednictwem pełnomocnika, wezwała pozwaną do dobrowolnego zwrotu i zapłaty na jej rzecz środków stanowiących niewypłaconą część środków pobranych tytułem opłaty za wykup. Powódka wskazała, że niewypłacenie wszystkich środków, jako oparte na klauzulach niedozwolonych, było bezprawne. Ponadto powódka wezwała pozwaną do przedstawienia informacji w zakresie: a) kiedy polisa została rozwiązana; b) jaka była wartość polisy na dzień jej rozwiązania; c) jaka była wartość wykupu polisy; d) jaka była wartość opłaty za wykup polisy; e) jaka była wartość wypłaconych środków z polisy i kiedy została dokonana. Do pisma załączono pełnomocnictwo, w którym powódka upoważniła r. pr. J. O. w sprawie dochodzenia roszczeń od Ubezpieczyciela w związku m.in. z polisą nr (...). W odpowiedzi pismem datowanym na 16 stycznia 2017 roku pozwana wskazała, że nie zaakceptowała przedstawionego pełnomocnictwa z uwagi na jego zakres. Ponadto poinformowała, że ustosunkuje się do zgłoszenia po otrzymaniu pełnomocnictwa upoważniającego do reprezentowania powódki przed (...) S.A. w związku z zawartymi z (...) S.A. umowami potwierdzonymi polisami (k. 15 - pismo powódki, k. 16 - pełnomocnictwo, k. 17 - pismo pozwanej).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zgromadzonych w sprawie dokumentów, które uznał za wiarygodne, gdyż ich prawdziwość nie budziła wątpliwości i nie była kwestionowana przez strony.

Sąd oparł się także na złożonych w charakterze strony zeznaniach powódki J. K. ponieważ były one spójne i logiczne oraz znajdowały potwierdzenie w pozostałym, zgromadzonym materiale dowodowym. Nie dał im natomiast wiary w zakresie w jakim powódka twierdziła, że nie otrzymała tekstu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia - jak bowiem wynikało z oświadczenia, podpisanego przez powódkę 19 października 2010 roku dokument ten został jej przekazany przy podpisaniu wniosku o zawarcie umowy (k. 61).

Sąd oddalił wniosek pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu ubezpieczeń na życie na okoliczność kosztów poniesionych przez pozwaną 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, iż 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 mającymi rzekomo znaleźć odzwierciedlenie właśnie w opłatach dystrybucyjnych pobranych od powoda. Niezależnie od powyższego warto zauważyć, że pozwana nie przedstawiła w toku postępowania żadnego materiału dowodowego w postaci danych związanych z umową powódki, w oparciu, o które biegły mógłby dokonać oceny poniesionych przez pozwaną kosztów.

**Sąd zważył, co następuje:**

Okoliczności faktyczne sprawy nie były przedmiotem sporu pomiędzy stronami. Rozstrzygnięcia wymagały natomiast kwestie materialno prawne, koncentrujące się na ocenie postanowień OWU stosowanych przez pozwaną, na podstawie, których zatrzymała dochodzoną pozwem kwotę, przez pryzmat przepisów chroniących konsumentów, a zakazujących stosowania tzw. klauzul abuzywnych we wzorcach umownych przez przedsiębiorców tj. art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. - art. 385<sup>3</sup> k.c. Bezsporna pozostawała także kwestia ogólnej kwoty środków zgromadzonych na rachunku powódki w dniu wyceny, dokonania ich umorzenia oraz pobrania przez pozwaną opłaty z tytułu całkowitego wykupu w wysokości 2.690,39 zł.

Przed przejściem do analizy kwestii abuzywności spornych klauzul należało odnieść się do najdalej idącego zarzutu pozwanej tj. przedawnienia roszczenia. Pozwana twierdziła, że ewentualne stwierdzenie, że pobranie od powódki kwot nastąpiło na podstawie niedozwolonych postanowień umownych oznacza, że pozwana nie jest bezpodstawnie wzbogacona, lecz że nie wykonała prawidłowo umowy. Oznaczałoby to, że roszczenie dochodzone przez powódkę wynikało z umowy ubezpieczenia, w przypadku której przewidziany jest 3 letni termin przedawnienia, stosownie do art. 819 § 1 k.p.c. Ze stanowiskiem tym nie sposób się zgodzić. Wskazać bowiem trzeba, że zgodnie z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., w sytuacji stwierdzenia, że dany zapis ma charakter niedozwolonego postanowienia umownego nie wiąże on konsumenta. Tym samym w przypadku wyeliminowania postanowienia dotyczącego opłaty za całkowity wykup wartości polisy odpada podstawa świadczenia, co odpowiada sytuacji przewidzianej w art. 410 § 1 k.c. Nie dochodzi natomiast do przejścia na reżim odpowiedzialności kontraktowej, jak sugerowała to pozwana.

Zgodnie z art. 385<sup>1</sup> § 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 przyjętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta (§ 3). Na podstawie art. 385<sup>2</sup> 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 sprawie oczywistym było, że przystępując do umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (...) ze składką regularną, stwierdzoną polisą nr (...) powódce przysługiwał status konsumenta (art. 22<sup>1</sup> k.c.), zaś pozwana działała w charakterze przedsiębiorcy (art. 43<sup>1</sup> k.c.).

Ponadto pozwana nie zaprzeczyła temu, że sporne postanowienia zawarte we wzorcu umownym jej autorstwa, a także w samych umowach ubezpieczenia, nie były indywidualnie negocjowane z powódką. Co więcej, w świetle art. 385<sup>1</sup> § 4 k.c. pozwana obowiązana byłaby okoliczność tą udowodnić, czego nie uczyniła. Zaznaczenia wymaga przy tym, iż nie sposób uznać informowania powoda przez pozwanego o konsekwencjach związanych z brakiem płatności zaległych składek i pobieraniu przez pozwanego opłaty dystrybucyjnej wobec przedwczesnego wygaśnięcia umowy, za indywidualne negocjowanie ani uzgadnianie warunków umowy w tymże zakresie. Elementem indywidualnego uzgodnienia jest możliwość modyfikacji warunków umów, a nie wiedza zawierającego takie umowy konsumenta o treści wiążącego go postanowienia.

W zakresie rozważenia ewentualnej abuzywności zapisów umowy sporne pozostawały zatem dwa zagadnienia tj. czy kwestionowane postanowienia dotyczą „głównych świadczeń stron” oraz czy kształtują one prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Uznanie, zastrzeżenia dopuszczalności pobrania przez pozwanego opłaty z tytułu całkowitego wykupu za główne świadczenie stron eliminowało możliwość rozpatrywania tego postanowienia pod kątem jego niedozwolonego charakteru. Kwestię tą należało, więc rozpatrzyć przed oceną spornych postanowień w kontekście dobrych obyczajów i interesów konsumenta. Pozwana upatrywała podstaw do przedstawionego ryczałtowego ukształtowania spornej opłaty w przepisach ustawowych próbując wykazać, iż kwestionowana przez powódkę opłata stanowi główne świadczenie stron mające na celu pokrycie kosztów poniesionych przez pozwaną, a związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia na życie potwierdzonej polisą nr (...).

Stanowisko pozwanej nie zasługiwało na uwzględnienie. 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 do głównych świadczeń stron należało spełnienie przez ubezpieczyciela danego świadczenia w przypadku zajścia określonego w umowie wypadku, a także opłacanie składki ubezpieczeniowej przez powoda. Tylko postanowienia bezpośrednio regulujące wskazane kwestie można 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, świadczeniem głównym ze strony powoda jest zapłata składki ubezpieczeniowej, zaś świadczeniem głównym strony pozwanej – wypłata określonych sum pieniężnych w razie śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia. Warto zauważyć, że takie zdefiniowanie głównych świadczeń stron wprost wynika z treści OWU, a konkretnie artykułu I, stanowiącego, że Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia przewidzianego w umowie, a Ubezpieczający zobowiązuje się terminowo opłacać składki. Nie ulega zaś wątpliwości, że owym zdarzeniem jest śmierć Ubezpieczonego, stosownie do artykułu III OWU. Nie jest zaś „zdarzeniem w życiu Ubezpieczonego” okoliczność braku terminowego uiszczenia składki, skutkująca rozwiązaniem umowy.

Zdaniem Sądu kwestie, w tym określające skutki wykupu polisy przed zakończeniem okresu utrzymania umowy od daty zawarcia umowy, nie stanowią świadczeń głównych w rozumieniu powołanych powyżej przepisów, a co za tym idzie - mogą być oceniane w kontekście art. 385<sup>1</sup> § 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 stronę pozwaną do treści art. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej jako przepisu określającego główne świadczenia stron umowy ubezpieczenia. Przepis ten określa w 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 powołanego przez pozwaną 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 z tytułu całkowitego wykupu. Przepis ten nakazuje określić zasady ustalania wartości wykupu, nie nakłada zaś obowiązku potrącenia z niej jakiegokolwiek opłaty. Także i z tej przyczyny argumentacja pozwanej o opłacie dystrybucyjnej, jako głównym świadczeniu ze strony powoda okazała się nietrafna. Ponadto w ocenie Sądu argumentacja pozwanego w tym względzie oparta jest o fałszywą przesłankę. Zarzut abuzywności nie dotyczy bowiem świadczenia ubezpieczyciela w postaci wypłaty wartości wykupu (a do tego rodzaju świadczenia odwołuje się pozwana uzasadniając jego esencjonalny dla umowy ubezpieczenia charakter) ale świadczenia ubezpieczonego (tyle, że potrącanego z wypłaty wartości wykupu) w postaci opłaty pobieranej właśnie w związku z wypłatą wartości wykupu polisy. Przedmiotowa opłata 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. Sąd podziela tym samym zbieżny pogląd wyrażony w wyrokach Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 26 czerwca 2012 roku, sygn. VI ACA

87/12 i z 6 września 2012 roku, sygn. VI ACa 458/12, gdzie również stwierdzono, iż opłaty (zwane likwidacyjnymi) nie stanowią głównego świadczenia stron umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Należy wyraźnie zaznaczyć, że nie można utożsamiać pojęcia opłaty za całkowity wykup wartości polisy z dokonywaną przez pozwanego wypłatą środków zgromadzonych na subkoncie umowy ubezpieczenia na życie (czy też wartością wykupu), a tym samym opłacie tej nie można z góry przypisywać cech świadczenia głównego w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. W doktrynie zgodnie podkreśla się, że należy ograniczyć zakres negatywnej przesłanki kontroli umów do klauzul, które „określają” świadczenie główne. Z kolei świadczenia, które niejako w sposób bardzo pośredni „związane” są z świadczeniem głównym – nie można zakwalifikować jako postanowienia określającego główne świadczenie – co nieskutecznie próbowała wykazać pozwana w toku postępowania. Opłata określona w OWU jest jedynie świadczeniem ubezpieczonego wypłacanym w sytuacji gdy doszło do „przedterminowego” rozwiązania umowy, z uwagi na jej rozwiązanie będące rezultatem m.in. zaprzestania uiszczania przezeń wymagalnych składek regularnych – czyli działania bądź zaniechania konsumenta.

Mając na uwadze powyższe rozważania, do rozstrzygnięcia pozostała zatem ocena, czy kwestionowane przez powoda postanowienie 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.

Problem obydwu przesłanek do uznania abuzywności danego postanowienia zostały już dostatecznie opracowane zarówno w doktrynie jak i judykaturze (por. wyrok Sądu Najwyższego z 13 lipca 2005 roku, sygn. I CK 832/04; LEX nr 159111; wyroki Sądu Okręgowego w Warszawie z 5 stycznia 2010 roku, sygn. XVII AmC 2112/10; z 27 lipca 2013 roku, sygn. XVII AmC 8229/12; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 17 kwietnia 2013 roku, 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 roku).

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. Co do przesłanki „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 (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 11 października 2011 roku, VI ACa 421/11).

Wypada zauważyć, że umowa na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy do kategorii umów z zakresu ubezpieczeń osobowych. To natomiast powoduje, że 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. Należy podkreślić, że stosownie do art. 830 § 2 k.c. ubezpieczający może osiągnąć analogiczny skutek nie płacąc w terminie składki ubezpieczeniowej, przy czym należy go wezwać do uiszczenia składki w dodatkowym terminie, a nadto poinformować o skutkach braku zapłaty składki.

W niniejszej sprawie powódka skorzystała z drugiej możliwości, gdyż nie uiszczała terminowo kolejnej, rocznej składki. Pozwana pismem datowanym na 8 listopada 2011 roku wezwała powódkę do zapłaty składki w nieprzekraczalnym terminie do 3 lutego 2012 roku wskazując, że bezskuteczny upływ terminu spowoduje rozwiązanie umowy. Warto zauważyć, że pismo pozwanej nie zawiera pełnej informacji, co do skutków rozwiązania umowy w związku z brakiem terminowej zapłaty składki. Następstwem jest bowiem pobranie przez pozwaną opłaty za całkowity wykup wartości polisy, która w drugim roku trwania polisy wynosiła 95% wartości polisy utworzonej ze składki regularnej należnej w pierwszych pięciu latach polisy, a zatem w okolicznościach niniejszej sprawy 95% całości środków zgromadzonych na rachunku powódki. Tym samym w sytuacji, która zaistniała w niniejszej sprawie, tj. rezygnacji przez powódkę z umowy ubezpieczenia, wyrażającą się brakiem zapłaty kolejnej składki za drugi rok ubezpieczeniowy, pozwana zastrzegła sobie prawo do pobrania niemal całości środków powódki. Należy zauważyć, że uświadomienie sobie tego faktu wymaga uważnej lektury i powiązania ze sobą kilku, rozproszonych w treści OWU zapisów. Powódka nie została o tym fakcie, jako jednym ze skutków rozwiązania umowy przed upływem okresu składkowego / okresu utrzymania umowy, poinformowana, choć w świetle zarówno zapisów OWU jak i powszechnie obowiązujących przepisów prawa (wspomniany art. 830 § 2 k.c.) pozwana miała taki obowiązek. Co równie istotne powódce żadna informacja o ujemnych konsekwencjach rozwiązania umowy nie została przekazana również na etapie jej zawierania. Tym niemniej nawet gdyby pozwana spełniła ciążyący na niej obowiązek informacyjny to stwierdzić trzeba, że w świetle ocenianego wzorca umowy, możliwość skorzystania przez konsumenta z uprawnienia do rozwiązania umowy, czy to poprzez złożenie oświadczenia woli, czy też w sposób dorozumiany poprzez zaprzestanie uiszczania składek, ma charakter iluzoryczny. Pobieranie opłat za skorzystanie z ustawowo przyznanego prawa, stanowi ze strony pozwanego Towarzystwa (...) niejako barierę utrudniającą konsumentowi (powodowi) realizację przyznanego mu przez ustawodawcę prawa podmiotowego. Gdyby nie kwestionowane przez powódkę zapisy wzorca umownego dotyczące opłaty za wykup, nie istniałyby żadne normatywne przesłanki do obciążenia konsumenta jakimikolwiek opłatami czy zatrzymywania części należnego mu świadczenia wykupu w wypadku korzystania przez konsumenta z jego ustawowych uprawnień. Z jednej strony konsument w zasadzie posiada możliwości skorzystania z prawa rezygnacji z dalszego trwania w stosunku ubezpieczenia na życie, niemniej jednak z drugiej strony skorzystanie z tego uprawnienia jest wysoce niekorzystne, bowiem konsument napotyka w takim wypadku na zastrzeżenie opłaty za całkowity wykup wartości polisy, pobieranej przez pozwane Towarzystwo (...). W okolicznościach przedmiotowej sprawy konstrukcja umowy de facto wymusza na konsumencie kontynuowanie stosunku ubezpieczenia, bowiem na początkowym etapie sankcją za rozwiązanie umowy jest utrata znacznej części środków. Tym samym skorzystanie przez konsumenta z uprawnienia, jakie przyznają mu przepisy powszechnie obowiązującego prawa powoduje powstanie po jego stronie rażącej szkody. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z art. 385<sup>3</sup> pkt 17 k.c. w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności nakładają na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego. W ocenie Sądu nie ulega wątpliwości, że w przedmiotowej sprawie kwestionowane zapisy prowadzą właśnie do takiego skutku, umożliwiając pozwanej nałożenie na konsumenta dotkliwej ekonomicznej sankcji w przypadku rezygnacji z jej usług.

Kwestia zastrzeżenia nadmiernej wartości świadczenia konsumenta w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, z przyczyn leżących po stronie konsumenta, została już rozpoznana w orzecznictwie sądów powszechnych i Sądu Najwyższego. W wyroku z dnia 26 czerwca 2012 roku, 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. 385<sup>3</sup> pkt 17 k.c., zwłaszcza wobec faktu, iż katalog klauzul szarych zawartych w przepisie art. 385<sup>3</sup> k.c. nie jest zamknięty. Zdaniem Sądu Apelacyjnego prawidłowe było zatem ostatecznie uznanie przez Sąd pierwszej instancji, iż zakwestionowane postanowienie narusza dobre obyczaje gdyż sankcjonuje przejście 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. Pobranie przez Towarzystwo (...) opłaty powodującej utratę wszystkich lub znacznej części zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego środków finansowych, rażąco narusza interesy konsumenta i stanowi niedozwolone postanowienie umowne w świetle art. 385<sup>1</sup> zdanie 1 k.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z 18 grudnia 2013 roku, I CSK 149/13).

Odnosząc się do materiału dowodowego zaofiarowanego przez strony w procesie Sąd stwierdził, że pozwana poprzestała jedynie na oświadczeniu, że w związku z umową zawartą z powódką po jej stronie powstały koszty pośrednika ubezpieczeniowego, akwizycji, koszty bezpośrednie i pośrednie, które miały być kompensowane poprzez pobranie spornej opłaty. Przedstawiając jedynie hasłowe ich wyliczenie pozwana nie przedstawiła na tę okoliczność żadnego materiału dowodowego, z którego wynikałaby chociażby przybliżona wartość kosztów rozwiązania umowy powódki, przy jednoczesnym konsekwentnym twierdzeniu, że pozostają one w rzeczywistym i adekwatnym związku z wydatkami poczynionymi na jej realizację. Pozwana nie przedstawiła chociażby umowy z agentem ubezpieczeniowym, który zawierał umowę ubezpieczenia na życie z powodem a nawet dokumentu prywatnego, w oparciu, o który pozwany wyjaśniłby, jakie konkretne koszty poniósł w związku z realizacją umowy. Sąd doszedł do przekonania, że pozwana w rzeczywistości nie wie, jakie dokładnie koszty poniósł w związku z zawarciem umowy z powodem, co jasno wynika z tezy dowodowej oddalonego przez Sąd wniosku dowodowego. Zatem pozwana nie wiedząc, jakie w rzeczywistości ponosi koszty związane z zawarciem umowy przez powódkę i jej realizacją bezpodstawnie obciążył ją opłatą z tytułu całkowitego wykupu wartości polisy.

W kontekście wysokości opłaty za całkowity wykup wartości polisy warto również zwrócić uwagę na inny aspekt. Skoro jak twierdziła pozwana istotą opłaty jest pokrycie wysokich kosztów początkowych poniesionych przez nią przy zawieraniu umowy, które mogą być skompensowane jedynie w toku trwania umowy, to oznaczałoby to, że opłata wraz z każdym kolejnym rokiem polisy powinna maleć. Łatwo jednak przekonać się, że wcale tak nie jest. Biorąc za podstawę stawkę składki regularnej uiszczanej przez powódkę (przy założeniu braku zysków i strat na rachunku) stwierdzić trzeba, że stan rachunku to: 3.600 zł (I rok polisy), 7.200 zł (II rok polisy), 10.800 zł (III rok polisy), 14.400 zł (IV rok polisy), 18.000 zł (V rok polisy). Wysokość opłaty za całkowity wykup wartości polisy kształtowałyby się zatem następująco: w I roku polisy - 3.528 zł (3.600 zł x 0,98); w II roku polisy 6.840 zł (7.200 zł x 0,95); w III roku polisy - 9.180 zł (10.800 zł x 0,85); w IV roku polisy 10.080 zł (14.400 zł x 0,70); w V roku polisy - 9.900 zł (18.000 zł x 0,55). Z przytoczonego przykładu jasno wynika, że pomimo wydłużania czasu trwania umowy ubezpieczenia wysokość opłaty rośnie aż do IV roku polisy, a spada dopiero w V roku, jednakże nieznacznie, bo zaledwie o 180 zł (i nadal jest wyższa niż opłata w I, II czy też III roku polisy). Powyższe również w ocenie Sądu świadczy o całkowicie arbitralnej wysokości pobierania opłat. Nadto gdyby dla przykładu powódka uiszczała 10-krotnie wyższą składkę regularną to okazałoby się, że wysokość opłaty jest również 10-krotnie wyższa. Pozwana nie przedstawiła struktury wydatków związanych z realizacją umowy, jednak analizując jej poszczególne pozycje wydaje się wątpliwe by kwestie takie jak przygotowanie dokumentów, wynagrodzenie pracowników czy koszty akwizycji związane z tą konkretną umową wzrastały do takich rozmiarów.

Ostatecznie przyjęć należało, że postanowienia artykułu IX ust. 2 i 5 OWU w zw. z pkt 4 tabeli opłat i limitów, zastrzegając możliwość pobrania opłaty za całkowity wykup wartości polisy, służącej pokrywaniu bliżej nieokreślonych kosztów wdrożenia produktu, marży pozwanego Towarzystwa (...) i kosztów akwizycji w wysokości odpowiadającej

95 % wartości środków pieniężnych zgromadzonych na rachunku umowy, naruszając dyspozycję art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. oraz art. 385<sup>3</sup> pkt 17 k.c.

Mając na uwadze powyższe rozważania, Sąd doszedł do przekonania, że kwestionowane przez powódkę postanowienie umowne dotyczące pobierania spornej opłaty kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy a tym samym nie jest dla tego konsumenta wiążące. Skutkiem tego było wyeliminowanie wskazanego postanowienia umowy ubezpieczenia ze stosunku prawnego - tj. uznanie go za bezskuteczne z mocy samego prawa. Bezpodstawnie potrącona kwota opłaty z tytułu całkowitego wykupu polisy w wysokości 2.690,39 zł, winna być zwrócona powódce według konstrukcji zwrotu nienależnego świadczenia w rozumieniu art. 410 § 1 k.c.

Podstawę prawną rozstrzygnięcia w przedmiocie odsetek stanowią przepisy art. 481 § 1 i § 2 zdanie pierwsze k.c. Należy także przytoczyć, że zobowiązanie do zwrotu nienależnego świadczenia ma charakter bezterminowy. Termin spełnienia takiego świadczenia musi być wyznaczony zgodnie z art. 455 k.c., a więc niezwłocznie po wezwaniu skierowanym przez wierzyciela. W konsekwencji żądanie odsetek w przypadku bezpodstawnego wzbogacenia zasadne jest dopiero od chwili wezwania dłużnika przez wierzyciela na podstawie art. 455 k.c. do zwrotu wzbogacenia (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 24 kwietnia 2003 r., sygn. I CKN 316/01, OSNC 2004, nr 7-8, poz. 117 i z dnia 3 lutego 2006 r., sygn. I CSK 17/05).

Pismem z 19 grudnia 2016 roku powódka wezwała pozwaną do wypłaty kwoty potrąconej tytułem opłaty za całkowity wykup polisy w umowie ubezpieczenia nr (...). Jako, że brak w aktach sprawy dokumentu, z którego wynikałaby data doręczenia przedmiotowego pisma pozwanej, przyjmując należało, że nastąpiło to najpóźniej w dacie wystosowania przez nią odpowiedzi tj. 16 stycznia 2017 roku. Oznacza, to że od 17 stycznia 2017 roku pozwana pozostawała w opóźnieniu co uzasadnia przyznanie odsetek do tej daty.

Nie zasługiwało przy tym na uwzględnienie stanowisko pozwanej, wedle którego brak określenia w wezwaniu do zapłaty kwoty, uzasadnia przyznanie odsetek dopiero od daty następującej po dniu doręczenia pozwu. Powódka wskazała bowiem z jakiego tytułu domaga się zapłaty, określając dokładnie rodzaj świadczenia tj. z tytułu pobranej od niej opłaty za wykup, oraz powołała się na numer polisy. W ocenie Sądu stanowiło to dostateczne skonkretyzowanie dochodzonego roszczenia. Pozwana, gdyby chciała dobrowolnie spełnić świadczenie, mogłaby z łatwością sprawdzić dane umowy, której dotyczyło wezwanie jak i kwotę pobraną tytułem opłaty za całkowity wykup wartości polisy i wypłacić należność powódce.

Mając na uwadze wszystkie przedstawione powyżej okoliczności faktyczne i rozważania prawne Sąd zasądził od pozwanej na rzecz powódki kwotę 2.690,39 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 17 stycznia 2017 roku do dnia zapłaty, orzekając jak w punkcie 1 wyroku.

Wobec cofnięcia przez powódkę na rozprawie w dniu 7 listopada 2017 roku pozwu w co do kwoty 909,61 zł ze zrzeczeniem się roszczenia, które to oświadczenie nie było niedopuszczalne w świetle art. 203 § 4 k.p.c., w pozostałym zakresie, na podstawie art. 355 § 1 k.p.c., postępowanie podlegało umorzeniu, w związku z czym orzeczono jak w punkcie 2. wyroku.

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie 2. wyroku, zgodnie z przepisem art. 100k.p.c., i wynikającą z niego zasady odpowiedzialności za wynik procesu.

Co prawda powódka cofnęła pozew co do kwoty 909,61 zł ze zrzeczeniem się roszczenia, co nakazywałoby traktować ją jako stronę przegrywającą proces w tym zakresie, niemniej jednak w niniejszej sprawie należy dokonać oceny odmiennej. Zauważyć bowiem trzeba, że powódka nie dysponowała niezbędnymi informacjami, które przed wytoczeniem powództwa pozwalałyby na precyzyjne określenie wysokości przysługującego jej roszczenia, a brak tych informacji wynikał z niezasadnej odmowy ich udzielenia przez pozwaną. Nadto treść pisma pełnomocnika powódki, w którym domagał się on wyjaśnień w kwestii daty rozwiązania polisy, jej wartości na dzień rozwiązania,

wartości wykupu, wartości opłaty za wykup oraz wartości wypłaconych środków z polisy i daty ich dokonania oraz treść odpowiedzi pozwanej, która de facto zignorowała wezwanie powódki, wskazują, że żądane informacje nie zostały powódce przekazane. Odmowa udzielenia żądanych danych z powołaniem się na nieprawidłowy zakres pełnomocnictwa okazała się niezasadna, gdyż pełnomocnictwo to było prawidłowe i upoważniało pozwaną do udzielenia pełnomocnikowi powódki stosownych informacji. Konsekwentnie zatem należało przyjąć, że powódka dopiero na podstawie odpowiedzi na pozew i dołączonych załączników mogła ustalić rzeczywistą wysokość przysługującego jej roszczenia. W takiej sytuacji, w ocenie Sądu, nie sposób obciążać powódki negatywnymi skutkami wystąpienia z zawyżonym o 909,61 zł roszczeniem. Skoro dopiero w sytuacji przymusowej - w obliczu wszczęcia postępowania sądowego i ryzyka przegrania sprawy w szerszym niżby to wynikało z okoliczności sprawy zakresie - pozwana udzieliła powódce niezbędnych informacji, to pomimo cofnięcia pozwu co do kwoty 909,61 zł ze zrzeczeniem się roszczenia, również w tym zakresie należało ją traktować jako stronę przegrywającą i zobowiązać do zwrotu powódce całości poniesionych kosztów. Złożyły się na nie opłata od pozwu w kwocie 180 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł, koszty zastępstwa procesowego w kwocie 900 zł (§ 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych), co łącznie daje kwotę 1.017 zł, dlatego też Sąd orzekł jak w punkcie 3. wyroku.

***SSR Aleksandra Koman***