

Sygn. akt XVI C 3307/16

### **Uzasadnienie wyroku z 5.6.2017**

W pozwie złożonym 24.11.2016 powód J. B. domagał się zasądzenia od pozwanego (...) SA w W. 12000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 14.4.2016 do dnia zapłaty tytułem niewypłaconej przez pozwanego części wartości rachunku po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia nr (...) z uwagi na naliczenie opłaty dystrybucyjnej na podstawie niedozwolonego postanowienia zawartego w ogólnych warunkach umowy (dalej OWU).

W odpowiedzi na pozew pozwane towarzystwo domagało się oddalenia powództwa. W uzasadnieniu pisma procesowego podniesiono, że powód wystąpił o wypłatę wartości polisy pismem z 31.3.2016, wobec czego doszło do rozwiązania umowy w dniu 6.4.2016 a dnia 14.4.2016 doszło do wypłaty wartości wykupu. Wysokość opłaty dystrybucyjnej została ustalona w aneksie do umowy, którą powód podpisał, a który został zawarty w celu realizacji decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z 23.12.2015. Opłata za wykup została ustalona zgodnie z ww. decyzją. Z chwilą podpisania aneksu doszło do indywidualnego ustalenia warunków umowy. Pozwany powołał się na uprawnienie ubezpieczyciela do pobierania opłat na pokrycie kosztów związanych z zawarciem umowy. Podniósł także, że postanowienia OWU regulujące opłatę od wykupu określają główne świadczenia stron, wobec czego nie mogą być uznane za niedozwolone w ramach kontroli incydentalnej. Zakwestionował termin, od którego powód żąda odsetek, podnosząc, że wezwanie do zapłaty zostało odebrane przez pozwane towarzystwo dnia 30.9.2016.

### **Sąd ustalił, co następuje:**

13.11.2013 powód jako ubezpieczający zawarł z pozwanym towarzystwem ubezpieczeniowym umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, potwierdzoną polisą nr (...). Składka roczna miała wynosić 24000 zł. Ubezpieczyciel zobowiązał się ulokować 100% składki we wskazanych przez powoda ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym (...). Suma ubezpieczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego została określona jako wartość polisy powiększona o 5%, ale nie więcej niż o 1500 zł.

Umowa została zawarta przez przystąpienie powoda do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi O. P., Długoterminowy Program (...) ze Składką Regularną (OWU (...)\_OWU\_05.2013), opracowanych przez pozwane towarzystwo ubezpieczeń.

Umowa została zawarta na czas nieoznaczony (§ 6 OWU).

Przedmiotem ubezpieczenia było życie i zdrowie ubezpieczonego (§ 3 ust. 1 OWU). Zakres ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonego, śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz wystąpienie u ubezpieczonego choroby śmiertelnej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej (§ 4 OWU), a odpowiedzialność pozwanego polegała na wypłacie uprawnionemu sumy ubezpieczenia (z zastrzeżeniami) w przypadku śmierci ubezpieczonego albo jednorazowego świadczenia stanowiącego 50% wartości rachunku – w przypadku śmiertelnej choroby jako przedpłaty świadczenia należnego w przypadku śmierci ubezpieczonego (§ 30 OWU).

Ubezpieczający zobowiązał się opłacać składkę regularną tj. składki płatne w okresie składkowym w terminach i wysokości określonych w polisie (§ 2 pkt 24, § 32 OWU). Za składkę regularną towarzystwo ubezpieczeniowe nabywa jednostki uczestnictwa (§ 14 OWU). Suma składek regularnych należnych w pierwszym roku polisy to składka pierwszoroczna (§ 2 pkt 25 OWU). Minimalna i maksymalna wysokość składek została określona w Tabeli (§ 12 OWU).

Celem inwestycyjnym umowy było długoterminowe inwestowanie przez ubezpieczającego środków pochodzących ze składek w fundusze (§ 3 ust. 2 OWU). W dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej towarzystwo ubezpieczeniowe otwiera rachunek regularny, na którym ewidencjonuje jednostki uczestnictwa zakupione za opłacone składki regularne (§ 13 OWU). Okres składkowy to okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, w którym ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek regularnych i trwa 10 lat (§ 2 pkt 13, § 18 OWU).

Ponadto przewidziano okres utrzymania umowy jako okres rozpoczynający się po zakończeniu skróconego okresu składkowego, w którym ubezpieczający ma prawo do opłacania wyłącznie składek dodatkowych (§ 2 pkt 14, § 18 OWU).

Ubezpieczającemu przysługuje prawo do całkowitego wykupu wartości polisy w dowolnym czasie. W przypadku całkowitego wykupu wartości polisy towarzystwo ubezpieczeń wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu, na którą składa się wartość polisy i wartość dodatkowa, pomniejszone o opłatę dystrybucyjną, nie wyższą niż wartość polisy w dniu umorzenia jednostek. Wartością polisy jest wartość jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na rachunku regularnym. Wartość wykupu jest wypłacana w terminie 14 dni od dnia umorzenia jednostek uczestnictwa, co następuje nie później niż w terminie 5 dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia ubezpieczającego o dokonaniu wykupu i potwierdzeniu tożsamości ubezpieczającego (§ 2 pkt 35-38, § 27 OWU).

Towarzystwo ubezpieczeniowe zastrzegło sobie prawo pobierania różnych opłat: administracyjnych, za ryzyko, operacyjnej za zmianę alokacji lub za przeniesienie jednostek uczestnictwa, za zarządzanie oraz dystrybucyjnej, których wysokość określono w Tabeli opłat i limitów. Opłata dystrybucyjna to opłata pobierana w przypadku całkowitego wykupu wartości polisy w okresie składkowym lub okresie utrzymania umowy wynosząca określony % składki pierwszorocznej: w 1. i 2. roku polisy – 120%, w 3. i 4. roku polisy – 115%, w 5. i 6. roku polisy – 110%, w pozostałych latach – 100%. Opłata dystrybucyjna obejmuje koszty zawarcia umowy, tj. koszty wdrożenia produktu, marże towarzystwa ubezpieczeniowego i koszty akwizycji. Zawarcie umowy wiąże się z ponoszeniem tych kosztów przez ubezpieczającego w okresie składkowym i okresie utrzymania umowy. Rozliczenie kosztów trwa nie krócej niż do zakończenia okresu składkowego lub okresu utrzymania umowy. W celu rozliczenia tych kosztów w przypadku rozwiązania umowy w okresie składkowym lub okresie utrzymania umowy, towarzystwo ubezpieczeniowe pobierze opłatę dystrybucyjną. (Tabela opłat i limitów; § 2 pkt 15, § 25, § 26 OWU).

Umowa nie została zawarta w związku z działalnością gospodarczą lub zawodową powoda.

Decyzją z 23.12.2015 Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nałożył na pozwane towarzystwo obowiązek zmiany zasad wyliczania opłat pobieranych w przypadku całkowitego lub częściowego wykupu wartości polisy w obowiązujących umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, zawartych na podstawie wzorców, w tym wzorca pn. Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi O. P., w ten sposób, że opłata pobierana przez pozwane towarzystwo w przypadku wykupu wartości polisy nie będzie wyższa niż 5% wartości umowy, rozumianej jako suma składek regularnych płatnych przez konsumenta w okresie, przez jaki konsument zgodnie z umową zobowiązany jest do ponoszenia opłat w przypadku całkowitego lub częściowego wykupu wartości polisy, przy założeniu ciągłego trwania umowy i regularnego opłacania składek w całym okresie ubezpieczenia. W przypadku, w którym konsument jest zobowiązany do ponoszenia opłat w przypadku całkowitego lub częściowego wykupu wartości polisy przez okres dłuższy niż 10 lat, wartość umowy będzie ograniczona do sumy składek płatnych przez konsumenta przez okres pierwszych 10 lat trwania umowy. przy ustalaniu wartości umowy pod uwagę brana będzie wysokość składki wskazana w polisie w momencie zawarcia umowy, tj. bez uwzględniania ewentualnych zmian wysokości składek w przyszłości). Pozwane towarzystwo zostało zobowiązane do wysłania każdemu z konsumentów adresowanego imiennie komunikatu m. in. o nowych zasadach wyliczania opłat, o bezterminowej możliwości podpisania aneksu do umowy, który zmienia treść umowy poprzez zmianę zasad wyliczania ww. opłat oraz o tym, że zawarcie aneksu do umowy nie wyłącza ani nie ogranicza uprawnień konsumenta do dochodzenia na drodze cywilnoprawnej dalej idących roszczeń dotyczących wysokości opłat pobieranych w przypadku całkowitego lub częściowego wykupu wartości polisy.

W celu wykonania ww. decyzji pozwane towarzystwo ubezpieczeń zaproponowało powodowi zawarcie aneksu do łączącej strony umowy, przesyłając mu dokument z treścią aneksu. Powód podpisał przygotowany przez pozwanego aneks do umowy, który następnie doręczył zakładowi ubezpieczeń dnia 18.3.2016. Zgodnie z aneksem do umowy, zasady obliczania wysokości opłaty za wykup wartości polisy zostały zmodyfikowane w ten sposób, że opłata ta będzie naliczana w dotychczasowy sposób z tym zastrzeżeniem, że jej wysokość nie będzie mogła przekroczyć 5% wartości umowy.

Dnia 31.3.2016 powód zgłosił żądanie wypłaty wartości polisy. Umowa uległa rozwiązaniu 6.4.2016. Dnia 14.4.2016 pozwane towarzystwo dokonało wypłaty wartości wykupu. Wartość umorzonych jednostek wynosiła 62792,37 zł. Pozwane towarzystwo wypłaciło powodowi 50792,37 zł zatrzymując 12000 zł tytułem opłaty za wykup.

Pismem doręczonym pozwanemu 30.9.2016, powód wezwał pozwanego do zapłaty 12000 zł w terminie 7 dni oraz przedstawienia rozliczenia opłaty dystrybucyjnej.

Pozwany odmówił zapłaty zatrzymanej kwoty oraz przesłał kopię „Potwierdzenia realizacji wypłaty” z 14.4.2016, zawierającej informację o wartości umorzonych jednostek, wysokości opłaty za wykup i wysokość wypłaty netto.

Stan faktyczny sprawy okazał się w przeważającym zakresie niesporny. Został ustalony na podstawie art. 229 i 230 k.p.c., tj. przyznanych przez pozwanego twierdzeń powoda zawartych w pozwie, twierdzeń pozwanego zawartych w odpowiedzi na pozew, twierdzeń, do których pozwany nie odniósł się wyraźnie, a które nie budziły wątpliwości sądu w związku z załączonymi do akt dokumentami w postaci polisy ubezpieczeniowej, wniosku powoda o zawarcie umowy, Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi O. P., aneksu do umowy, decyzji Prezesa UOKiK nr (...), wezwania do zapłaty oraz pisma dot. wartości polisy. Sąd miał również na uwadze, że pozwany nie zakwestionował wartości wyliczonej przez powoda opłaty za wykup, która miała zostać potrącona przez pozwanego przy wypłacie wartości wykupu. Zeznania powoda, który opisał okoliczności podpisania aneksu do umowy ubezpieczenia sąd uznał za wiarygodne, jako że są spójne z pozostałym zgromadzonym materiałem dowodowym, szczególnie treścią decyzji Prezesa UOKiK oraz treścią i formą aneksu. Ponadto, z twierdzeń zawartych w odpowiedzi na pozew wynika, że do zmiany umowy doszło poprzez przesłanie dokumentu aneksu powodowi i odesłanie podpisanego aneksu przez powoda pozwanemu. Sąd oddalił wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego, który miałby ustalić koszty poniesione przez pozwanego w związku z zawarciem ubezpieczenia, mając na uwadze, że ustalenie tych kosztów w niniejszym postępowaniu nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Byłby to dowód zbędny.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo okazało się uzasadnione niemal w całości.

Jak wynika z treści polisy i OWU, strony zawarły umowę o charakterze mieszanym, łączącym elementy umowy ubezpieczenia oraz elementy umowy inwestycyjnej, nienazwanej w przepisach ustawowych, dopuszczalnej wobec zasady swobody kontraktowania. Współcześnie wiele ubezpieczeń pełni zarówno funkcje ochronne, jak i oszczędnościowe. Obecnie obowiązujące przepisy dopuszczają zarówno umowy indywidualne, jak i grupowe (na cudzy rachunek) o charakterze stricte ochronnym, jak i o charakterze mieszanym ochronno-oszczędnościowym. Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę (art. 805 § 1 k.c.). Ubezpieczenie na życie jest rodzajem ubezpieczenia osobowego i dotyczy śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku (art. 829 § 1 zd. 1 k.c.).

W ubezpieczeniach o charakterze mieszanym wyróżnia się dwa główne świadczenia ubezpieczyciela, tj. wypłatę sumy ubezpieczenia na wypadek wystąpienia określonego zdarzenia losowego (zgonu lub dożycia określonego wieku) oraz zarządzanie aktywami ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na zlecenie ubezpieczającego, lecz nie na jego rachunek. (...) polega zasadniczo na nabywaniu i zbywaniu określonych aktywów w zakresie udzielonego zlecenia. Nabyte przez ubezpieczyciela aktywa tworzą ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy. Zobowiązanie do zarządzania ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest dodatkowym elementem treści zobowiązania. Strony dysponują stosunkowo szerokim marginesem swobody w zakresie kształtowania tego elementu treści łączącego je stosunku prawnego (art. 353<sup>1</sup> k.c.).

Uznaniu dwoistego charakteru umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie stoi na przeszkodzie wyszczególnienie tej umowy jako jednej z grup ubezpieczeń w załączniku do ustawy z 22.5.2003 o

działalności ubezpieczeniowej (j.t. Dz.U. 2013.950) określającym podział ryzyka według działów, grup i rodzajów ubezpieczeń. Ubezpieczenie na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zostało wymienione w dziale ubezpieczeń na życie obok „zwykłego” ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia posagowego i zaopatrzenia dzieci, ubezpieczenia rentowego oraz powiązanego z tymi grupami ubezpieczenia wypadkowego i chorobowego. Ta sama ustawa definiuje również ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy - w ubezpieczeniu, o którym mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia (art. 2 pkt 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). Ustawa określa również konieczne elementy takiej umowy ubezpieczenia oraz obowiązki związanych z wyceną i publikowaniem sprawozdań (art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej).

Z uwagi na to, że strony były związane umową, która w sposób kompleksowy regulowała stosunek prawny łączący strony, wykluczone jest oparcie roszczenia o zapłatę potrąconej części świadczenia jako świadczenia nienależnego na podstawie art. 410 k.c. w zw. z art. 405 k.c. Pobranie opłaty za wykup wartości polisy następuje poprzez pomniejszenie środków podlegających wypłacie ubezpieczającemu w wyniku umorzeniu jednostek uczestnictwa funduszy. Czynność ta odpowiada dyspozycji art. 498 k.c. regulującego potrącenie wierzytelności. Ponieważ obie wierzytelności wynikają z zawartej przez strony umowy ubezpieczenia, niedopuszczalne jest oparcie roszczenia na koncepcji bezpodstawnego wzbogacenia czy nienależnego świadczenia. Roszczenie wynika z umowy.

W treści zawartej umowy wyraźnie można wyróżnić dwa główne zobowiązania stron, powiązane ze sobą składką ubezpieczeniową występującą w dwojakiej funkcji: wynagrodzenia za udzielaną ochronę ubezpieczeniową z jednej strony oraz środków na nabycie jednostek uczestnictwa w funduszu w celu uzyskania dochodu z drugiej. Świadczenie wypłacane w związku z rezygnacją z umowy było powiązane z zobowiązaniem o charakterze inwestycyjnym. Cechą typowej umowy ubezpieczenia jest bowiem brak możliwości żądania spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela (przez wypłatę sumy ubezpieczenia) albo odzyskania świadczenia spełnionego przez ubezpieczającego (przez zwrot zapłaconej składki), gdy w umówionym okresie ochrony ubezpieczeniowej nie ziści się zdarzenie ubezpieczeniowe, którym w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na życie jest śmierć ubezpieczonego lub dożycie przez niego określonego wieku. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej w typowej umowie ubezpieczenia nie jest związana z obowiązkiem wypłaty jakiegokolwiek świadczenia ze strony ubezpieczyciela.

Prawa i obowiązki stron zawartej umowy wynikają z treści polisy wydanej powodowi, postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, zasad lokowania środków ufk, w pozostałym zakresie – z przepisów ustawy kodeks cywilny i powołanej wyżej ustawy z 2003 o działalności ubezpieczeniowej.

Nietrafnie pozwane towarzystwo powołuje się na swoje uprawnienie do obciążania ubezpieczających kosztami swojej działalności. Rzeczywiście w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia z powodem obowiązywało rozporządzenie Ministra Finansów z 28.12.2009 w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. 2009.226.1825), w którym – na potrzeby rachunkowości – określono koszty ponoszone przez zakłady ubezpieczeń w związku z ich działalnością. Należą do nich m. in. a) koszty akwizycji, tj. koszty związane z zawieraniem i odnawianiem umów ubezpieczenia obejmujące prowizje pośredników ubezpieczeniowych, wynagrodzenia pracowników zajmujących się akwizycją, koszty wystawienia polis, koszty reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych, koszty ogólne związane z badaniem wniosków i wystawianiem polis, b) koszty działalności lokacyjnej, tj. wynikające z prowadzonej przez zakład ubezpieczeń działalności lokacyjnej, w tym koszty zarządzania lokatami, prowizje bankowe, prowizje biur maklerskich oraz amortyzacja i koszty utrzymania nieruchomości, z wyłączeniem amortyzacji i kosztów utrzymania nieruchomości wykorzystywanych na własne potrzeby, c) koszty administracyjne, tj. koszty działalności ubezpieczeniowej niezaliczone do kosztów akwizycji, odszkodowań i świadczeń lub kosztów działalności lokacyjnej.

Zgodnie z art. 13 ust. 5 ustawy z 2003 o działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel ma obowiązek określić w umowie zasady ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Pozwane towarzystwo określiło w OWU, jakim rodzajem kosztów i w

jakiej zryczałtowanej wysokości obciąży ubezpieczającego, gdyby ten zrezygnował z umowy przed upływem 10 lat od jej zawarcia.

Należy co do zasady zgodzić się, że zakłady ubezpieczeń ponoszą różne ww. koszty swojej działalności i koszty te są pokrywane z dochodów zakładów ubezpieczeniowych. Koszty te, o ile nie wiążą się z realizacją konkretnej umowy ubezpieczenia, powinny stanowić jeden z elementów składek. Pozwany wywodzi swoje uprawnienie do pobrania opłaty za wykup z treści polisy, OWU i tabeli opłat i limitów, zgodnie z którymi ubezpieczający może w każdym czasie dokonać wykupu wartości polisy, a ubezpieczyciel dokonuje wypłaty wartości wykupu pomniejszonego o opłatę dystrybucyjną. Jako uzasadnienie poboru tej opłaty pozwane towarzystwo wskazuje koszty zawarcia umowy w postaci kosztów wdrożenia produktu, marży towarzystwa ubezpieczeniowego oraz kosztów akwizycji. Opłata dystrybucyjna stanowi określony % wartości składki pierwszorocznej: w 1. i 2. roku polisy – 120%, w 3. i 4. roku polisy – 115%, w 5. i 6. roku polisy – 110%, w pozostałych latach – 100%. Takie zdefiniowanie opłaty dystrybucyjnej nadaje jej charakter zryczałtowanego odszkodowania, a zatem kary umownej albo odstępnego. Stosownie do treści art. 483 k.c. można zastrzec w umowie, że naprawienie szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania niepieniężnego nastąpi przez zapłatę określonej sumy (kara umowna). Jednocześnie zastrzeżono, że dłużnik nie może bez zgody wierzyciela zwolnić się z zobowiązania przez zapłatę kary umownej. Z treści przepisu wynika, że nie może on znaleźć zastosowania w niniejszej sprawie, bowiem nie można przyjąć, że ubezpieczający nie wykonał umowy lub wykonał ją nienależycie przez to, że odstąpił od niej przed terminem założonym przez towarzystwo ubezpieczeń. Należy zauważyć, że zarówno art. 830 k.c., jak i OWU przewidują możliwość rezygnacji ubezpieczającego z umowy przed umówionym terminem poprzez wypowiedzenie umowy. Umowa niniejsza została zawarta na czas nieoznaczony, przy czym termin 10-letni został przewidziany jako ten, przed którym rozwiązanie umowy wiąże się z potrąceniem opłaty dystrybucyjnej. W OWU przewidziano zarówno wypowiedzenie umowy ze skutkiem natychmiastowym, jak i wykup wartości polisy, których skutki są identyczne. Konieczność zapłaty opłaty dystrybucyjnej nie może podlegać reżimowi art. 483 k.c.

Opłata dystrybucyjna nie może być traktowana również jako odstępne. Na podstawie art. 395 k.c., można zastrzec, że jednej lub obu stronom przysługiwać będzie w ciągu oznaczonego terminu prawo odstąpienia od umowy. Prawo to wykonywa się przez oświadczenie złożone drugiej stronie. W razie wykonania prawa odstąpienia umowa uważana jest za niezawartą. To, co strony już świadczyły, ulega zwrotowi w stanie niezmienionym, chyba że zmiana była konieczna w granicach zwykłego zarządu. Za świadczone usługi oraz za korzystanie z rzeczy należy się drugiej stronie odpowiednie wynagrodzenie. Zgodnie z art. 396 k.c., jeżeli zostało zastrzeżone, że jednej lub obu stronom wolno od umowy odstąpić za zapłatą oznaczonej sumy (odstępne), oświadczenie o odstąpieniu jest skuteczne tylko wtedy, gdy zostało złożone jednocześnie z zapłatą odstępnego. Jak wynika z powyższego, odstępne wiąże się z odstąpieniem od umowy, która jest uważana wówczas za niezawartą. Ani OWU, ani przepisy ustawy, nie nakładają na ubezpieczającego innych obowiązków związanych z odstąpieniem od umowy, niż zapłata składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej (art. 812 k.c.).

Jak wynika z powyższego, przepisy prawa nie nakładają na ubezpieczającego obowiązku zwrotu jakichkolwiek kosztów w związku z rezygnacją z ubezpieczenia.

W ocenie sądu, postanowienie nadające pozwanemu zakładowi ubezpieczeń uprawnienie do pobrania opłaty dystrybucyjnej w związku z wykupem całkowitej wartości polisy, ma charakter niedozwolonego postanowienia umownego w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 i 2 k.c.

Zgodnie z tym przepisem, postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione 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. Przepis ten ma zastosowanie również do wzorców umownych, po ich włączeniu do treści umowy na podstawie art. 384 k.c.

Pozwane towarzystwo nie wskazało żadnych okoliczności, z których mogłoby wynikać, że powód miał jakikolwiek wpływ na ukształtowanie uprawnień pozwanego towarzystwa do pobrania ww. opłaty, jak również określenia jej wysokości. Obie kwestie wynikają z wzorca, którym posłużył się pozwany. Powód nie miał również żadnego wpływu na treść zawartego aneksu do umowy, która w istocie została ustalona w decyzji Prezesa UOKiK a zaproponowana przez pozwane towarzystwo.

Co do zasady zgodzić się należy z pozwanym, że świadczenie wypłacane ubezpieczającemu w związku z rozwiązaniem umowy z przyczyn wskazanych w OWU, stanowi jedno z głównych świadczeń ubezpieczyciela w łączącej strony umowie. W przypadku ziszczenia się ryzyka ubezpieczeniowego jest to wypłata świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku wykupu polisy, świadczeniem głównym jest tzw. świadczenie wykupu, które może być różnie definiowane przez zakład ubezpieczeń (jako autora OWU). Z definicji zawartej w § 2 wynika, że pozwane towarzystwo określiło to świadczenie jako wartość wykupu.

Nie jest jednakże świadczeniem głównym opłata za wykup (opłata dystrybucyjna). Za główne świadczenia stron należy uznać te elementy umowy, które są konieczne do tego, aby umowa w ogóle doszła do skutku, tj. elementy przedmiotowo istotne (zob. wyr. Sądu Najwyższego z 8.6.2004 r., I CK 635/03). Wyeliminowanie postanowienia stanowiącego podstawę pobrania opłaty za wykup nie narusza konstrukcji umowy ani świadczenia wykupu. Gdyby nawet przyjąć, że potrącenie opłaty za wykup było głównym celem pozwanego zakładu ubezpieczeń, to nie ma podstaw by uznać, że był to cel znany powodowi, na który się ona godziła (por. art. 65 k.c.). W ocenie sądu, cel taki sprzeciwiałby się zasadom współżycia społecznego i jako taki nie mieścił się w granicach kontraktowania wyznaczonych przez art. 353<sup>1</sup> k.c. Bez postanowienia uprawniającego pozwanego do potrącenia opłaty za wykup ze świadczenia wypłacanego ubezpieczającemu po zleceniu wykupu polisy, zawarta umowa nadal zawierałaby elementy typizujące jej główne zobowiązania.

Co do zasady zakład ubezpieczeń może nałożyć na ubezpieczającego obowiązek poniesienia pewnych kosztów, ale muszą to być koszty związane z realizacją konkretnej umowy. Ponadto, muszą one zostać określone w samej umowie na podstawie art. 13 ust. 4 ustawy z 2003 o działalności ubezpieczeniowej. Wysokość kosztów może zostać określona poprzez wskazanie zasady ich ustalenia, kwotowo lub co najmniej jako % od określonej wartości, w umowie ubezpieczenia lub wzorcu stanowiącym część umowy (OWU, tabela opłat). Jak wynika z treści wzorca, pozwane towarzystwo pobiera szereg opłat związanych z realizacją umowy, w tym opłatę za zarządzanie, za ryzyko, administracyjną. Wszystkie te opłaty mają na celu pokrycie kosztów związanych z realizacją umowy ubezpieczenia, która polega nie tylko na udzielaniu ochrony w razie zajścia określonych zdarzeń, jak śmierć i śmiertelna choroba, ale również na inwestowaniu składek w fundusze. Skoro jednym ze świadczeń pozwanego zakładu ubezpieczeń jest inwestowanie składek ubezpieczającego, to zgodnie z art. 734 k.c. i art. 742 w zw. z art. 750 k.c., może on pobierać za te czynności wynagrodzenia oraz żądać zwrotu wydatków. Jest to związane z ekwiwalentnością świadczeń stron umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w zakresie inwestycyjnej części umowy. Nie można jednak mówić o ekwiwalentności świadczeń, gdy ubezpieczający rezygnuje z ubezpieczenia a zakład ubezpieczeń pobiera w związku z tym opłatę dystrybucyjną. Nie można uznać, że ekwiwalentem opłaty za wykup jest zwrot środków zgromadzonych w funduszu.

W ocenie sądu, postanowienia OWU i Tabeli opłat, na podstawie których przyznano zakładowi ubezpieczeń uprawnienie do pobrania opłaty dystrybucyjnej, ukształtowały prawa i obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Zawarty przez strony aneks do umowy ubezpieczenia jedynie obniża wysokość opłaty za wykup. Nie można uznać go za ukształtowanie stosunków między stronami na nowo. Była to jedynie zmiana zasad ustalania wysokości opłaty dystrybucyjnej. Do zawarcia tego aneksu doszło poprzez przedstawienie ubezpieczającemu propozycji jego podpisania. Oferta ta została przygotowana bez udziału ubezpieczającego.

Przede wszystkim za sprzeczne z dobrymi obyczajami należy uznać przerzucanie na konsumenta kosztów zawarcia umowy przygotowanej przez zakład ubezpieczeń (w tym kosztów wdrożenia produktu, kosztów akwizycji) w razie

rezygnacji z umowy przez konsumenta, jeżeli umowa ta okazała się następnie dla niego niekorzystna. W ten sposób zakład ubezpieczeń przerzuca na konsumenta całe ryzyko rezygnacji z umowy, która w wyniku działań zakładu ubezpieczeń, naruszała interesy konsumenta. Mobilizacja konsumentów do pozostawania w stosunku prawnym z zakładem ubezpieczeń nie może polegać na sankcjonowaniu rezygnacji z umowy utratą znacznej części środków. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami jest doprowadzenie przez zakład ubezpieczeń do sytuacji, gdy jedyną motywacją konsumenta do kontynuowania stosunku ubezpieczenia jest obawa przed utratą środków finansowych, podczas gdy taką motywacją powinna być atrakcyjność produktu ubezpieczeniowego. Ponadto mechanizm ustalania wartości wykupu zabezpiecza jedynie interes przedsiębiorcy, który automatycznie potrąca na swoją rzecz część wartości rachunku, co rażąco narusza interesy konsumenta. Przewidziana w Tabeli opłata dystrybucyjna była rażąco wygórowana. Umowa została rozwiązana w trzecim roku jej obowiązywania, co implikowało konieczność poniesienia opłaty stanowiącej 115% składki pierwszorocznej, tj. (27600 zł). Zgodnie z zawartym aneksem do umowy ubezpieczenia z 18.3.2016 i przyjętym przez pozwane towarzystwo zobowiązaniem określonym w decyzji Prezesa UOKiK, opłata ta nie może być wyższa niż 5% wartości umowy, tj. składek regularnych należnych przez 10 lat ubezpieczenia – 12000 zł. Tymczasem w dniu rozwiązania umowy wartość umorzonych jednostek wyniosła niemal 63000 zł. Pobranie opłaty w wysokości 12000 zł oznaczało utratę przez ubezpieczającego 19% wartości rachunku, na którą składały się zarówno zapłacone składki, jak i zysk w wyniku dokonanych inwestycji, za które przez cały okres uiszczał wynagrodzenie w postaci opłaty za zarządzanie. Rażąco narusza interes konsumenta nadanie tej opłacie charakteru automatycznego, zryczałtowanego. Postanowienie zawarte w § 26 ust. 3 jedynie pozornie przewiduje rozliczenie kosztów opisanych przez zakład ubezpieczeń w postaci kosztów wdrożenia produktu, marży towarzystwa ubezpieczeniowego czy akwizycji. To „rozliczenie” miało polegać bowiem wyłącznie na pobraniu zryczałtowanej opłaty dystrybucyjnej.

Mając na uwadze powyższe, sąd uznał, że postanowienie zawarte w § 27 pkt 6 w zw. z § 2 pkt 15 i 37, § 26 ust. 3 oraz pkt 7 tabeli nr 1 Tabeli opłat i limitów stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, w zakresie, w którym stanowi podstawę do pobrania przez zakład ubezpieczeń opłaty dystrybucyjnej w związku z rezygnacją ubezpieczającego z kontynuowania umowy (zleceniem wykupu) i wypłatą wartości polisy na rzecz ubezpieczającego, stanowi niedozwolone postanowienie umowne jako sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumenta poprzez nałożenie na ubezpieczającego obowiązku zapłaty rażąco wygórowanej kwoty na wypadek rezygnacji z kontynuowania umowy. Zakwestionowane postanowienia są podobne do przykładowych tzw. klauzul szarych wymienionych w art. 385<sup>3</sup> pkt 16 i 17 k.c.

Jako postanowienie o charakterze niedozwolonym, nie wiąże ono ubezpieczającego. Jednocześnie brak przepisów ustawy, które pozwalałyby obciążyć ubezpieczającego kosztami związanymi z zawarciem i rozwiązaniem umowy ubezpieczenia. Koszty, które nie zostały ujęte w umowie, nie mogą obciążać ubezpieczającego.

Tym samym wypłacone powodowi świadczenie nie powinno zostać pomniejszone o jakąkolwiek kwotę, ale wypłacone w całości. Umorzenie części wierzytelności powoda poprzez potrącenie z jego wierzytelnością wierzytelności pozwanego towarzystwa nie było skuteczne w świetle art. 498 k.c. Wierzytelność pozwanego towarzystwa o opłatę za wykup opierała się na niedozwolonym postanowieniu umownym. Pozwany powinien zapłacić powodowi zatrzymaną bezpodstawnie kwotę 12000 zł.

Jak wynika z OWU, pozwane towarzystwo ma obowiązek dokonać wypłaty wartości wykupu polisy w terminie 14 dni od daty umorzenia jednostek uczestnictwa, co z kolei miało nastąpić nie później niż w terminie 5 dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia ubezpieczającego o dokonaniu wykupu i potwierdzeniu tożsamości ubezpieczającego. Powód zgłosił żądanie wykupu 31.3.2016. Umowa uległa rozwiązaniu 6.4.2016. Tego dnia nastąpiło umorzenie jednostek uczestnictwa. Zgodnie z Regulaminem, pozwane towarzystwo było obowiązane wypłacić wartość wykupu w terminie 14 dni, który upływał 20.4.2016. Od dnia 21.4.2016 powód może zasadnie żądać odsetek za opóźnienie na podstawie art. 481 k.c. Fakt wypłaty części świadczenia dnia 14.4.2016 nie ma wpływu na to, że całość stała się wymagalna dopiero tydzień później. Należy uznać, że część świadczenia została wypłacona przed terminem wymagalności.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu. Pozwany jako strona przegrywająca jest obowiązany zwrócić powodowi poniesione przez niego koszty procesu, tj. opłaty sądowej od pozwu – 600 zł i zastępstwa procesowego – 3617 zł (§ 2 pkt 5 rozp. MS z 22.10.2015 w sprawie opłat za czynności radców prawnych; Dz. U. 2015.1804 ze zm. wraz z opłatą skarbową).