

## UZASADNIENIE

W dniu 16 sierpnia 2016 r. Fundacja Ochrony (...) z siedzibą w Ś. wystąpiła przeciwko A. Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą w W. z pozwem o zapłatę kwoty 14.850 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 18 maja 2016 r. do dnia zapłaty. Powód wniósł nadto o zasądzenie na jego rzecz od przeciwnika procesowego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wywiedzionego powództwa powód wskazał, że w marcu 2013 r. P. C. (1) zawarł z A. Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą w W. umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) 2.1. P., potwierdzoną polisą nr (...). Zgodnie z zawartą umową był on zobowiązany m.in. do opłacania składek, zaś pozwany był zobowiązany do udzielania P. C. (1) ochrony ubezpieczeniowej, a także do alokacji uiszczonych przez niego składek regularnych. P. C. (1) w trakcie obowiązywania umowy wpłacił na podany przez pozwanego rachunek bankowy 3 składki po 5.000 zł każda, tj. łącznie kwotę 15.000 zł. Od każdej wpłaconej przez ubezpieczającego składki w pierwszym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia pozwany potrącał 99 % jej wysokości tytułem procentowej części opłaty za dystrybucję i wystawienie polisy, co daje łączną kwotę potrącenia 14.850 zł. Opłata ta pobierana była przez pozwanego systematycznie w momencie zapłaty każdej ze składek. Następnie przedmiotowa umowa ubezpieczenia została rozwiązana, zaś wartość subkonta składek regularnych na rachunku polisy P. C. (1) w dniu rozwiązania umowy tj. 12 sierpnia 2013 r. wynosiła 145,59 zł pomimo tego, że ubezpieczający przez cały okres obowiązywania umowy ubezpieczenia wpłacił składki o łącznej wartości 15.000 zł. W wyniku rezygnacji z ubezpieczenia od ubezpieczającego pobrano dodatkowo opłatę za likwidację polisy, w związku z czym po zakończeniu umowy powodowi nie wypłacono żadnych środków. Następnie, na mocy umowy z dnia 10 marca 2016 r., P. C. (1) dokonał na rzecz powoda przelewu wierzytelności przysługującej mu względem pozwanego z tytułu pobranej opłaty za dystrybucję i wystawienie polisy. Powód, w dniu 06 maja 2016 r., skierował do pozwanego wezwanie do zwrotu pobranej z tego tytułu opłaty oraz do polubownego zakończenia sporu, jednakże pozwany nie spełnił na jego rzecz żadanego świadczenia. Powód wywodził, że zastrzeżona w § 46 ust. 1 pkt 1 OWU opłata za wystawienie polisy jest sprzeczna z art. 353 § 1 k.c. w związku z art. 809 § 1 k.c., co na podstawie art. 58 § 1 i 3 k.c. skutkuje nieważnością czynności prawnej w tym zakresie bowiem wystawienie polisy jest ustawowym obowiązkiem ubezpieczyciela, lecz nie jest to świadczenie na rzecz ubezpieczającego. Podobnie jak opłata za polisę, również opłata za dystrybucję nie stanowi wynagrodzenia za spełnienie przez pozwanego na rzecz P. C. (1) świadczenia. Strona powodowa podniosła również, że pobranie opłaty dystrybucyjnej narusza przepisy o niedozwolonych klauzulach umownych. Podnosił, że opłata dystrybucyjna jest tożsama z opłatą likwidacyjną, powołując się na orzecznictwo sądów powszechnych oraz wpisy w rejestrze klauzul niedozwolonych prowadzonym przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

(pozew - k. 1 - 5)

W odpowiedzi na pozew z dnia 14 listopada 2016 r. pozwany A. Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie wywiedzionego powództwa oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko pozwany podniósł zarzut przedawnienia wywiedzionego roszczenia oraz zarzut braku legitymacji czynnej po stronie powoda. Wskazał, że umowa cesji zawarta przez stronę powodową z ubezpieczającym nie zawiera essentialia negotii, przez co jest ona nieważna, a nadto przedmiotem przelewu nie została objęta żadna kwota, gdyż umowa cesji nie zawiera żadnego kwotowego oznaczenia wierzytelności. Tym samym nie wiadomo, jaka wierzytelność jest przedmiotem cesji i w jakiej wysokości. Nadto pozwany wskazał, że zgodnie z § 60 OWU ubezpieczający ma prawo przenieść pod warunkiem zaakceptowania przez ubezpieczyciela w całości lub w części prawa i obowiązki z umowy na inny podmiot, zgodnie zaś z art. 509 § 1 k.c. cesja nie może być dokonana, gdy sprzeczna jest zastrzeżeniu umownemu. W związku z tym, zdaniem pozwanego Towarzystwa (...), przelew przyszłej, potencjalnej wierzytelności ubezpieczającego na powodową Fundację był niedopuszczalny. W ocenie pozwanego działanie Fundacji w postaci skupu wierzytelności jest nadużyciem prawa i nie korzysta z ochrony prawnej, a dodatkowo brak jest

podstawy prawnej pozwalającej powodowi na powoływanie się na przepisy dotyczące ochrony konsumentów, skoro powód sam w wyniku cesji wierzytelności narusza ich interesy bowiem, wedle twierdzeń pozwanego, w zbliżonych stanach faktycznych kwota, za którą były nabywane wierzytelności, bywała rażąco niska. Odnosząc się do twierdzeń faktycznych powoda pozwany przyznał, że w dniu 08 lutego 2013 r. ubezpieczający złożył wniosek o zwarcie umowy ubezpieczenia. Wysokość składki została określona na 5.000 zł, a częstotliwość jej opłacania, jako miesięczna, zaś OWU wraz z załącznikami zostały doręczone ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a co za tym idzie mógł on już wówczas zapoznać się z ich treścią. Zadaniem pozwanego ubezpieczający był dobrze poinformowany o wysokości opłaty dystrybucyjnej i przypadkach jej pobrania, posiadał także wiedzę o celu pobrania tej opłaty. Pozwany przyznał przy tym, że kwota procentowo pobranej opłaty dystrybucyjnej wyniosła 14 850 zł. Argumentował przy tym, że w związku z umową ubezpieczającego poniósł koszty, w tym koszty akwizycji w wysokości 14.250 zł. Twierdził również, że sporna opłata nie jest związana z likwidacją umowy, ale pobierana jest przed zamianą jej w jednostki uczestnictwa (...). Ponadto pozwany uzasadniając zgłoszony zarzut przedawnienia wywiedzionego roszczenia, wskazywał, że zgodnie z art. 819 § 1 k.c. roszczenia z umów ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech, zaś trzecia składka została przez ubezpieczającego zapłacona w terminie do dnia 8 maja 2013 r. i od tego czasu do dnia wytoczenia powództwa minęły ponad trzy lata. Ponadto, w ocenie pozwanego opłata dystrybucyjna nie może być utożsamiana z opłatą likwidacyjną, gdyż ta ostatnia została określona w umowie ubezpieczenia kwotowo na minimalnym poziomie i służyć ma pokryciu kosztów związanych z likwidacją polisy. Pozwany akcentował także, że postanowienia dotyczące opłaty dystrybucyjnej dotyczą składki będącej świadczeniem głównym z umowy ubezpieczenia i zostały sformułowane w sposób jednoznaczny oraz nie kształtują praw i obowiązków ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Pozwany zakwestionował również zasadność daty początkowej naliczania żądanych odsetek, jedocześnie z ostrożności procesowej wskazując na ich przedawnienie.

(odpowiedź na pozew - k. 46 – 55 verte)

W piśmie przygotowawczym z dnia 13 stycznia 2017 r., stanowiącym replikę na odpowiedź pozwanego na pozew, powód podtrzymał dotychczasowe stanowisko w sprawie. Odnosnie zgłoszonego zarzutu braku legitymacji czynnej powód argumentował, że umowa cesji została zawarta już po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia, a co za tym idzie nie były już wówczas wiążące jej postanowienia uzależniające skuteczność cesji od zgody ubezpieczyciela. Jego zdaniem wskutek cesji przeszły na powoda uprawnienia ubezpieczającego co do powoływania się na przepisy dotyczące klauzul niedozwolonych. Wskazywał również, że zgłoszony przez pozwanego zarzut przedawnienia jest niezasadny.

(pismo - k. 65 – 70 verte)

W piśmie procesowym z dnia 02 marca 2017 r. strona pozwana podtrzymała dotychczasowe stanowisko w sprawie.

(pismo - k. 76 - 77)

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

Na podstawie pisemnego wniosku P. C. (1) z dnia 08 lutego 2013 r., w dniu 08 marca 2013 r. pomiędzy nim jako ubezpieczającym i ubezpieczonym a A. Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą w W. zawarta została umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) 2.1 P., potwierdzona polisą nr (...). Powyższa umowa ubezpieczenia została zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia o oznaczeniu (...) OWU - (...) wraz z załącznikami, które to dokumenty stanowiły integralną część tejże umowy i zostały ubezpieczającemu doręczone. W umowie ustalono, że P. C. (1) będzie opłacał składkę regularną w wysokości 5.000 zł miesięcznie w pierwszym roku polisowym (wysokość składki ubezpieczeniowej wzrastała z każdym następnym rokiem) do 08 dnia każdego miesiąca kalendarzowego.

(okoliczności bezsporne; dowód: polisa - k. 14 – 15 verte, ogólne warunki ubezpieczenia wraz z załącznikami - k. 16 – 34 verte, wniosek k. 61 - 62)

Zgodnie z treścią § 4 ogólnych warunków ubezpieczenia przedmiotem umowy było ubezpieczenie życia ubezpieczonego oraz długotrwałe oszczędzanie przez niego środków pieniężnych – co najmniej przez okres odpowiadający pierwszemu okresowi inwestycji. Zakres ubezpieczenia, gdy Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność zgodnie z OWU, obejmował takie zdarzenia jak śmierć ubezpieczonego oraz dożycie przez niego stu lat (§ 8 OWU) – z ograniczeniami wskazanymi w § 9 OWU. W razie dożycia przez ubezpieczonego stu lat świadczenie ubezpieczyciela polegać miało na wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego równego wartości wykupu ustalonej na podstawie wartości jednostki uczestnictwa na dzień setnych urodzin ubezpieczonego – z zastrzeżeniem, że jeżeli dzień setnych urodzin ubezpieczonego nie przypadnie na dzień wyceny, to świadczenie ubezpieczeniowe ustalone zostanie na podstawie wartości jednostki uczestnictwa z pierwszego dnia wyceny następującego po dniu setnych urodzin ubezpieczonego. Z kolei w przypadku śmierci ubezpieczonego przed ukończeniem 66 roku życia ubezpieczyciel miał obowiązek wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie ubezpieczenia zwiększonej o wartość subkonta składek dodatkowych albo wartości rachunku – w zależności od tego która z powyższych kwot była wyższa na dzień śmierci ubezpieczonego. W razie śmierci ubezpieczonego po ukończeniu przez niego 66 roku życia ubezpieczyciel miał wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe równe 101 % wartości subkonta składek regularnych, zwiększonej o wartość subkonta składek dodatkowych (§ 10 OWU). Zgodnie z zapisem § 5 OWU konsument miał prawo odstąpienia od umowy w terminie 60 dni – wówczas umowa była uważana za niezawartą. Według § 56 umowa wygasła w dacie wystąpienia jednego z następujących zdarzeń: 1. wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego, 2. dożycia przez ubezpieczonego stu lat, 3. upływu okresu prolongaty – jeżeli w tymże okresie nie zostały uiszczone zaległe składki regularne, a jednocześnie wartość subkonta składek dodatkowych nie wystarcza na pokrycie należnych niezapłaconych składek, 4. dokonania wypłaty całkowitej i 5. upływu okresu wypowiedzenia umowy. Według § 58 w każdej chwili możliwe było wypowiedzenie umowy – po złożeniu pisemnego oświadczenia w tym przedmiocie wraz z kopią dokumentu tożsamości. Okres wypowiedzenia wynosił 3 miesiące i był liczony od złożenia przedmiotowego oświadczenia, zaś po jego upływie umowa wygasła a ubezpieczyciel zobowiązany był do wypłaty wartości wykupu. Zgodnie z § 56 ubezpieczający mógł również w każdym czasie dokonać całkowitej wypłaty środków zgromadzonych na rachunku umowy, składając pisemny wniosek na stosownym formularzu wraz z dokumentem tożsamości i ewentualnie innymi dokumentami żądanymi przez Towarzystwo (...).

W oparciu o zapisy § 39 - 52 OWU pozwany został upoważniony do pobierania w ramach zawartej umowy następujących opłat: za dystrybucję i za wystawienie polisy, dystrybucyjnej od składek dodatkowych, obsługowej, za zarządzanie, transakcyjnej, za ryzyko, za likwidację polisy i za przewalutowanie. Przy czym opłata za dystrybucję i za wystawienie polisy była ustalona jako suma części kwotowej – wskazanej w załączniku do OWU, stanowiącej wynagrodzenie Ubezpieczyciela za wystawienie polisy – oraz części procentowej – ustalonej jako iloczyn wskaźnika określonego w OWU i składki regularnej lub sumy składek regularnych należnych za pierwszy rok polisowy, ponoszonej przez ubezpieczającego tytułem zwrotu kosztów pośrednictwa ubezpieczeniowego przypadających na umowę. Część kwotowa opłaty za wystawienie polisy wynosiła 260 zł i była pobierana jedynie w razie dokonania całkowitej wypłaty, wygaśnięcia umowy z powodu wypowiedzenia lub nieuiszczenia składki regularnej albo wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego. Z kolei procentowa część opłaty wynosiła 99 % składki regularnej/sumy składek regularnych należnych za 1 rok polisowy i była pobierana od każdej zapłaconej przez ubezpieczającego składki regularnej przed jej zapisaniem na subkoncie składek regularnych w postaci jednostek uczestnictwa. W rocznicę polisy kończącej pierwszy okres inwestycji – który w przypadku umowy z powódką wynosił 10 lat – ubezpieczającemu miała być wypłacona premia w kwocie równej pobranej części procentowej opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy.

(dowód: polisa - k. 14 – 15 verte, ogólne warunki ubezpieczenia wraz z załącznikami - k. 16 – 34 verte)

Łącząca strony umowa ubezpieczenia wygasła w sierpniu 2013 r. w związku z nieopłacaniem przez P. C. (1) składek regularnych. W czasie trwania umowy powód uiszczył na rzecz pozwanego łącznie sumę 15.000 zł tj. 3 składek regularnych po 5.000 zł, z której to kwoty pozwany Towarzystwo (...) pobrało łącznie 14.850 zł tytułem części procentowej opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy. Po zakończeniu umowy pozwany dokonał umorzenia środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego P. C. (1) według wyceny jednostek uczestnictwa z dnia 12 sierpnia 2013 r. – wartość tychże środków wyniosła 145,59 zł i od przedmiotowej sumy Towarzystwo (...) pobrało

opłatę za likwidację polisy w powyższej wysokości. W związku z tym po zakończeniu umowy ubezpieczającemu nie została wypłacona żadna kwota.

(okoliczności niesporne; dowód: pismo pozwanego z dnia 27 stycznia 2015 r. – k. 35, pismo pozwanego z dnia 28 października 2014 r. – k. 36 – 36 verte)

W dniu 10 marca 2016 r. pomiędzy P. C. (1) jako cedentem a Fundacją Ochrony (...) z siedzibą w Ś. jako cesjonariuszem została zawarta umowa przelewu wierzytelności przysługujących ubezpieczającemu wobec A. Towarzystwa (...) S.A. z tytułu bezprawnie zatrzymanych przez ubezpieczyciela środków z polisy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym o nr (...).

(dowód: umowa cesji - k. 37)

Pismem z dnia 06 maja 2016 r. strona powodowa, działająca za pośrednictwem pełnomocnika, wezwała pozwane Towarzystwo (...) do zwrotu sumy 14.850 zł pobranej tytułem procentowej części opłaty za dystrybucję i wystawienie polisy od ubezpieczającego P. C. (2), zakreślając jednocześnie pozwanemu termin 7 dni na spełnienie świadczenia z tego tytułu. Pismem z dnia 25 maja 2016 r. pozwane Towarzystwo (...) poinformowało, że odpowiedź będzie mogła zostać udzielona po otrzymaniu dodatkowych dokumentów. Do dnia zamknięcia rozprawy pozwane Towarzystwo (...) nie spełniło na rzecz powoda żądanego świadczenia.

(okoliczności niesporne; dowód: wezwanie do zapłaty k. 38 - 39, pismo pozwanego – k. 40)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wymienionych powyżej dowodów z dokumentów i kserokopii dokumentów złożonych do akt sprawy przez strony postępowania. W ocenie Sądu dowody te, w zakresie, w jakim stanowiły podstawę poczynionych w niniejszej sprawie ustaleń faktycznych, tworzą zasadniczo spójny i niebudzący wątpliwości w świetle wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego, a przez to zasługujący na wiarę, materiał dowodowy. Stwierdzić należy, że żadna ze stron co do zasady nie poddawała w wątpliwość ich wiarygodności i mocy dowodowej, a również i Sąd nie dopatrywał się w nich niczego, co uzasadniałoby powzięcie wątpliwości w tym zakresie z urzędu. Należy dodać, że okoliczności bezsporne w ogóle nie wymagały wykazywania ich prawdziwości za pomocą dowodów zgodnie z treścią art. 229 - 230 k.p.c. albowiem zostały przez strony wprost przyznane, bądź też nie zostały zaprzeczone, co zostało przez Sąd ocenione na zasadzie przywołanych przepisów.

Na rozprawie w dniu 08 czerwca 2017 r. Sąd oddalił wnioski strony pozwanej o: dopuszczenie dowodu z zeznań świadka P. C. (1) na okoliczność posiadania wystarczającej wiedzy do zrozumienia warunków zawieranej umowy ubezpieczenia, okoliczności związanych z zawieraniem umowy cesji, okoliczności związanych z zawieraniem umowy ubezpieczenia, jak też wniosek o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka M. K. na okoliczność przebiegu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, zbadania, czy ubezpieczający dołożył należytej staranności przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, dokumentacji i informacji przekazanych ubezpieczającemu. W ocenie Sądu okoliczności na które zostały zgłoszone przedmiotowe wnioski nie były przydatne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, nie były zresztą przedmiotem sporu – spór stron dotyczył kwestii abuzywności postanowień umowy, w oparciu o które pobrano od ubezpieczającego sporną opłatę za dystrybucję, a nadto ważności umowy przelewu wierzytelności. Okoliczności, na które strona pozwana chciała przeprowadzić powyższe dowody nie były więc istotne z punktu widzenia osi sporu w niniejszej sprawie. Tak samo rzecz się ma jeśli chodzi o wniosek zgłoszony przez pozwanego w pkt. 8 odpowiedzi na pozew.

### **Sąd zważył, co następuje:**

W pierwszym rzędzie wskazać należy, że okoliczności faktyczne związane z kształtowaniem się stosunku umownego pomiędzy pierwotnym wierzycielem – ubezpieczającym a stroną pozwaną w rozpoznawanej sprawie były de facto bezsporne. Nie budziły także wątpliwości okoliczności związane z wygaśnięciem przedmiotowej umowy. Obie strony nie kwestionowały wysokości środków pobranych przez pozwane Towarzystwo (...) tytułem procentowej części opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy, przy czym strona pozwana nie kwestionowała, że sumę w wysokości

dochodzonej pozwem pobrała od poprzednika prawnego powoda z powyższego tytułu. Przedmiotowy spór dotyczył przede wszystkim zasadności pobrania przez stronę pozwaną procentowej części opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy i ogniskował się wokół kwalifikacji postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia uprawniających stronę pozwaną do naliczania spornej opłaty jako niedozwolonych postanowień umownych. Dodatkowo przez pozwanego podnoszona była kwestia braku legitymacji czynnej, ewentualnie nadużycia po stronie powoda prawa podmiotowego, jak też zarzut przedawnienia.

Podstawę prawną wywiedzionego roszczenia stanowiła dyspozycja art. 410 k.c. w zw. z art. 405 k.c. Na podstawie poczynionych przez Sąd ustaleń faktycznych należało bowiem uznać świadczenie pobrane przez stronę pozwaną od ubezpieczającego za tzw. świadczenie nienależne, czego konsekwencją było powstanie zobowiązania po stronie pozwanego do jego zwrotu. Zgodnie z treścią art. 405 k.c. kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości. Natomiast zgodnie z przepisem art. 410 k.c. przepis ten stosuje się w szczególności do świadczenia nienależnego. Definicję świadczenia nienależnego ustawodawca zawarł w treści § 2 przywołanego przepisu, zgodnie z którym świadczenie jest nienależne, jeżeli ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył, albo jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty, albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia.

Umowa ubezpieczenia na życie jest umową nazwaną, do której zastosowanie mają przepisy znajdujące się w szczególności w tytule XXVII, dziale I i III Kodeksu cywilnego oraz przepisy zawarte w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (j.t. Dz. U. z 2010 r., nr 11, poz. 66). Umowa ubezpieczenia na życie ma charakter umowy dwustronnie zobowiązującej i odpłatnej – po obu stronach powstają określone prawa oraz obowiązki. Stronami analizowanej umowy są ubezpieczyciel i ubezpieczający, który może (ale nie musi) być jednocześnie ubezpieczonym. Zgodnie z treścią art. 805 § 1 k.c. 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. Z kolei umowa zawarta przez strony niniejszego postępowania ma charakter umowy mieszanej z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Ubezpieczycielem może być zarówno krajowy jak i zagraniczny zakład ubezpieczeń, spełniający wymogi określone ustawą o działalności ubezpieczeniowej. Przewidziana umową ochrona ubezpieczeniowa ma jednak, z uwagi na sumę ubezpieczenia, charakter symboliczny, tak więc dominuje w niej aspekt kapitałowy uzasadniający pogląd, że cel umowy zakłada istnienie długotrwałego stabilnego stosunku prawnego łączącego strony w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewnia także ubezpieczycielowi określone korzyści. Stwierdzić zatem należy, że ubezpieczyciel pozostaje zainteresowany jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania. Treść umowy ubezpieczenia na życie tj. prawa i obowiązki ubezpieczyciela oraz ubezpieczającego szczegółowo określają ogólne warunki ubezpieczenia – swoisty wzorzec umowny ustalony przez ubezpieczyciela. Masowy i adhezyjny charakter umów ubezpieczenia wymaga, aby przy ich zawieraniu posługiwać się wzorcami umów. Dlatego też ubezpieczyciel zobowiązany jest jeszcze przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie doręczyć konsumentowi tj. ubezpieczającemu dany wzorzec umowny, w szczególności ogólne warunki ubezpieczenia, aby były one wiążące dla drugiej strony (art. 384 § 1 k.c.). Minimalną treść ogólnych warunków ubezpieczenia określa szczegółowo ustawa o działalności ubezpieczeniowej.

Stosownie zaś do treści art. 385 (1) § 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. Par. 3 powyższego przepisu stanowi z kolei, że nieuzgodnione 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. W myśl art. 385 (2) k.c., oceny zgodności

postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść. Klauzulę generalną zawartą w art. 385 (1) k.c. uzupełnia przykładowa lista niedozwolonych postanowień umownych zamieszczona w art. 385 (3) k.c. Obejmuje ona najczęściej spotykane w praktyce klauzule, które uznawane są za sprzeczne z dobrymi obyczajami i zarazem rażąco naruszające interesy konsumenta. Ich wspólną cechą jest nierównomierne rozłożenie praw, obowiązków i ryzyka między stronami, prowadzące do zachwiania równowagi kontraktowej. Chodzi tu o takie klauzule, które jedną ze stron (konsumenta) z góry, w oderwaniu od konkretnych okoliczności, stawiają w gorszym (trudniejszym) położeniu.

A więc aby dane postanowienie umowne mogło zostać uznane za niedozwolone muszą zostać spełnione cztery warunki: umowa musi być zawarta z konsumentem, postanowienie umowy nie zostało uzgodnione indywidualnie, kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy oraz sformułowane w sposób jednoznaczny nie dotyczy głównych świadczeń stron.

Bezsprzecznie umowa będąca przedmiotem niniejszego postępowania została zawarta pomiędzy stroną pozwaną jako przedsiębiorcą a ubezpieczającym P. C. (1) jako konsumentem tzn. osobą fizyczną, w celu niezwiązanym bezpośrednio z prowadzoną przez nią działalnością gospodarczą czy też zawodową. Faktu tego pozwany w żaden sposób nie kwestionował w toku przedmiotowego postępowania. Nie było również pomiędzy stronami umowy indywidualnego uzgodnienia jej postanowień – okoliczności przeciwnej pozwany nie udowodnił pomimo, że to na nim w tym zakresie spoczywał ciężar dowodu. Trzeba przy tym zastrzec, że z pewnością nie można potraktować udzielenia konsumentowi informacji na temat umowy i przedstawienia mu kompletu dokumentów za takie indywidualne uzgodnienia zapisów umowy.

Po kolejne - opłata za dystrybucję i za wystawienie polisy nie należała do głównych świadczeń stron, za które należy uznać elementy konstrukcyjne umowy - tzw. essentialia negotii. Zgodnie z treścią art. 805 k.c. do essentialia negotii umowy ubezpieczenia należą: ze strony ubezpieczyciela - spełnienie świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, natomiast jeżeli chodzi o ubezpieczającego – zapłata składki – wyłącznie te świadczenia winny być uznane za główne świadczenia stron, także w sytuacji mieszanego charakteru umowy łączącej strony, czyli umowy ubezpieczenia z opcją kapitałową – również wtedy do essentialia negotii umowy czyli do jej elementów konstrukcyjnych nie należy obowiązek zapłaty przez ubezpieczającego opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy. Potwierdza to treść § 4 OWU, zgodnie z którym umowa ubezpieczenia ma na celu ubezpieczenie życia ubezpieczonego oraz długoterminowe oszczędzanie środków pieniężnych. Z kolei § 8 precyzuje, że zakres ubezpieczenia, gdy Towarzystwo ponosi odpowiedzialność zgodnie z OWU, obejmował takie zdarzenia jak śmierć ubezpieczonego oraz dożycie przez niego stu lat. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie uposażonemu świadczenia ubezpieczeniowego, określonego w dyspozycji § 10 OWU i w polisie. Właśnie te postanowienia określają główne świadczenia pozwanego, których ekwiwalentem po stronie ubezpieczonego jest zapłata składki. Pozostałe zaś kwestie, w tym dotyczące pobierania przez Towarzystwo (...) różnorodnych opłat podczas trwania umowy, nie stanowią świadczeń głównych w rozumieniu powołanych powyżej przepisów, a co za tym idzie mogą być oceniane w kontekście art. 385 (1) § 1 k.c. Ponadto trzeba zwrócić uwagę, że zarzut abuzywności nie dotyczy świadczenia ubezpieczającego w postaci uiszczanej przez powoda składki, ale jego świadczenia na rzecz ubezpieczyciela w postaci procentowej części opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy – a przecież świadczenia te nie były tożsame. To procentowa część opłaty za dystrybucję została odniesiona do wysokości składki (stanowiła jej 99 %), nie zaś odwrotnie, a uiszczanie składek regularnych nie wiązało się przecież z koniecznością czy obowiązkiem pobrania przez pozwanego opłaty za dystrybucję i nie wpływało na wysokość składki. W przedmiotowym zakresie przywołać można pogląd wyrażony w wyrokach Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26 czerwca 2012 r. (sygn. VI ACa 87/12) i z dnia 06 września 2012 r. (sygn. VI ACa 458/12), gdzie stwierdzono, iż opłaty likwidacyjne nie stanowią głównego świadczenia stron umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Co prawda spór stron w niniejszej sprawie nie dotyczy opłaty likwidacyjnej a procentowej części opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy, argumentacja jest jednak niejako tożsama, nie sposób bowiem nie dojść do wniosku, że opłaty te są do siebie w znacznym stopniu podobne – wyjąwszy moment ich pobrania i nazwę precyzującą przedmiot opłaty – a z pewnością tożsamy jest skutek ich

pobrania w postaci przejęcia przez ubezpieczyciela znacznej części zgromadzonych przez ubezpieczającego środków finansowych.

Ponadto należało stwierdzić, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia oraz polisy, które złożyły się na treść umowy łączącej strony, a odnoszące się do procentowej części opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy, ukształtowały prawa i obowiązki ubezpieczającego w sposób spreczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, iż istotą dobrego obyczaju jest szeroko rozumiany szacunek do drugiego człowieka, sprzeczne z dobrymi obyczajami będą więc takie działania, które zmierzają do niedoinformowania, dezinformacji, wykorzystania naiwności lub niewiedzy klienta. Z kolei termin „interesy” konsumenta proponuje się rozumieć szeroko, nie tylko jako interes ekonomiczny (na co wskazuje dodatkowo forma liczby mnogiej), ale również przy uwzględnieniu aspektu zdrowia konsumenta i jego bliskich oraz dyskomfortu konsumenta, spowodowanego takimi czynnikami, jak strata czasu, dezorganizacja życia, niewygodna, nierzetelne traktowanie, przykrości, naruszenie prywatności, doznanie zawodu itd.

Zdaniem Sądu zapisy umowy stron dotyczące procentowego ustalenia części opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy ukształtowały prawa i obowiązki ubezpieczającego P. C. (1) w sposób spreczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, i stanowią klauzule niedozwolone. W pierwszej kolejności należy bowiem wskazać, że pobrana od niego część opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy była rażąco wygórowana bez uzasadnienia dla pobrania 99 % wartości wpłaconych przez niego w pierwszym roku trwania umowy składek regularnych, co doprowadziło do bezpodstawnego zubożenia konsumenta – ubezpieczającego na rzecz przedsiębiorcy – pozwanego, naruszając równowagę kontraktową. Wysokość tak – w sposób procentowy – ustalonej części opłaty za dystrybucję w żaden sposób nie wyrażała istoty tejże opłaty i jej roli jako opłaty mającej rozliczać koszty Towarzystwa (...) poniesione na wynagrodzenie pośrednika ubezpieczeniowego, który doprowadził do zawarcia kontraktu. Sporna część opłaty została bowiem ukształtowana jako 99 % składki regularnej bądź sumy składek regularnych należnych za pierwszy rok polisowy – nie zaś jako konkretna suma pieniężna, którą poniósł pozwany na dystrybucję w związku z tą konkretną umową. W rzeczywistości koszty dystrybucji określone były konkretną kwotą, znaną już przecież pozwanemu w dacie zawarcia umowy z konsumentem, nie było więc przeszkód do jej wskazania w treści kontraktu bez potrzeby procentowego jej odnoszenia do składki regularnej, której wysokość była z każdym miesiącem inna. Takie określenie wysokości procentowej części opłaty dystrybucyjnej nie spełnia więc z całą pewnością również warunku jednoznaczności – skoro wymaga dokonywania obliczeń przez konsumenta a nie zamyka się konkretną sumą pieniężną określoną wprost w umowie. Trzeba też podkreślić, że wymienione przez stronę pozwaną koszty dystrybucji stanowią wydatki ponoszone na jej własną działalność gospodarczą i wyłącznie w interesie pozwanego, a więc winny być ponoszone przez niego z własnych dochodów, nie zaś – ze środków wpłacanych przez klientów w celu inwestowania. Inne rozumienie zasad prowadzenia działalności gospodarczej oznaczałoby, że to nie przedsiębiorca wynagradza agenta za zdobycie klienta zainteresowanego jego usługami, ale sam klient uiszcza wynagrodzenie agencyjne za zawarcie przez siebie umowy. Jest to w oczywisty sposób sprzeczne z istotą umowy agencyjnej i zasadami prowadzenia działalności gospodarczej w ogólności. Ponadto pobranie spornej części opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy w wysokości 99 % składki regularnej/sumy składek regularnych należnych za 1 rok polisowy zostało przewidziane w sytuacji skorzystania przez konsumenta z przysługującego mu uprawnienia przewidzianego w umowie w postaci prawa do wypowiedzenia umowy w każdym czasie (§ 58) lub wystąpienia z wnioskiem o całkowitą wypłatę (§ 55), co prowadziło do wygaśnięcia umowy. Takie uprawnienie do wcześniejszego zakończenia umowy ubezpieczenia przewiduje również treść art. 830 § 1 k.c. - przepisu o charakterze iuris cogentis. Nie można więc czynić ubezpieczającemu zarzutu, że z tego uprawnienia skorzystał i obciążać go z tego tytułu opłatą w związku z wcześniejszym niż umówiony zakończeniem stosunku prawnego. Przedmiotowa opłata czyni de facto iluzorycznym skorzystanie przez konsumenta z uprawnienia przewidzianego w ustawie do przedterminowego zakończenia umowy i nie zmienia tego stanu rzeczy fakt, że po upływie pierwszego okresu inwestycji, wynoszącego w przypadku P. C. (1) 10 lat, pobrana procentowa część opłaty była konsumentowi zwracana w postaci premii, skoro przez ten – niewątpliwie długi – okres konsument nie mógł bez utraty nieomal całości środków uiszczonych w pierwszym

roku umowy skorzystać z przysługującego mu na podstawie ustawy i umowy prawa. Co więcej, nie miał on możliwości uniknięcia tejże spornej części opłaty czy też skutecznego uchylecia się od obowiązku jej uiszczenia, albowiem strona pozwana pobierała procentową część opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy w drodze jej potrącenia ze składek regularnych uiszczanych przez ubezpieczającego przed ich zapisaniem na subkoncie składek regularnych w postaci jednostek uczestnictwa. W konsekwencji tego sposobu i terminu pobierania spornej części opłaty 99 % składki lub składek regularnych uiszczonych w pierwszym okresie trwania umowy nie było w ogóle inwestowane, a więc nie „pracowało”, nie mogło generować zysku na rzecz konsumenta, za to zatrzymywane było przez pozwanego. Okoliczność ta jest z kolei nie do pogodzenia z celem umowy, którym – poza ubezpieczeniem życia ubezpieczonego – było również długotrwałe oszczędzanie przez niego środków pieniężnych poprzez ich inwestowanie w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i – w ten sposób – pomnażanie oraz przynoszenie inwestującemu (ubezpieczonemu) dochodu.

Mając na uwadze powyższą argumentację należało dojść do wniosku, że spełnione zostały wszystkie przewidziane w dyspozycji art. 385 (1) k.c. przesłanki do uznania zapisów umowy łączącej strony, dotyczących procentowej części opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy, za niedozwolone postanowienia umowne. W konsekwencji zapisy te nie wiązały ubezpieczającego, co skutkowało obowiązkiem po stronie pozwanego Towarzystwa (...) do zwrotu na jego rzecz pobranej z tego tytułu sumy.

Odnosząc się do zarzutów zgłoszonych w toku niniejszego procesu przez stronę pozwaną należało dojść do wniosku, że były one niezasadne i nie mogły skutkować oddaleniem wywiedzionego powództwa.

Jeśli chodzi o zarzut przedawnienia roszczenia wywiedzionego roszczenia, to opierał się on na twierdzeniu strony pozwanej, że podstawą żądania pozwu jest umowa ubezpieczenia, w związku z czym zastosowanie powinien znaleźć art. 819 § 1 k.c. Jednakże zdaniem tu. Sądu bezpodstawnie pobrane świadczenie z tytułu procentowej części opłaty za dystrybucję i wystawienie polisy 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 (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 30 kwietnia 2014 r., I ACa 1209/13). Sąd orzekający w niniejszej sprawie podziela przy tym zapatrywanie prawne wyrażone przez Sąd Apelacyjny w Łodzi w uzasadnieniu powołanego wyżej wyroku, iż przewidziany w art. 411 pkt 1 k.c. wyjątek dotyczący świadczeń spełnionych w wykonaniu nieważnej czynności prawnej obejmuje także świadczenia spełnione w wykonaniu niewiążącego konsumenta postanowienia umownego (art. 385<sup>1</sup> § 2 k.c.), gdyż w przeciwnym razie powstałaby luka w prawie. Z kolei przepisy tytułu V księgi trzeciej k.c. (art. 405 – 414 k.c.) regulujące instytucję bezpodstawnego wzbogacenia nie zawierają postanowień przewidujących bieg terminów przedawnienia, dlatego należy zastosować tu art. 118 k.c. i wynikający z niego 10 letni termin przedawnienia. Tym samym z całą pewnością, zważywszy na datę rozwiązania umowy i datę wniesienia powództwa w niniejszej sprawie, nie może być mowy o przedawnieniu roszczenia objętego pozwem.

Nie znalazły uzasadnienia również zarzuty stawiane przez pozwanego wobec ważności i skuteczności umowy przelewu wierzytelności, zawartej przez powoda Fundację Ochrony (...) z siedzibą w Ś. z ubezpieczonym P. C. (1). Stosownie do treści art. 509 § 1 k.c. wierzyciel może bez zgody dłużnika przenieść wierzytelność na osobę trzecią (przelew), chyba że sprzeciwiałoby się to ustawie, zastrzeżeniu umownemu albo właściwości zobowiązania. Jak wynika zaś z treści § 2 w/w przepisu wraz z wierzytelnością przechodzą na nabywcę wszelkie związane z nią prawa, w szczególności roszczenie o zaległe odsetki. Oznacza to, że na nabywcę przechodzi wierzytelność w takim stanie, w jakim przysługiwała zbywcy. W myśl art. 510 § 1 k.c. umowa sprzedaży, zamiany, darowizny lub inna umowa zobowiązująca do przeniesienia wierzytelności przenosi wierzytelność na nabywcę, chyba że przepis szczególny stanowi inaczej albo że strony inaczej postanowiły. Przedmiotem przelewu może być co do zasady wierzytelność istniejąca, którą cedent może swobodnie rozporządzać. Wierzytelność, która ma stanowić przedmiot rozporządzenia, powinna być w dostateczny sposób oznaczona (zindywidualizowana). Dotyczy to przede wszystkim wyraźnego określenia stosunku zobowiązaniowego, którego elementem jest zbywana wierzytelność (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z 11 maja 1999 r., sygnatura akt III CKN 423/98, opubl. w Biul. SN 2000, nr 1, s. 1), a zatem oznaczenia stron tego stosunku, świadczenia oraz



przedmiotu świadczenia. Elementy te muszą być oznaczone bądź przynajmniej możliwe do oznaczenia (oznaczalne) w momencie zawierania umowy przenoszącej wierzytelność. Skuteczne jest zbycie wierzytelności nieoznaczonej dokładnie w umowie przelewu jeżeli można ją określić na podstawie treści stosunku zobowiązaniowego, z którego ta wierzytelność wynika (Sąd Najwyższy w wyroku z 5 listopada 1999 r., III CKN 423/98, OSN 2000, nr 5, poz. 92). Tak też ma się sytuacja w przedmiotowej sprawie. W dniu 10 marca 2016 r. doszło do zawarcia umowy przelewu wierzytelności, którą strony w treści kontraktu określiły jako wierzytelność wynikającą z bezprawnie zatrzymanych przez ubezpieczyciela środków z polisy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym o nr (...), przysługującej P. C. (1) - na rzecz powoda Fundacji Ochrony (...) z siedzibą w Ś.. Na podstawie treści tego zapisu bez wątpliwości można określić strony (cedent i pozwane Towarzystwo (...)) oraz treść stosunku zobowiązaniowego, z którego wierzytelność ta wynika (umowa ubezpieczenia na życie z (...)). Przy czym sporna umowa cesji, choć nie wskazuje wprost „ceny” czyli wysokości świadczenia wzajemnego powoda na rzecz cedenta, nie może być uznana za nieważną z tego powodu. Warto zwrócić uwagę, że umowa cesji może być zarówno odpłatna jak i nieodpłatna (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 20 września 2013 roku sygn. VI ACa 398/13, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05 stycznia 2005 roku sygn. akt II CK 343/04 oraz z dnia 11 lutego 2011 roku sygn. V CSK 277/10). Zatem nie jest elementem niezbędnym umowy cesji wskazanie w niej wynagrodzenia i nie stoi zatem na przeszkodzie uregulowanie tej kwestii – jak w przypadku niniejszej umowy – w odrębnym dokumencie. Nadmienić też należy, że w umowie nie zastrzeżono, że zapłata ceny jest warunkiem zawarcia umowy. Wbrew twierdzeniom pozwanego w umowie przelewu zostały zatem oznaczone essentialia negotii pierwotnej umowy, pozwalające na indywidualizację cedowanej wierzytelności.

Nie stała również na przeszkodzie dokonaniu opisywanego przelewu okoliczność, że w § 60 OWU zastrzeżono, że przelewu praw lub obowiązków z umowy ubezpieczenia dokonać można za zgodą pozwanego. Zauważyć bowiem należy, że postanowienie to dotyczy praw wynikających z umowy ubezpieczenia, podczas gdy przedmiotem przelewu była wierzytelność wynikająca z bezpodstawnego wzbogacenia nie zaś z umowy i nigdzie w umowie nie została przewidziana. 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 konsensu 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 nienależytym wykonaniu. Natomiast roszczenie, którego dotyczył przelew wierzytelności w niniejszej sprawie, było niejako rewersem takiej sytuacji, bowiem zmierzało do odwrócenia faktycznych skutków wywołanych zastosowaniem postanowienia umownego nieważnego bądź bezskutecznego w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> 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 i jako takie nieważne albo niewiążące (art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.). Nie jest jednak nigdy świadczeniem wynikającym z umowy, albowiem powstaje ono właśnie w opozycji do sytuacji umownej, jako rezultat upadku określonych zobowiązań umownych i występującej wskutek tego upadku bezpodstawności przysporzenia. Postanowienie § 60 OWU nie dotyczy zatem roszczenia, którego powód dochodzi w niniejszym postępowaniu, a zatem zgoda pozwanego na dokonanie cesji nie była konieczna dla ważności przelewu.

Nieuzasadniony był również zgłoszony przez pozwanego zarzut nadużycia prawa przez powoda, upatrywany przez pozwanego w zakazie działalności powodowej Fundacji, polegającej na prowadzeniu działalności dla celów zarobkowych poprzez skup wierzytelności. Jak bowiem słusznie podniósł powód, z art. 5 ustawy z dnia 06 kwietnia 1984 roku o fundacjach (Dz. U. Nr 21 poz. 97) wynika, iż dopuszczalne jest prowadzenie przez fundację działalności gospodarczej. Z treści dołączonego do akt KRS (k. 9 – 13) powodowej Fundacji nie wynika zakaz prowadzenia działalności gospodarczej, w szczególności zawierania umów cesji wierzytelności.

Nie sposób również uznać, że powód nadużył swoich uprawnień w stosunku do zbywcy wierzytelności – po pierwsze nie ma wątpliwości, że cedent umowę przelewu zawarł dobrowolnie, po drugie zaś powszechną i akceptowalną jest sytuacja, w której świadczenie wzajemne za przelew wierzytelności jest niższe od samej wierzytelności, jest bowiem

świadczone szybciej niż w przypadku dochodzenia roszczenia w drodze procesu sądowego, co może być istotne z punktu widzenia osobistej sytuacji i interesu cedenta, z i pominięciem tego etapu, a więc również bez konieczności angażowania środków finansowych na opłaty sądowe czy wynagrodzenie profesjonalnego pełnomocnika. W takiej sytuacji nie można uznać, aby w okolicznościach niniejszej sprawy wzajemne świadczenia stron umowy przelewu wierzytelności nie były ekwiwalentne i naruszały czyjekolwiek interesy.

Nie sposób też uznać, że przedmiotowa umowa przelewu wierzytelności była nieważna, bowiem była sprzeczna z właściwością zobowiązania, które było przedmiotem tegoż przelewu. Zdaniem Sądu nie ma bowiem żadnych podstaw ustawowych aby ograniczyć uprawnienie konsumenta do obrotu przysługującymi mu wobec przedsiębiorcy wierzytelnościami, których źródło wynika z niedozwolonych postanowień umownych. Należy zwrócić uwagę, że wierzytelność taka powstać może wyłącznie w stosunku pomiędzy konsumentem a przedsiębiorcą, ale już po jej zaistnieniu może być przedmiotem przelewu, nie istnieją bowiem w tym zakresie żadne ograniczenia. Z kolei stanowisko, które formuje pozwany, prowadziłoby do ograniczenia uprawnień konsumenta, który z różnych przyczyn może nie być zainteresowany prowadzeniem sporu z przedsiębiorcą, a w takiej sytuacji – wedle twierdzeń pozwanego nie mógłby on swobodnie dysponować swoim prawem.

Wobec powyższego Sąd zasądził od pozwanego Towarzystwa (...) na rzecz strony powodowej dochodzoną pozwem sumę 14.850 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 02 czerwca 2016 r. do dnia zapłaty, o czym orzeczono w pkt. 1 wyroku.

Podstawę prawną rozstrzygnięcia w przedmiocie odsetek stanowił przepis art. 455 k.c. w zw. z art. 481 § 1 k.c. Jeśli chodzi o to żądanie, to należy wskazać, że zobowiązanie do zwrotu nienależnego świadczenia – a z takim mamy do czynienia w niniejszej sprawie - ma charakter bezterminowy. Zatem termin spełnienia takiego świadczenia musi być wyznaczony zgodnie z art. 455 k.c., a więc niezwłocznie po wezwaniu do jego spełnienia skierowanym przez wierzyciela do dłużnika (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 24 kwietnia 2003 r., sygn. I CKN 316/01 i z dnia 03 lutego 2006 r., sygn. I CSK 17/05). Powód wezwał stronę pozwaną do zwrotu kwoty nienależnie pobranej tytułem procentowej części opłaty za dystrybucję i za wystawienie polisy pismem z dnia 06 maja 2016 r., zakreślając 7 - dniowy termin na spełnienie żądanego świadczenia. Strona powodowa nie dołączyła do pozwu dowodu doręczenia owego pisma pozwanemu. Niemniej z pisma pozwanego Towarzystwa (...) z dnia 25 maja 2016 r. wynika, że wspomniane wezwanie strony powodowej zostało mu doręczone. Co za tym idzie, należało uznać, że niewątpliwie w tej dacie, tj. w dniu 25 maja 2016 r. pozwany miał świadomość wezwania go do zapłaty spornej kwoty a zatem od tej daty biegł zakreślony pozwanemu przez powoda 7 - dniowy termin na spełnienie świadczenia. Termin ten upłynął z dniem 01 czerwca 2016 r., a więc pozwane Towarzystwo (...) znajdowało się w opóźnieniu od dnia następnego, tj. od dnia 02 czerwca 2016 r. i od tej daty Sąd zasądził odsetki od świadczenia głównego w wysokości ustawowej za opóźnienie, oddalając żądanie strony powodowej w tym przedmiocie w pozostałym zakresie (pkt. 2 wyroku).

O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął zgodnie z zasadą odpowiedzialności za jego wynik, przewidzianą w treści art. 98 § 1 i 3 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę jest obowiązana zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. W związku z tym Sąd zasądził od pozwanego jako strony nieomal w całości przegrywającej niniejszy proces na rzecz powoda zwrot poniesionych przez niego kosztów procesu, na które złożyły się: kwota 743 zł uiszczona tytułem opłaty od pozwu, 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa oraz 4.800 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w wysokości stawki minimalnej, ustalonej na podstawie § 2 pkt. 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (w dotychczasowym brzmieniu).