

Sygnatura akt I C 614/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Wrocław, dnia 24-11-2017 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSR del. Ziemowit Barański

Protokolant: Martyna Wac

po rozpoznaniu w dniu 14 listopada 2017 roku we Wrocławiu

na rozprawie sprawy z powództwa B. S.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

- o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej – (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda B. S. kwotę 201 500 zł (dwieście jeden tysięcy pięćset złotych) wraz z odsetkami w wysokości odsetek ustawowych liczonymi od dnia 30 maja 2014 roku do dnia zapłaty;

II. dalej idące powództwo oddala;

II. zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 20 892 złote tytułem kosztów procesu.

IC 614/17

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym w dniu 7 kwietnia 2017 r. powód B. S., reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, domagał się zasądzenia od strony pozwanej (...) S.A. w W. kwoty 201.500 zł, stanowiącą sumę składek wpłaconych tytułem trzech zawartych z pozwaną umów ubezpieczenia, wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od 29 maja 2014 r. do dnia zapłaty oraz kosztami procesu.

W uzasadnieniu wskazał, iż zawarł ze stroną pozwaną umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (...) ze składką regularną. Umowy zostały potwierdzone polisami nr (...). Powód dokonał następujących wpłat na konta składek regularnych polis: w dniu 28 lutego 2013 r. kwoty 50.000 zł na polisę (...), w dniu 25 stycznia 2013 r. kwoty 51.500 zł na polisę (...) oraz w dniu 22 marca 2017 r. kwoty 100.000 zł na polisę (...).

Pismem z dnia 12 maja 2014 r. powód wniósł o likwidację polis i zwrot wpłaconych składek. Na dzień rozwiązania umów suma wpłaconych przez powoda składek wynosiła łącznie 201.500 zł, zaś wskazana przez stronę pozwaną wartość wykupu polis wynosiła odpowiednio: 2.489,64 zł, 5.118,13 zł, 2.259,50 zł.

Powód wskazał, że wezwał stronę pozwaną do wypłaty tych kwot, ta zaś odmówiła ich wypłaty wskazując, iż powód miał możliwość odstąpienia od umów w terminie 30 dni od daty doręczenia tych umów a potrącona kwota stanowi koszty zakładu ubezpieczeń związane z zawarciem umów, których amortyzacja przewidziana została na kolejne lata trwania ochrony.

Powód zarzucił, iż postanowienia umów o wysokości świadczenia wykupu rażąco narusza zbiorowy interes konsumentów i na zasadzie art. 385¹ k.p.c. nie wiąże powoda jako konsumenta. Wzorzec umowy stosowany

przez stronę powodową nie zawiera definicji opłaty likwidacyjnej, które jest w rzeczywistości sankcją za rezygnację z kontynuowania umowy bez powiązania z realnie poniesionymi wydatkami i jest niezależny od wartości zgromadzonych jednostek uczestnictwa. Powód zarzucił również, iż brak zastrzeżenia podobnej opłaty na rzecz konsumenta stanowi o braku równości stron zawartych umów. Wskazał również na orzecznictwo ETS zgodnie z którym sąd z urzędu powinien brać pod uwagę abuzywność klauzul umownych, także w razie braku zarzutu procesowego strony w tym zakresie.

W piśmie procesowym z dnia 7 sierpnia 2017 r. (k. 71) powód wywodził ponadto, iż świadczenie strony pozwanej, którego powód dochodzi w niniejszej sprawie, nie jest świadczeniem głównym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., a ponadto nie można przyjąć, iż zostało sformułowane jednoznacznie, a co za tym idzie podlega rygorom wskazanym w powołanym przepisie. Świadczeniem głównym ubezpieczyciela w ramach zawartych umów ubezpieczenia jest zaś obowiązek wypłaty określonej sumy pieniężnej w razie wystąpienia konkretnego zdarzenia określonego w umowie. Z kolei świadczeniem głównym ubezpieczonego jest jedynie obowiązek zapłaty składki. Utrata zaś wyrażonej procentowo części zainwestowanych środków, jakkolwiek nie nazwana w umowie, jest elementem ostatecznego rozliczenia stron i ma charakter kary umownej za przedterminowe rozwiązanie umowy a jej nieokreślona wartość nie może być objęta konsensusem stron i stanowić przedmiotu świadczenia, a jako taka nie jest świadczeniem głównym. O charakterze tego świadczenia nie przesądza także, zdaniem powoda, ustawowy wymóg umieszczenia w umowie określonych zapisów regulujących tę kwestię. Powód wskazał również na orzecznictwo reprezentujące powyższy pogląd.

Powód podkreślił istnienie znacznej dysproporcji pomiędzy wpłaconymi przez niego składkami a finalnymi wartościami umorzonych jednostek. Wskazał również na okoliczność, iż na etapie zawierania umowy sposób prezentacji produktu oraz stopień skomplikowania zasad na jakich opiera się inwestowanie w produkty strukturyzowane, wywołał u powoda przeświadczenie, że przedstawione mu prognozy i symulacje rentowności były historycznymi wynikami finansowymi, faktycznie osiągniętymi przez fundusz, a ponadto przeświadczenia, iż ryzyko związane z inwestycją praktycznie nie istnieje. Dysproporcja ta, jako sprzeczna z dobrymi obyczajami i rażąco naruszająca interesy powoda jako konsumenta, w ocenie powoda powinna prowadzić do stwierdzenia abuzywności kwestionowanych zapisów umownych.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów procesu.

W uzasadnieniu strona pozwana potwierdziła okoliczność zawarcia z powodem trzech umów ubezpieczenia, dodatkowo wskazując, iż umowy te zostały zawarte na podstawie wniosków podpisanych własnoręcznie przez powoda.

Strona pozwana twierdziła, iż powód otrzymał pakiet ubezpieczeniowy zawierający m.in. polisę ubezpieczeniową oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia obowiązujące na chwilę składania wniosków.

Strona pozwana twierdziła również, iż powód ani w dacie składania wniosków jak i po otrzymaniu dokumentów nie zgłaszał wątpliwości co do treści OWU. Strona pozwana wskazała również, iż w związku z rozwiązaniem umów w 2014 r. dokonała ustalenia wartości wykupu polisy na podstawie OWU i załączonej do nich tabeli.

Z ostrożności procesowej strona pozwana zakwestionowała również roszczenie powoda zarówno co do zasady jak i wysokości. Wskazała, iż łączna suma wartości wykupu wynosi 193.178,21 zł a nie jak wskazał powód 201.500 zł.

Strona pozwana twierdziła również, iż powodowi doręczono polisę z tabelami określającymi wysokość wykupu w poszczególnych latach jak i ogólne warunki ubezpieczenia. W ocenie strony pozwanej składając własnoręczny podpis pod wnioskami o zawarcie umów powód potwierdził fakt otrzymania i zapoznania się z treścią umowy, a tym samym, zgodnie z art. 384 k.c. wiąże go wzorzec umowny ukształtowany ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Zdaniem strony pozwanej powodowi została kompleksowo wyjaśniona specyfika oraz charakter produktu. Wyraźnie określona w tabelach do OWU wartość wykupu w poszczególnych latach trwania umowy nie ma charakteru sankcji

za wcześniejsze rozwiązanie umowy czy też wygórowanej kompensaty z tego tytułu, a jedynie wskazuje wysokość świadczenia jakiego może oczekiwać konsument w poszczególnych latach trwania umowy. Jednocześnie kwoty te uwzględniają ponoszone przez stronę pozwaną koszty związane z zawarciem umowy i prowadzeniem działalności gospodarczej.

Strona pozwana wskazała także na rozkład ryzyka i zasady ponoszenia kosztów przez towarzystwa ubezpieczeniowe wskazując, iż dochodowość umów ubezpieczenia warunkowana jest długością ich trwania a wcześniejsze rozwiązanie umów generuje określone koszty po stronie ubezpieczyciela. Opłaty likwidacyjne jedynie kompensują te koszty lecz nie prowadzą do nieuzasadnionego wzbogacenia się strony pozwanej.

Strona pozwana wywodziła, iż wartość wykupu, określona jako pobranie w sytuacji wykupu określonej opłaty, jest jednym z głównych świadczeń stron w rozumieniu art. 385¹ k.c. wynikających z umowy polisolokaty. Jednocześnie w ocenie strony pozwanej zapisy OWU określające zasady wykupu, które stanowią, iż wykup polisy polega na wypłacie Ubezpieczającemu Wartości Wykupu równej sumie Wartości Polisy i Wartości Dodatkowej, pomniejszonej o opłatę za całkowity wykup wartości polisy oraz opłaty za całkowity wykup wartości dodatkowej, są sformułowane w sposób jednoznaczny. W konsekwencji, zgodnie z art. 385¹ § 1 zd. 2-gie k.c., zapisy te nie mogą być uznane za klauzule niedozwolone, nawet jeżeli są sprzeczne z interesem konsumenta.

Zdaniem strony pozwanej powód nie wykazał również spełnienia wszystkich przesłanek niezbędnych do stwierdzenia abuzywności postanowień wzorca umownego określonych w art. 385¹ k.c. a dopiero w sytuacji takiego stwierdzenia można mówić o bezpodstawnym pomniejszeniu świadczenia wykupu. W konsekwencji postanowienia te wiążą strony a strona pozwana miała podstawy do dokonania potrącenia naliczonej kwoty.

Z ostrożności procesowej strona pozwana kwestionowała zasadność żądania odsetkowego, wskazując, iż świadczenie dochodzone niniejszym pozwem jest świadczeniem bezterminowym, a co za tym idzie w myśl art. 455 k.c. wierzycielowi przysługuje prawo do naliczania odsetek dopiero od chwili wezwania dłużnika do spełnienia świadczenia. W ocenie strony pozwanej, w związku z tym, że powód nie wezwał strony pozwanej do spełnienia świadczenia, terminem naliczania odsetek może być dopiero dzień następujący pod doręczeniem stronie pozwanej odpisu pozwu. Jednocześnie strona pozwana przyznała, iż otrzymała wezwanie do zapłaty z dnia 12 stycznia 2017 r. jednakże wezwanie to opiewało na inne kwoty niż dochodzone w obecnym postępowaniu.

Stan faktyczny ustalony przez Sąd w efekcie postępowania dowodowego przedstawia się jak poniżej:

Strona pozwana (...) S.A. w W. prowadzi działalność gospodarczą w zakresie ubezpieczeń na życie.

/poza sporem/

Strony – powód jako ubezpieczający i pozwana jako ubezpieczyciel - zawarły trzy umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (...) ze składką regularną. Umowy zostały potwierdzone polisami nr (...). Polisy te wystawiono odpowiednio w dniach 28 lutego 2013, 25 stycznia 2013 i 19 kwietnia 2013 roku. Na polisach nie ma podpisów powoda ani adnotacji o ich doręczeniu. Podpisy powoda są na wnioskach o ubezpieczenie.

Dowód:

- 1. Polisa ubezpieczeniowa nr (...), k. 59***
- 2. Polisa ubezpieczeniowa nr (...), k. 60***
- 3. Polisa ubezpieczeniowa nr (...), k. 61***
- 4. Wniosek o ubezpieczenie na życie nr polisy (...), k. 62***

5. Wniosek o ubezpieczenie na życie nr polisy (...), k. 63

6. Wniosek o ubezpieczenie na życie nr polisy (...), k. 64

Umowy zostały zawarte z inicjatywy przedstawiciela strony pozwanej, tj. pośrednika działającego pod nazwą (...) który skontaktował się z powodem telefonicznie proponując możliwość zainwestowania środków finansowych. W czasie spotkania w domu powoda, przedstawiciel strony pozwanej zaproponował mu zawarcie początkowo jednej, a w efekcie finalnym trzech umów ubezpieczenia z jednorazową składką inwestycyjną, bez opłat likwidacyjnych oraz z możliwością wycofania środków. Powód wcześniej miał ubezpieczenie na życie u pozwanego, ze składką miesięczną rzędu 400 zł.

Powód przystał na te warunki i podpisał trzy wnioski o zawarcie polis: w dniu 23 stycznia 2013 r. na kwotę 51.500 zł, w dniu 26 lutego 2013 r. na kwotę 50.000 zł, w dniu 16 kwietnia 2013 r. na kwotę 100.000 zł. Umowy miały zostać powodowi doręczone po podpisaniu ich za stronę pozwaną. Przedstawiciel pozwanego przekazał powodowi dane do logowania w systemie elektronicznym. We wnioskach powód potwierdził odbiór ogólnych warunków ubezpieczenia. Na dwóch spośród trzech wniosków są adnotacje o ich wpływie do (...) SA (prezentaty) odpowiednio w dniach 25 stycznia 2013 roku i 28 lutego 2013 roku.

Wówczas powód nie zwrócił uwagi na zaznaczenie w treści umów, iż chodzi o umowy ubezpieczenia ze składką regularną.

Powód nie zamierzał zawierać umów ubezpieczenia ze składką regularną choćby z tej przyczyny, iż wpłacając składki zamierzał ulokować swe oszczędności, a dochód jego nie pozwalał na uiszczenie składek co roku w kwocie rzędu 200 000 zł, zważywszy iż miesięczny jego dochód był rzędu 5000 zł. Trzy odrębne umowy ubezpieczenia zawarł licząc się z koniecznością wycofania zainwestowanych środków finansowych w razie pogorszenia się sytuacji materialnej - po to aby nie musieć rezygnować z całej inwestycji, a móc zlikwidować tylko część polisolokaty.

Dowód:

1. Wniosek o ubezpieczenie na życie nr polisy (...), k. 62

2. Wniosek o ubezpieczenie na życie nr polisy (...), k. 63

3. Wniosek o ubezpieczenie na życie nr polisy (...), k. 64

4. przesłuchanie powoda na rozprawie w dniu 14 listopada 2017 r., k. 94

Zgodnie z Artykułem VI pkt 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia ubezpieczającemu przysługiwało prawo do odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od daty doręczenia mu umowy (k. 22). Zgodnie zaś z artykułem IX wykup polisy polegał na wypłacie ubezpieczającemu wartości wykupu. Wartość wykupu równa była sumie wartości polisy i wartości dodatkowej pomniejszonej o opłatę za całkowity wykup wartości polisy oraz opłatę za całkowity wykup wartości dodatkowej (art. IX ust. 2). Wysokość opłat określona była jako procent wypłacanej wartości polisy utworzonej ze składek regularnych należnych w pierwszych pięciu latach polisy (art. IX ust. 5) i określonej w Tabeli opłat i limitów (art. IX ust. 6) i zgodnie z nią (pozycja 4 tabeli), wartość polisy w pierwszym roku polisy wynosiła 98% polisy utworzonej ze składki regularnej, w drugim zaś roku 95% (k. 29 verte)

Zgodnie z art. V ust. 1 OWU umowę uważa się zawartą w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia. W art. V ust. 3-5 określono zastrzeżenie dla ubezpieczyciela odmowy zawarcia umowy oraz tryb postępowania w razie propozycji ubezpieczyciela zawarcia umowy na warunkach odmiennych od proponowanych przez ubezpieczającego.

Dowód:

o gólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (...) ze składką regularną, k. 19-41

Wnioski złożone przez powoda o zawarcie umów ubezpieczenia w istocie obejmowały ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką regularną, przy czym wybór częstotliwości opłacania składek i tym samym rodzaju ubezpieczenia nastąpił poprzez postawienie krzyżyka w kwadracie przy odpowiedniej opcji w górnej części pierwszej strony wniosku, a także w części dolnej. Natomiast w nagłówku żadnego z wniosków nie wykreślono ani nie zakreślono ani sformułowania dotyczącego ubezpieczenia na życie ze składką regularną lub jednorazową. Formularze wniosków są przeznaczone dla obu rodzajów ubezpieczeń.

Dowód:

- 1. Wniosek o ubezpieczenie na życie nr polisy (...), k. 62***
- 2. Wniosek o ubezpieczenie na życie nr polisy (...), k. 63***
- 3. Wniosek o ubezpieczenie na życie nr polisy (...), k. 64***

Powód wpłacił na poczet polis następujące kwoty zaksięgowane na koncie polis:

- w dniu 28 lutego 2013 r. kwotę 50.000 zł na polisę (...),
- w dniu 25 stycznia 2013 r. kwotę 51.500 zł na polisę (...)
- w dniu 19 kwietnia 2013 r. kwotę 100.000 zł na polisę (...).

d o w ó d:

- 1. Wydruk z elektronicznego konta funduszu ubezpieczeniowego powoda, k. 11***
- 2. Zestawienie składek do polisy nr (...), k. 12***
- 3. Zestawienie składek do polisy nr (...), k. 12 verte***
- 4. Zestawienie składek do polisy nr (...), k. 13***

Umowy ubezpieczenia w postaci wystawionych polis ubezpieczeniowych, podpisanych za stronę pozwaną, nie zostały powodowi nigdy doręczone. Powód fakt braku doręczenia polis zgłaszał stronie pozwanej kilkakrotnie. Czynił to zarówno w formie telefonicznej, jak też w pismach z 24 marca 2014 roku i 12 maja 2014 roku.

Przed sformulowaniem pisma z 24 marca 2014 roku powód był we (...) placówce towarzystw ubezpieczeniowych grupy (...) przy ulicy (...) i tam uzyskał informację co do charakteru umów ubezpieczenia, którymi się związał. Samych polis jednak mu nie wydano. Zainteresowanie powoda tą kwestią właśnie wówczas wynikało z zaniepokojenia otrzymaną informacją od pozwanego, z której wynikało że nie opłacił kolejnej regularnej składki rocznej. Początkowo powód sądził i to głównie było przedmiotem jego obaw, że w ogóle na rachunek pozwanego nie wpłynęły wpłacone przez niego rok wcześniej składki – sądził, że płacąc składki na wskazane konta padł ofiarą oszustwa, skoro jest wzywany do zapłaty składki, a tę składkę zapłacił. Myślał, że być może konto na które zapłacił w ogóle nie należy do (...). Zamiarem jego było więc najpierw wyjaśnienie, co w ogóle stało się z jego składkami. W wyniku tych działań uzyskał potwierdzenie, że zapłacone przez niego składki faktycznie zapłacono towarzystwu ubezpieczeń oraz uświadomił sobie, jak przedstawiają się warunki umów, w szczególności w zakresie obowiązku płacenia regularnych rocznych składek. W efekcie powyższego skierował najpierw pierwsze, a później kolejne pismo do pozwanej.

Dowód:

1. **przesłuchanie powoda na rozprawie w dniu 14 listopada 2017 r., k. 94**
2. **pismo powoda z dnia 24 marca 2014 r. wraz z dowodem doręczenia , k. 14**
3. **pismo powoda z dnia 12 maja 2014 r. wraz z dowodem doręczenia , k. 15**

Pismem z dnia 24 marca 2014 r. powód zwrócił się do strony pozwanej z wnioskiem o pomoc w kwestii zawartych ze stroną pozwaną umów ubezpieczenia. Wyjaśnił, że uważał, że chodzi o umowy ubezpieczenia z jednorazową składką, wskazał też, że otrzymał wnioszek o ubezpieczenie do podpisu i podano mu numer konta, ale umów nie otrzymał. Podał też że jego sytuacja finansowa bardzo się pogorszyła i przewidując to wcześniej chciał mieć polisy jednorazowe, a jego dochody nigdy nie pozwalały na regularne opłacanie takich dużych składek. Powód podał, że w jego ocenie został oszukany przez przedstawiciela firmy (...).

Dowód: pismo powoda z dnia 24 marca 2014 r. wraz z dowodem doręczenia , k. 14

Pismem z dnia 12 maja 2014 r. powód wniósł do strony pozwanej **o likwidację polis bez ponoszenia kosztów likwidacji**, informując też, iż nie zgadza się z wysokością opłat likwidacyjnych. W piśmie tym wyraźnie powołał się na okoliczność nieotrzymania polis nawet do przeczytania oraz na swe uprawnienie do „**zrezygnowania z tych polis po podpisaniu, jeżeli nie odpowiadają mnie ich warunki**”. Wskazał także, że jego pismo z 24 marca 2014 roku pozostało bez odpowiedzi.

Dowód: pismo powoda z dnia 12 maja 2014 r. wraz z dowodem doręczenia , k. 15

Strona pozwana oświadczyła, iż dokonuje na rzecz powoda całkowitej wypłaty wartości wykupu polis, wskazując, iż wypłata następuje z uwagi na brak opłacenia składki regularnej w wymaganym terminie:

- w dniu 31 maja 2014 r. kwoty 2.559,50 zł tytułem polisy nr (...)
- w dniu 30 czerwca 2014 r. kwoty 2.489,64 zł tytułem polisy nr (...)
- w dniu 18 sierpnia 2014 r. kwoty 5.118,13 zł tytułem polisy nr (...)

Poinformowała, że kwoty wymienione wyżej zostają przekazane powodowi przekazem pocztowym.

Dowód:

1. **pismo z dnia 2 października 2014 r. w sprawie wypłaty z polisy nr (...), k. 65**
2. **pismo z dnia 2 października 2014 r. w sprawie wypłaty z polisy nr (...), k. 66**
3. **pismo z dnia 2 października 2014 r. w sprawie wypłaty z polisy nr(...), k. 67**

Pismami z dnia 22 lutego 2017 r. oraz 2 marca 2017 r. pełnomocnik powoda wezwał stronę pozwaną do zapłaty kwoty 10.167,27 zł tytułem wartości wykupu zawartych polis ubezpieczeniowych. Przy tym w jednym z nich pomyłono imię powoda (podano imię R.), z zachowaniem prawidłowych oznaczeń numerów polis.

Dowód:

1. **pismo powoda z dnia 22 lutego 2017 r., k. 68**
2. **pismo powoda z dnia 2 marca 2017 r. wraz z dowodem nadania , k. 16 -17**

W odpowiedzi na pismo pełnomocnika powoda strona pozwana, w piśmie z dnia 23 marca 2017 r., wskazała, iż powód złożył pisemne oświadczenie iż otrzymał przed zawarciem umów tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, do których przystąpił. Zgodnie z OWU powód mógł odstąpić od umów w terminie 30 dni od daty doręczenia umów, jednakże

termin na odstąpienie minął w 2013 r., a umowy rozwiązały się w 2014 roku wobec nieopłacenia składek regularnych. Odmówiono przy tym zwrotu kwoty 10167,27 zł nie powołując się jednak na wcześniejszą jej zapłatę.

Dowód:

1. pismo strony pozwanej z dnia 23 marca 2017 r., k. 18

Powód nie otrzymał zwrotu jakichkolwiek środków od strony pozwanej. Strona pozwana powoływała się względem niego na fakt przesłania środków w kwotach opisanych wyżej w pismach z 2 października 2014 roku drogą pocztową, ale powód takiego przekazu pocztowego nie otrzymał.

Powód nie wiedział w jaki sposób ma postąpić. Czuł się bezradny i tkwił w przeświadczeniu, że stracił swe pieniądze aż do roku 2017. Dalsze czynności dopiero podjął w 2017 roku na skutek informacji medialnych dotyczących problematyki polisolokat. Wtedy zwrócił się do pełnomocnika reprezentującego go w niniejszej sprawie. Powód obecnie liczy 65 lat, z wykształcenia jest geodetą.

Powód składając swe oświadczenia adresowane do strony pozwanej w 2014 roku nie miał kategorycznej woli zerwania jakiegokolwiek współpracy ze stroną pozwaną. Kategorycznie natomiast nie chciał - uświadomiwszy sobie obowiązek opłacania corocznie składek rzędu 200 000 złotych – aby realizowane były umowy ubezpieczenia ze składką regularną wiedząc że nie będzie mógł składek w takiej wysokości płacić. Było mu wszystko jedno, w jaki sposób problem zostanie rozwiązany, byle nie utracił swoich pieniędzy. Sądził, że można będzie zmienić rodzaj polisy ubezpieczeniowej na taką ze składką jednorazową i dopuszczał taką możliwość, nie chciał natomiast dopuścić do sytuacji, w której utraci znaczną część zainwestowanych oszczędności.

/dowód: przesłuchanie powoda na rozprawie 14 listopada 2017 roku k. 94 - 95 /

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi OmniPROFIT nie przewidywały możliwości zmiany rodzaju umowy ubezpieczenia, przekształcenia ubezpieczenia ze składką regularną w ubezpieczenie ze składką jednorazową. W Art. VIII przewidywały jedynie zmianę ubezpieczenia na bezskładkowe, czego warunkiem było jednak opłacenie co najmniej pięciu rocznych regularnych składek za pierwsze pięć lat polisy i zachowanie wartości polisy na poziomie co najmniej równowartości tych składek. Również warunki te nie przewidywały możliwości zmiany umowy ubezpieczenia w taki sposób, aby składka została obniżona – zmiana wysokości składki mogła polegać tylko na jej podwyższeniu w stosunku do tej należnej za pierwszy rok polisy (art.XIV ust 3 umowy)

d owód: Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (...) ze składka regularną, k. 19-41

Sąd z ważył co następuje :

W niniejszej sprawie powód dochodził zapłaty kwoty 201.500 zł tytułem zwrotu wpłaconych przez niego składek na poczet tzw. polisolokat, wywodząc swoje roszczenie z abuzywności zapisów umownych dotyczących zasad przedterminowej wypłaty środków zgromadzonych na jednostkach funduszy oraz faktu złożenia przez niego w maju 2014 roku oświadczenia zawierającego żądanie likwidacji polisy i zwrotu wpłaconych składek.

Strona pozwana zaś żądaniu powoda przeciwstawiała wywód o braku abuzywności kwestionowanych klauzul, jednocześnie podnosząc twierdzenia, iż powód otrzymał przedmiotowe umowy, zaś termin na odstąpienie od umów upłynął w roku 2013, czego powód nie uczynił, natomiast w roku 2014 doszło do rozwiązania łączących strony umów ubezpieczenia.

Stan faktyczny będący podstawą rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie sąd ustalił na podstawie przedłożonych przez strony dokumentów. Wiarygodności dokumentów jako takich i ich autentyczności nie podważano, choć wyprowadzono z nich odmienne wnioski.

Sąd poczynił także ustalenia w oparciu o obszerne i szczegółowe zeznania powoda, którym strona pozwana nie zaprzeczyła, a które sąd uznał za logiczne, spójne z pozostałym materiałem dowodowym, a w konsekwencji wiarygodne.

Tu wyjaśnić należy, że niestety na rozprawie w dniu 14 listopada 2017 roku nie było możliwe z powodów technicznych utrwalenie zeznania powoda za pomocą systemu rejestrującego dźwięk i obraz – awarii systemu rejestrującego rozprawę niemożliwej do usunięcia tego samego dnia i braku możliwości skorzystania z sali rozpraw, na której system ten byłby w czasie przewidzianym na rozprawę sprawny.

Oczywiście mimo ograniczenia w tej sytuacji możliwości odwołania się do oceny szczegółowo utrwalonego sposobu zachowania powoda, reakcji na zadawane pytania, spontaniczności odpowiedzi powoda, nie umniejsza to waloru dowodowego zeznań powoda.

Otóż wskazać należy, że zeznanie powoda było obszerne i bardzo szczere, wypowiedź powoda była nacechowana krytycznym podejściem do własnego sposobu postępowania i nie była to z pewnością wypowiedź wcześniej przygotowana (np. „wycuczona” w wyniku konsultacji z pełnomocnikiem). W ocenie Sądu powód obszernie i szczerze przedstawił wszystkie okoliczności sprawy nie zatajając czegokolwiek i dochował tym samym obowiązków procesowych z art. 3 kpc. Strona pozwana zaniechała stawiennictwa na rozprawie w dniu 14 listopada 2017 roku i zadania pytań powodowi względnie złożenia oświadczeń co do treści jego zeznań. Niemniej Sąd zeznania te ocenia jako wiarygodne również niezależnie od braku zaprzeczenia im przez stronę pozwaną.

W ocenie Sądu powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości z powodów w pełni mieszczących się w granicach przywołanej podstawy faktycznej żądania pozwu, chociaż z innych przyczyn prawnych niż podnoszone przez powoda.

Poczynić należy w tym miejscu uwagę wstępną. Otóż kontradiktoryjny proces cywilny opiera się między innymi na zasadzie „da mihi factum, dabo tibi ius”. W polskim modelu procedury cywilnej jest więc Sąd ściśle związany podstawą faktyczną żądania pozwu, którą ma przytoczyć powód, ale nie jest związany podstawą prawną jego żądania. Wynika to wprost z dyspozycji art. 321 par. 1 kpc w zw. z art. 187 par. 1 pkt 2 kpc. Powód ma obowiązek przytoczyć okoliczności faktyczne będące podstawą i uzasadnieniem jego żądania, ale nie ma obowiązku przytaczać jego podstawy prawnej, a ocena prawna konsekwencji faktów przytoczonych przez powoda, jeśli okażą się prawdziwe, bądź też faktów ustalonych w toku postępowania w świetle twierdzeń stron i przeprowadzonych dowodów zawsze należy do Sądu. Może zatem dojść do sytuacji, w której twierdzenia powoda będą uzasadniały zasądzenie dochodzonej przez niego należności z przyczyn dalej idących w sferze oceny stosunku prawnego pomiędzy stronami, niż przyczyny prawne wskazywane przez powoda i tak właśnie jest w niniejszej sprawie.

Niezależnie bowiem od oceny wyrażonej przez powoda, bez wątplenia w dużej mierze poprawnej co do abuzowności kwestionowanych przez niego postanowień umownych, stwierdzić należy, iż z przytoczonych przez powoda w toku procesu faktów, w pierwszym rzędzie podanego już w pozwie faktu złożenia przez powoda pisemnego oświadczenia wnoszącego o likwidację polisy i zwrot wpłaconych składek, które znajdują potwierdzenie w ustaleniach Sądu, wynika, iż powód skutecznie w ramach przysługujących mu umownych uprawnień odstąpił od umów ubezpieczenia zawartych ze stroną pozwaną, co skutkowało obowiązkiem zwrotu składek wpłaconych przez powoda, czego pozwana nie uczyniła w jakiegokolwiek części. Mieści się to w granicach podstawy faktycznej żądania pozwu, bowiem powód w szczególności ze złożenia tego oświadczenia – w piśmie z 12 maja 2014 roku - wywodził obowiązek strony pozwanej zwrotu wpłaconych składek, czego dokładnie w niniejszej sprawie powód domagał się. Sąd zatem w granicach tej podstawy faktycznej był zobowiązany do oceny, czy oświadczenie powoda mogło i jeśli tak to dlaczego wywrzeć skutek w postaci powstania roszczenia powoda o zwrot składek zapłaconych na poczet umów.

Bez wątplenia bezsporny w niniejszej sprawie był fakt zawarcia przez strony umów ubezpieczenia a także dokonania przez powoda trzech pojedynczych wpłat tytułem składek na każdą z trzech zawartych umów.

Strony natomiast w sposób odmienny przedstawiały okoliczności związane z zawarciem umów ubezpieczenia, a w tym okoliczność kluczową związaną z tym, czy i kiedy doręczono powodowi polisy ubezpieczeniowe stanowiące dokumenty stwierdzające treść umów. Powód w pozwie wskazał, iż złożył pisemne oświadczenie zmierzające do „likwidacji” polis i zwrotu w całości wpłaconych składek. W odpowiedzi na to pozwana wskazała, że powód nie miał takiego uprawnienia, albowiem mógł odstąpić od umów tylko w ciągu 30 dni od podpisania umowy, z czego nie skorzystał. Jednocześnie wskazała, że powód otrzymał pakiet ubezpieczeniowy zawierający między innymi polisy ubezpieczeniowe, a także OWU.

Twierdzeniom strony pozwanej – w tym również twierdzeniu, iż powód polisy ubezpieczeniowe otrzymał – powód zaprzeczył tak w piśmie odnoszącym się do odpowiedzi na pozew, jak na rozprawie w dniu 14 listopada 2017 roku.

Punktem wyjścia do rozważań sądu przyjętych ostatecznie za podstawę rozstrzygnięcia były twierdzenia i zeznania powoda, iż nie otrzymał on od strony pozwanej przeznaczonych dla niego egzemplarzy zawartych umów ubezpieczenia.

Powód wykazał niewątpliwie, że złożył oświadczenie zmierzające do likwidacji polis ubezpieczeniowych i obejmujące żądanie zwrotu składek wpłaconych na podstawie umów ubezpieczenia. Takie oświadczenie powoda wynika wprost z jego drugiego pisma składanego w 2014 roku (pismo z 12 maja 2014 doręczone pozwanej 15 maja 2014 roku). Otrzymaniu tego pisma pozwana nie zaprzeczyła. I w tym, i w poprzednim piśmie z 24 marca 2014 roku powód jasno pisze, iż nie otrzymał umów ubezpieczenia choćby do przeczytania.

Zgodnie z ogólną regułą wyrażoną w art. 6, w takiej sytuacji ciężar dowodu okoliczności niweczących uprawnienie powoda, na którą pozwana się powołuje, a mianowicie faktu doręczenia powodowi polis ubezpieczeniowych – spoczywa na pozwanej.

Tymczasem strona pozwana nie zaferowała żadnych dowodów wskazujących na faktyczne doręczenie powodowi przedmiotowych umów. Strona pozwana zasadniczo nie zaprzeczyła powyższym twierdzeniom powoda poprzestając na twierdzeniach zawartych w odpowiedzi na pozew, w których wskazywała, iż powód zawierając umowy otrzymał bliżej nieokreślony „pakiet ubezpieczeniowy”, który miał obejmować polisy do poszczególnych umów jak i Ogólne Warunki Ubezpieczenia.

Podkreślić w tym miejscu należy, iż umową, o której mowa w powołanym wyżej zapisie umownym art. VI ust. 1 OWU nie jest sam wniosek powoda o zawarcie takiej umowy.

Przez samo złożenie wniosku nie dochodzi bowiem do zawarcia umowy. Wniosek taki jest jedynie swego rodzaju ofertą o zawarcie umowy o określonej treści i dopiero po zaakceptowaniu jej przez drugą stronę, co w przypadku osoby prawnej następuje zwykle poprzez złożenie podpisów przez osoby umocowane do działania w jej imieniu, dochodzi do zawarcia umowy właściwej.

Szczegółowy tryb zawarcia umowy oznaczony w art. V OWU nie pozostawia wątpliwości, że do zawarcia umowy nie może dojść w momencie podpisania przez powoda wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Umowę uważa się za zawartą w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia. W przypadku umów ubezpieczenia potwierdzeniem zawarcia umowy jest wystawiona przez towarzystwo ubezpieczeniowe polisa. Z art. 809 par. 1 k.c. wynika, że ubezpieczyciel ma obowiązek potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia. Art. 809 par. 2 k.c. stanowi, że w razie wątpliwości umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia. W tej materii OWU analizowanego ubezpieczenia wprowadzają postanowienia odmiennie, wskazując że umowę uważa się za zawartą z dniem oznaczonym jako początek okresu ubezpieczenia w polisie. Niemniej nie ulega wątpliwości, że samo złożenie wniosku o ubezpieczenie kwalifikować należy tylko jako ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia, zaś zawarcie umowy warunkowane jest przyjęciem tejże oferty, co powinno być stwierdzone wystawieniem dokumentu ubezpieczenia – tu polisy ubezpieczeniowej. Argumentacja ta wynika choćby z analizy art. 811 k.c., który wyraźnie posługuje się pojęciem złożonej przez ubezpieczającego oferty zawarcia umowy ubezpieczenia

wprowadzając szczególny tryb postępowania w przypadku oferty ubezpieczającego przyjętej z zastrzeżeniami na jego niekorzyść przez ubezpieczyciela. Taki też tryb przewidziano w Art. V ust. 3 – 5 OWU.

Często zdarza się jednak, że pomimo złożenia wniosku do zawarcia umowy nie dochodzi, gdyż po weryfikacji wniosku druga strona stwierdza, że dany wnioskodawca nie spełnia kryteriów do zawarcia umowy przyjętych dla danego typu umów i nie decyduje się na jej zawarcie.

Nie ma wątpliwości – że do zawarcia umów doszło. Nie znajdzie tu zastosowania art. 809 par. 2 k.c., bowiem strony na etapie składania wniosków ubezpieczeniowych – w efekcie akceptacji OWU przez powoda – umówiły się, iż dojdzie do tego po wystawieniu polis i z dniem w nich wskazanych, a nie z chwilą ich doręczenia.

Nie zmienia to jednak oceny, iż konsekwencją ich wystawienia powinno być skuteczne doręczenie powodowi umowy ubezpieczenia – a to w rozumieniu OWU musi być równoznaczne z doręczeniem powodowi polis ubezpieczeniowych. Jak już wyżej wskazano okoliczność doręczenia powodowi właściwych polis, bądź egzemplarza umowy zawierającego podpis złożony także przez towarzystwo ubezpieczeniowe, nie została przez stronę pozwaną w żaden sposób udowodniona. Nie może przy tym polegać przy tym na prawdzie twierdzenie strony pozwanej, iż przekazany powodowi w chwili podpisywania wniosku pakiet ubezpieczeniowy ową polisę zawierał, jest to bowiem technicznie niemożliwe.

Jak wyżej wskazano, wystawienie polisy ma miejsce bowiem dopiero po zawarciu umowy, a do zawarcia umowy nie dochodzi samoistnie wskutek samego wniosku powoda. W chwili składania wniosków o zawarcie umowy w obecności pośrednika nie mogło dojść do wydania powodowi polis, gdyż umowy nie zostały wtedy zawarte, a polisy wystawiono kilka dni później w odniesieniu do każdego wniosku. Pośrednik ten nie miał umocowania do zawarcia przedmiotowych umów a jedynie przyjęcia samego wniosku od klienta, na co wskazuje fakt, iż na polisach ubezpieczeniowych przedłożonych przez stronę pozwaną figurują podpisy członków zarządu pozwanej spółki a nie tegoż pośrednika (k. 59-61). Przeczy temu również literalne brzmienie treści wniosków, z których wynika (2-ga strona wniosków), iż składany wniosek jest jedynie podstawą zawarcia umowy właściwej, a ponadto, że doręczenie OWU następuje „przed zawarciem umowy”, z czego jedyny możliwy do wyprowadzenia logiczny wniosek jest taki, iż intencją twórcy wzorca umownego było, by poprzez samo złożenie wniosku i wręczenie OWU nie doszło do zawarcia umowy.

Nie mógł przeto powód otrzymać umów ubezpieczenia w momencie składania wniosków o ich zawarcie. Za doręczenie umów ubezpieczenia w rozumieniu art. VI ust. 1 OWU uznać należy oczywiście doręczenie powodowi polis ubezpieczeniowych. Tak też rozumie to strona pozwana, powołując się między innymi w niniejszej sprawie na wyraźne celowe wyodrębnienie w treści polis postanowień co do opłat likwidacyjnych – tak by po zapoznaniu się z nimi ubezpieczający miał możliwość zdecydowania, czy chce na takich warunkach związać się umową. Jest to jedyna racjonalna interpretacja.

Żadnego dowodu, iż powodowi doręczono którąkolwiek z polis nie ma. Powód nie był w istocie obowiązany do wykazywania przeciwności twierdzeń pozwanej – okoliczności negatywnej, lecz zdaniem Sądu swymi zeznaniami tego dowiódł, a kontrdowodu żadnego w tej mierze w sprawie nie prowadzono.

Okoliczność niedoręczenia powodowi umów potwierdza pozostały materiał dowodowy. Sąd zastanawiał się, czy zeznanie powoda uznać należy za wiarygodne w tej materii zważywszy na okoliczność, że powołując się na niedoręczenie mu polis już w 2014 roku znał ich numery. Jednak jest wiarygodnym zeznanie powoda, że wiedzę o numerach polis powziął z systemu internetowego oraz z informacji udzielanych mu przez pracowników w placówce strony pozwanej, gdzie udał się po tym, gdy dowiedział się z kierowanego do niego pisma (notabene, żadna ze stron go nie przedstawiła) informującego o nieuiszczeniu składki ubezpieczeniowej z najwcześniejszej polisy i wzywającego go do zapłaty tej składki. Numer polisy ubezpieczeniowej na pewno też powołano w piśmie wzywającym do zapłaty składki. Zachodzi tu logiczna korelacja dat. Powód miał zapłacić kolejną składkę z pierwszej polisy w styczniu 2014 roku (do 25 stycznia). Pozwana stosownie do art. VI ust. 6 miała obowiązek wezwać powoda do zapłacenia tej składki z uprzedzeniem o konsekwencjach jej nieopłacenia, odczekawszy uprzednio 30 dni, wyznaczając dodatkowy termin 15 dni do jej zapłacenia. Mogła to więc uczynić najwcześniej 25 lutego 2014 roku. Jeśli tak uczyniła, co wynika z zeznań powoda, to w pełni logicznym jawi się zeznanie powoda który wskazywał, że nie spodziewając się takiego rozwoju

sytuacji i nie dysponując polisami kontaktował się najpierw telefonicznie i potem osobiście z pozwaną, a potem napisał pismo z 24 marca 2014 roku z prośbą o wyjaśnienie i doręczenie mu polis, co do których spodziewał się że są zupełnie innej treści (inna sprawa czy miał do tego podstawy). Dodać należy, że w kolejnym piśmie powód dalej konsekwentnie powoływał się na fakt nieotrzymania polis ubezpieczeniowych.

Sąd także zastanawiał się, czy okoliczność doręczenia powodowi polis nie może być wyprowadzona z faktu, iż powód zapłacił składki ubezpieczeniowe zaksięgowane w datach zbieżnych z ich wystawieniem. Do ich zapłaty wszakże mogło być wystarczające samo wskazanie numerów polis bądź tylko numerów rachunków bankowych do dokonania wpłat - na przykład przez pośrednika, za pośrednictwem którego powód zawierał umowę. Świadczy to o wiedzy powoda o wystawieniu polis (ale tego nie sposób kwestionować, że powód wiedział iż polisy wystawiono - tyle że nie wiedział jakie). Nie świadczy o ich doręczeniu w sposób umożliwiający zapoznanie się z ich treścią. Skoro powód składki zapłacił w dacie wystawienia polis (których nie wystawiał pośrednik, lecz sama strona pozwana i które zawierają podpisy osób uprawnionych do działania za pozwaną, to technicznie rzecz biorąc trudne byłoby uznanie, że za każdym razem w dniu wystawienia polis, co następowało zapewne w siedzibie głównej pozwanej spółki, doszło do ich doręczenia powodowi. Nie wyklucza to oczywiście na przykład przekazania elektronicznego obrazu polis pośrednikowi reprezentującemu pozwaną, ale tego, że dokumenty polis dotarły do powoda na tej podstawie nie można ustalić, a powołane wyżej elementy tezie takiej zdecydowanie przeczą.

W konsekwencji należało przyjąć, iż nie rozpoczął się bieg 30-dniowego terminu dla złożenia oświadczenia o odstąpieniu od umów, o którym mowa w Artykule VI pkt 1 OWU, gdyż warunkiem rozpoczęcia biegu tego terminu, zgodnie z tym zapisem umownym, było właśnie doręczenie powodowi umowy.

W dalszej kolejności konieczna była ocena oświadczeń złożonych przez powoda stronie pozwanej w swoich pismach datowanych na 24 marca 2014 r. (k. 14) i 12 maja 2014 r. (k. 15).

W uzasadnieniu pisma złożonego w niniejszej sprawie z 2 sierpnia 2017 roku powód określił te pisma jako wypowiedzenia umów. W treści tych pism z 2014 roku powód żądał jednakże likwidacji polis bez ponoszenia kosztów ich likwidacji powołując się na prawo do rezygnacji z polis po ich podpisaniu, jeżeli nie odpowiadałyby mu ich warunki. Jednocześnie domagał się zwrotu całych uiszczonych składek ubezpieczeniowych.

Zgodnie z art. 60 k.c. z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Oświadczenie woli należy zaś tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje (art. 65 k.c.)

Zgodnie ze wskazanymi wyżej ogólnymi regułami w przypadku wykładni oświadczeń woli należy również uwzględniać tzw. kontekst sytuacyjny, czyli np. przyczyny złożenia oświadczenia woli, faktyczny zamiar składającego oświadczenie oraz cel jaki chce przez to oświadczenie osiągnąć. Cel oświadczenia to postulowany stan rzeczy, do którego dana osoba dąży poprzez złożenie oświadczenia w wyniku realizacji przysługujących danej osobie uprawnień wynikających z danej czynności prawnej. Należy przy tym przyjmować, że strona składająca oświadczenie działa racjonalnie a więc składa oświadczenia niezbędne do osiągnięcia jej celów i dąży do uzyskania takiego stanu prawnego, który pozwoli te cele najpełniej zrealizować. W konsekwencji, jeżeli danej stronie przysługiwało konkretnie uprawnienie, a druga strona o tym wiedziała to cel, jaki chciała osiągnąć osoba składająca oświadczenie woli będzie rozstrzygający przy wykładni tego oświadczenia.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy stwierdzić należało, iż powodowi niewątpliwie przysługiwało uprawnienie od odstąpienia umowy zastrzeżone w Artykule VI ust. 1 OWU. Niewątpliwie też wolą powoda była rezygnacja z zawartych umów, jednakże nie w trybie wypowiedzenia umowy, o którym mowa w Artykule VI pkt 4 OWU. Sąd doszedł do przekonania, mając na uwadze treść niezaprzeczonych przez stronę pozwaną zeznań powoda, iż celem powoda było wycofanie się z sytuacji, w której związał się stosunkiem umownym o innej treści, niż było to jego pierwotną intencją. Wskazuje na to treść żądania wyrażona w piśmie z 12 maja 2014 (k. 15), w którym powód domagał się likwidacji polis. Żądanie to odzwierciedlało treść roszczenia, jakie przysługiwało powodowi w razie

skorzystania z uprawnienia przyznanego mu w Artykule VI pkt. 1 OWU, czyli z odstąpienia umowy. Powód powołał się bowiem wyraźnie na prawo do rezygnacji z umowy bez ponoszenia kosztów z tym związanych, za jednoczesnym zwrotem całej uiszczonej składki. Treść oświadczenia złożonego przez powoda odpowiadała więc treści oświadczenia o odstąpieniu od umowy, przysługującego mu zgodnie z powołanym wyżej zapisem umownym.

W swoich zeznaniach na rozprawie 14 listopada 2017 roku powód – bez jakichkolwiek sugestii ze strony Sądu czy też swego pełnomocnika – nie potrafił prawniczo zakwalifikować znaczenia swego oświadczenia, co jednak wcale nie dziwi. Powód jest wszak z zawodu geodetą, a nie prawnikiem, a również dla prawników – profesjonalistów dystynkcja pomiędzy odstąpieniem od umowy i jej wypowiedzeniem lub innymi formami rozwiązania umowy bywa zagadnieniem skomplikowanym i komplikacje te ujawniają się nierzadko w praktyce sądowej. Charakter prawny oświadczenia o rozwiązaniu umowy nierzadko jest wątpliwy.

Wyjaśnienia co do intencji powoda jednak w połączeniu z treścią ówczesnego sporządzonego pisma, gdy żaden pełnomocnik zawodowy powoda nie reprezentował – pozwalają jednoznacznie stwierdzić, że to oświadczenie musi być kwalifikowane jako odstąpienie od umów ubezpieczenia w trybie art. VI ust. 1 OWU.

Rzecz ujmując z punktu widzenia osoby nie będącej prawnikiem, z punktu widzenia intencji powoda – powód nie chciał, by trwała sytuacja związania go umowami, których realizować nie mógł i których realizować nie chciał, bo nie odpowiadały one jego zamierzeniom jednorazowego zainwestowania pieniędzy.

Powód wskazał w swych zeznaniach, że było mu wszystko jedno, czy po prostu wycofa się z umowy ubezpieczenia, czy też umowy ubezpieczenia zostaną zmienione w taki sposób, że nie utraci swoich środków finansowych i jednocześnie nie będzie musiał płacić corocznych składek. Spodziewać można się, że powód nie dokonał szczegółowej analizy OWU w taki sposób, by mógł na ich podstawie ocenić, czy zawarta skutecznie umowa mogła być w taki sposób zmieniona. Analiza dokonana wszakże przez Sąd prowadzi do wniosku, że zmiana ubezpieczenia na ubezpieczenie ze składką jednorazową kwalifikowane jako odrębny typ ubezpieczenia przez pozwaną nie była możliwa, podobnie zresztą jak nie mogły znaleźć zastosowania w odniesieniu do powoda postanowienia dotyczące ewentualnej zmiany ubezpieczenia na bezskładkowe, zważywszy dopuszczalność takiej zmiany dopiero po pięciu latach opłacania rocznych składek.

W istocie zatem intencją powoda było wycofanie się z niekorzystnych w jego pojęciu dla niego umów ubezpieczeniowych w takim celu, by nie utracić środków finansowych. To że powód nie wykluczał możliwości ubezpieczenia na innych warunkach i niekoniecznie zamierzał definitywnie wycofywać się z ubezpieczenia u pozwanej (u której zresztą miał jeszcze i inne ubezpieczenie na życie), to nie oznacza, że jego oświadczenie z dnia 12 maja 2014 roku mogłoby być jakkolwiek inaczej tłumaczone niż woła odstąpienia od umowy, a najdobitniej przekonuje o tym fakt powołania się w piśmie z 12 maja 2014 roku na uprawnienie do takiego odstąpienia.

Zakładając, że oświadczenie owo mogło wyrzucić skutki tylko w granicach przewidzianych przepisami prawa, w tym te wprost przewidziane w treści czynności prawnej, to trudno byłoby o inną kwalifikację tego oświadczenia. Można byłoby jeszcze zastanawiać się, czy powód nie zamierzał w istocie uchylić się od skutków oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu, wydaje się to jednak nieuzasadnione, skoro powoływał się na zastrzeżoną w umowie możliwość odstąpienia od niej po jej doręczeniu, a jest to uprawnienie szersze niż uprawnienie związane z wadą oświadczenia woli w postaci błędu. Od umowy w określonym w niej terminie mógł przecież powód odstąpić z przyczyn dowolnych i nie podlegających kontroli (w tym również z powodu dowolnego błędu, tak kwalifikującego się jako wada oświadczenia woli w rozumieniu art. 84 par. 1 k.c., jak też każdego innego błędu dotyczącego treści czynności, pobudki jej dokonania, oceny swych możliwości finansowych etc).

Powód w procesie wskazywał jednocześnie na swoją motywację dotyczącą zawarcia umów ze składką jednorazową i towarzyszące jej okoliczności, takie jak jego możliwości finansowe limitowane osiąganymi rocznymi dochodami rzędu 60.000 zł rocznie. Powód wskazał w racjonalny i rozsądny sposób i poddający się ocenie jako wiarygodny, że nie miałyby żadnego sensu zawarcie przez niego umów ze składką łącznie z trzech umów coroczną 200.000 zł gdy zarabiał kwoty rzędu 60.000 zł rocznie. Abstrahując od oceny, do jakiego stopnia było usprawiedliwione przeświadczenie powoda, iż zawarł umowę ubezpieczenia innego typu niż chciał zawrzeć i do jakiego stopnia wywołać to mogły działania

pośrednika oferującego mu zawarcie umów, to trzeba wskazać, że taka motywacja powoda jednoznacznie przekonuje, iż pismem z 12 maja 2014 roku zamierzał powód od umów ubezpieczenia odstąpić.

W ocenie Sądu sam formularz wniosku o zawarcie umowy mógł wprowadzać konsumenta w błąd, gdyż tylko w dwóch miejscach tego formularza jednoznacznie wskazywano na charakter zawartej umowy. Tylko w dwóch miejscach komparycji umowy, poprzez zakreślenie krzyżykiem właściwego pola przy wybranej opcji, następowało dokonanie wyboru umowy ze składką jednorazową bądź regularną. W dalszej części umowy wszystkie jej postanowienia dotyczyły obu wariantów zaś sformułowanie użyte na drugiej stronie wniosku, iż wnioskodawcy doręczono OWU „na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (...)” również nie wskazuje jednoznacznie na charakter zawartej umowy. Sam sposób sporządzenia tego formularza, pozwalający na określenie kluczowych dla charakteru umowy i jej treści przedmiotowo istotnych postanowień poprzez postawienie krzyżyka w mało widocznym miejscu formularza umowy budzi zasadnicze zastrzeżenia. Nie zabezpiecza w żaden sposób przed ingerencją w treść formularza po jego podpisaniu (Sąd nie znajduje podstaw do jednoznacznego przyjęcia, że do takiej doszło, lecz jedynie wskazuje, że formularz wniosku rodzi takie ryzyko), a zagadnienie wyboru rodzaju ubezpieczenia w kontekście stanu faktycznego niniejszej sprawy jest kluczowe, zważywszy okoliczność, że realnie rzecz biorąc stosownie do tabeli opłat stanowiącej załącznik OWU w przypadku ubezpieczenia ze składką regularną mamy do czynienia z inwestycją z zakładanym co najmniej pięcioletnim horyzontem czasowym opłacania składek i przymusowym wykupem w razie nieopłacenia składki. Jest wszak zasadnicza różnica przy tego rodzaju kwotach pomiędzy zobowiązaniem się konsumenta do ulokowania na poczet polis lokaty kwoty 50, a 250 tysięcy złotych.

Powyższe potwierdza, iż powód mógł pozostawać w przekonaniu, iż zawarł umowy ubezpieczenia ze składką jednorazową. Zasadność tego przeświadczenia czy też ocena przyczyn, dla których tak się stało, pozostaje poza zakresem badania w niniejszej sprawie. Uprawnienie powoda do odstąpienia od umów ubezpieczenia jest bowiem niezależne od motywacji (a motywacja ta jedynie pozwala w sposób pełniejszy ocenić intencje powoda przy składaniu oświadczenia).

Mając na uwadze powyższe, w konsekwencji należało przyjąć, iż oświadczenie powoda zawarte w piśmie z dnia 12 maja 2014 r. było w istocie oświadczeniem o odstąpieniu od umów ubezpieczenia.

Dodać jeszcze należy, że w istocie strona pozwana nie podnosi własnych twierdzeń co do trybu rozwiązania umów ubezpieczenia. Nie wiadomo zatem, czy strona pozwana zignorowała treść oświadczenia powoda o odstąpieniu od umów ubezpieczenia z dnia 12 maja 2014 roku, czy też potraktowała je jako wypowiedzenie umowy. Pośrednio z oświadczeń późniejszych – z 3 października 2014 roku wnosić można by było, iż strona pozwana przyjęła, że do rozwiązania umów doszło wskutek nieopłacenia regularnych składek w trybie art. VI ust. 5 pkt 3 OWU. Ograniczyła się tylko pozwana do stwierdzenia, że doszło do rozwiązania umów w 2014 roku. Do tego jednak skutkiem nieopłacenia składek dojść nie mogło, wcześniej bowiem powód złożył oświadczenie z dnia 12 maja 2014 roku doręczone pozwanej i od wszystkich umów skutecznie odstąpił.

Dodać wypada, że skoro powodowi przysługiwało prawo do odstąpienia od umowy w ciągu 30 dni od daty doręczenia mu umowy, to tym bardziej uprawnienie to przysługiwało mu jeszcze przed tym zanim to doręczenie nastąpiło. Przeciwna ocena nie byłaby uzasadniona. Gdyby powodowi nie doręczono w ogóle nigdy polis (a w niniejszej sprawie gdyby przyjąć, że doręczenie to kiedykolwiek miało miejsce, to nastąpiło najwcześniej z chwilą doręczenia pełnomocnikowi powoda odpisu odpowiedzi na pozew, do którego dołączono kopie polis ubezpieczeniowych), to przy założeniu że przed ich doręczeniem powód od umów nie może odstąpić, to strona pozwana mogłaby dysponować wpłaconymi przez powoda składkami bez ograniczeń i alokować je zgodnie z treścią umowy, ale nie ujawniając mu treści umowy, a powód nie mógłby odstąpić od umowy. Jednocześnie stosownie do OWU umowa wiązałaby z mocy samego wystawienia polisy mimo jej niedoręczenia. Jest to więc założenie oczywiście błędne.

Złożone wcześniej, przed doręczeniem polis oświadczenie o odstąpieniu od umowy było skuteczne względem strony pozwanej i zmaterializowało obowiązki określone w Artykule VI pkt 1 OWU, czyli konieczność zwrotu przez stronę

pozwaną na rzecz powoda całości uiszczonych przez niego składek ze wszystkich umów ubezpieczenia, a te wynoszą łącznie 201 500 zł.

Wola powoda zakomunikowana w piśmie z dnia 12 maja 2014 r. wyrażona została, w ocenie sądu, w sposób jednoznaczny i nie budzący wątpliwości co do zamiaru powoda i oczekiwanych przez niego skutków tego oświadczenia, a jedynie w wyniku niezrozumiałego dla sądu zignorowania tego pisma przez stronę pozwaną, umowy ubezpieczenia uznano za obowiązujące nadal i bezpodstawnie odmawiano powodowi zwrotu wpłaconych przez niego środków, a następnie dokonano wykupu.

Powyższe oświadczenie zostało doręczone stronie pozwanej w dniu 15 maja 2014 r. co potwierdza zwrotne potwierdzenie odbioru (k. 15). Zgodnie z Artykułem VI pkt 3 w razie odstąpienia od umowy strona pozwana miała obowiązek zwrócić powodowi wpłaconą składkę w terminie 14 dni od daty doręczenia oświadczenia, pod warunkiem, że nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe, z tytułu którego strona pozwana zobowiązana była wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe. Zdarzenie takie nie miało miejsca, w związku z tym termin na zwrot uiszczonych przez powoda składek upływał w dniu 29 maja 2014 r. Od 30 maja 2014 r. strona pozwana pozostawała więc w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia, co uzasadniało w dalszej kolejności zasądzenie ustawowych odsetek za opóźnienie od tej daty na podstawie art. 481 par. 1 k.c. i oddalenie powództwa tylko o odsetki za dzień 29 maja 2014 roku (w opóźnienie pozwana popadła dopiero dnia kolejnego).

Powodowi należałyby się odsetki według stopy odsetek ustawowych za opóźnienie w rozumieniu art. 481 par. 2 k.c., ponieważ jednak we wniesionym pozwie powód zażądał odsetek wyłącznie w wysokości odsetek ustawowych, o których mowa w art. 359 par. 2 k.c., czyli w wysokości niższej, Sąd nie mógł orzec o obowiązku zapłaty odsetek liczonych według stopy wyższej, byłoby to bowiem naruszenie zakazu wynikającego z art. 321 par. 1 k.c.

Wbrew ocenie strony pozwanej, oświadczenie o odstąpieniu od umów nie musiało zawierać wezwania do zapłaty wprost sformułowanego, sam fakt jego złożenia bowiem w świetle postanowień OWU warunkował wymagalność roszczenia o zwrot składek w terminie 14 dni, wysokość zaś kwoty podlegającej zapłacie była oczywista w przypadku każdej z polis.

Uzupełniająco odnieść się jeszcze należy do zagadnienia podnoszonego (nie wprost) w odpowiedzi na pozew, dotyczącego realizacji wykupu przez stronę pozwaną. Otóż pozwana nie wykazała wcale, aby jakkolwiek kwotę, choćby pomniejszoną o założone przez nią opłaty likwidacyjne, zapłaciła powodowi. Przedstawione przez pozwaną pisma z 2 października 2014 roku pozwalają jedynie twierdzić, że strona pozwana poinformowała powoda o zamiarze wypłacenia mu odpowiednio kwot 2559,50 zł, 2489,64 zł i 5118,13 zł przekazami pocztowymi. Nie dowodzą jednak, że przekazy te zostały choćby nadane, nie wspominając już o faktycznym doręczeniu kwot pieniężnych wymienionych w pismach pozwanej powodowi, czemu ten tak w piśmie przygotowawczym, jak na rozprawie zaprzeczył i wskazał, że nie otrzymał jakiegokolwiek kwoty. Nie budzi wątpliwości, że w tej sytuacji ciężar wykazania powołanej okoliczności częściowego spełnienia świadczenia spoczywał na pozwanej.

W konsekwencji powyższej oceny prawnej stwierdzić należy, iż na plan dalszy schodzi poruszane zagadnienie, któremu poświęcona jest znaczna część wywodów prawnych obu stron, związane z niedozwolonym charakterem postanowień umownych wprowadzających opłaty likwidacyjne i określających wartość wykupu. Ocena tego nie decyduje bowiem o rozstrzygnięciu niniejszej sprawy.

Jedynie zatem marginalnie należy wyrazić ocenę, że nawet w przypadku – do czego nie ma podstaw – uznania iż do rozwiązania umów ubezpieczenia doszło na skutek nieopłacenia składek regularnych, to strona pozwana nie miała podstaw do zatrzymania kwot odpowiadających opłacie za wykup w wysokości odpowiadającej 95% wartości umorzonych jednostek, do czego zmierzała określając wartość wykupu (vide pisma z 2 października 2014 roku).

Postanowienia umowne, na podstawie których zamierzała bowiem zatrzymać część świadczenia z tytułu tzw. opłaty za wykup są bowiem postanowieniami niedozwolonymi w rozumieniu art. 385¹ § 1 kc. W szczególności postanowieniem niedozwolonym jest takie postanowienie umowy zawieranej z konsumentem, które kształtuje jego prawa i obowiązki

w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Należy zauważyć, że stosownie do art. 385¹ § 3 kc postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu ustawy może być postanowienie nie uzgodnione indywidualnie, a więc takie postanowienie, na które konsument nie miał rzeczywistego wpływu. Bez znaczenia jest więc podnoszony w niniejszej sprawie zarzut, że powód zgodził się na kwestionowane postanowienie, zawierając umowę. Cały mechanizm uznawania klauzul za niedozwolone odnosi się do klauzul, na które kontrahent wyraził formalnie zgodę. Motywem ochrony jest przekonanie ustawodawcy, że pomimo takiej zgody konsument nie ma pełnej świadomości skutków przyjętych na siebie obowiązków. Ciężar dowodu indywidualnego uzgodnienia postanowień spoczywa w ocenie Sądu w myśl art. 6 k.c. w zw. z art. 385 (1) par. 4 k.c. na osobie, która na to się powołuje i tego w sprawie nie wykazano – w istocie nie wykazywano.

W rozpoznawanej sprawie zastrzeżenie opłaty za wykup w wysokości 95 % pobieranej kwoty w drugim roku obowiązywania polisy, odpowiada niedozwolonemu postanowieniu wskazanemu w art. 385³ pkt 17 kc. W przepisie tym jak postanowienie niedozwolone wymienia się postanowienie nakładające na konsumenta, który odstąpił od umowy obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego. Jakkolwiek w umowie łączącej strony nie posługiwano się terminem kary umownej, czy też opłaty likwidacyjnej, ale terminem opłaty za wykup, to w istocie efekt jego zastosowania jest analogiczny. Ma ono walor sankcji za to, że konsument decyduje się na rozwiązanie umowy, na kontynuację której liczył ubezpieczyciel, przed upływem terminu jej obowiązywania. Poniekąd mamy tu do czynienia z wewnętrzną sprzecznością postanowień OWU, skoro z art. VI ust. 4 OWU wynika uprawnienie do wypowiedzenia umowy w każdym czasie. Jednocześnie postanowienie art. IX ust. 5 -7 OWU w zw. z pozycją 4 tabeli opłat i limitów wprowadza faktyczną sankcję nałożoną na konsumenta z tytułu realizacji jego uprawnienia do wypowiedzenia umowy, prowadzącą do utraty przez niego niemal całych zainwestowanych faktycznie środków finansowych w oderwaniu od ponoszonych przez ubezpieczyciela faktycznych kosztów związanych ze świadczeniem ochrony ubezpieczeniowej oraz lokowaniem środków klienta. Strona pozwana oczywiście jest uprawniona do tego, by zastrzegać w ramach opłaty za wykup potrącenie z wartości wykupu kosztów realnych, faktycznie przez nią poniesionych, powiązanych z zawarciem umowy, administrowaniem umową, zarządzaniem powierzonymi środkami klienta etc; jednak winno to być powiązane z realnie występującymi kosztami oraz wyraźnie określone w umowie (por. art. 13 ust. 4 pkt 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej). W przypadku sformułowania postanowień w sposób taki, jak w analizowanych OWU, mamy do czynienia z zastrzeżeniem faktycznej sankcji nakładanej na konsumenta, celem której wydaje się być wyłącznie zniechęcenie go do realizacji uprawnienia do rozwiązania więzi prawnej pomiędzy stronami, wyraźnie przecież w umowie przewidzianego. Jest to zdaniem Sądu sprzeczne z dobrymi obyczajami, z regułą lojalności kontraktowej w stosunku do kontrahenta.

W konsekwencji powyższego przedmiotowe omówione wyżej postanowienia, które miałyby uzasadniać zdaniem pozwanej zatrzymanie 95% środków odpowiadających wartości polisy tytułem opłaty za wykup muszą być uznane za niedozwolone na zasadzie art. 385 (1) par. 1 k.c. w zw.z art. 385 (3) pkt 17 k.c. Oczywiście, gdyby podstawą rozstrzygnięcia miało być założenie o rozwiązaniu umów wobec nieopłacenia składek, a nie odstąpienie od nich przez powoda, byłoby nieuzasadnionym żądanie powoda zwrotu całych wpłaconych składek, a powód mógłby żądać jedynie sum tych wartości polis ustalonych stosownie do OWU, od których potrącono opłaty za wykup. Sąd podziela także pogląd wyrażony przez powoda, iż określenie opłaty za wykup nie jest bynajmniej określeniem głównego świadczenia stron umowy w rozumieniu art. 385 (1) par. 1 zdanie drugie kpc – głównym bowiem świadczeniem ubezpieczającego konsumenta jest składka uiszczana w zamian za ochronę ubezpieczeniową.

Wyraźnie jednak należy podkreślić ponownie, że powodem uzasadnianego rozstrzygnięcia jest inna, szczegółowo przedstawiona wcześniej ocena prawna. Mianowicie powód od umów ubezpieczenia odstąpił przed upływem zastrzeżonego w tym celu terminu i ta okoliczność uzasadnia żądanie zwrotu wpłaconych składek stosownie do ukształtowanego przez pozwaną wzorca umownego.

Dlatego orzeczono przy zastosowaniu powołanych przepisów jak w I oraz II punkcie sentencji wyroku.

W związku z tym, że strona powodowa wygrała proces jedynie w nieznaczej części, o kosztach procesu sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 2 k.p.c. Koszty powoda obejmują wynagrodzenie pełnomocnika procesowego wynoszące 10

800 zł na podstawie par. 2 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych, opłatę skarbową 17 zł oraz 10075 zł opłaty sądowej od pozwu –razem 20892 złote. Dlatego orzeczono o kosztach jak w sentencji.