

Sygn. akt I C 743/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 06 marca 2018 r.

Sąd Okręgowy w Gdańsku I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Mariusz Bartnik

Protokolant: st. sekr. sąd. Aneta Graban

po rozpoznaniu w dniu 20 lutego 2018 r. w Gdańsku

na rozprawie

sprawy z powództwa E. P.

przeciwko (...) S. A. we W.

o zapłatę,

1) zasądza od pozwanego (...) S. A. we W. na rzecz powódki E. P. kwotę 325.919 zł (trzysta dwadzieścia pięć tysięcy dziewięćset dziewięćnaście złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 11.07.2016 r. do dnia zapłaty,

2) zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 16.296 zł (szesnaście tysięcy dwieście dziewięćdziesiąt sześć złotych) tytułem kosztów sądowych oraz kwotę 14.417 zł (czternaście tysięcy czterysta siedemnaście złotych) tytułem kosztów zastępstwa procesowego i w pozostałym zakresie wnioszek o zwrot kosztów zastępstwa procesowego oddala.

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 21 września 2016 r. powódka E. P. wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego (...) S.A. we W. kwoty 325 919,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami na opóźnienie od dnia 11 lipca 2016 r. do dnia zapłaty oraz o rozstrzygnięcie o kosztach postępowania.

W uzasadnieniu wskazano, iż powódka jest osobą starszą, schorowaną, o znacznym stopniu niepełnosprawności, stale przyjmująca leki. Będąc w tym stanie w 2012 r. zawarła niekorzystną dla niej umowę, znacznie przewyższającą jej możliwości zarobkowe. Zawierając ją była pod silnym wpływem Pani A. W. będącej jednocześnie przedstawicielką pozwanej, jak i pracownikiem banku. Zaufanie powódki zostało wykorzystane przez A. W., która gwarantowała bezpieczeństwo środków oraz możliwość ich wypłacenia. Przed zawarciem umowy A. W. odwiedzała powódkę w domu stopniowo wzbudzając jej zaufanie. E. P. nie posiadała żadnych stałych dochodów poza przeciętną emeryturą. Posiadany majątek uzyskała w drodze spadkobrania i była zainteresowana utrzymaniem jego wartości. Miała wrażenie, iż zaproponowany produkt stanowi w istocie ulepszoną lokatę.

Pismem z dnia 27 czerwca 2016 r. powódka wezwała pozwanego do zwrotu dotychczas wpłaconych składek, a następnie pismem z dnia 29 lipca 2016 r. zrezygnowała z objęcia umową ubezpieczenia grupowego oraz zażądała całkowitego wykupu polisy. Kwota zwrotu zgodnie z pismem pozwanego z dnia 13 lipca 2016 r. wyniosła 377 844,00 zł. Pozwany nie zgodził się na zwrot całości środków. W piśmie z dnia 31 sierpnia 2016 r. dokonał rozliczenia umowy, a w dniu 12 sierpnia 2016 r. przekazał na rachunek bankowy powódki 51 925,00 zł. W pozostałym zakresie roszczenie

nie zostało zaspokojone. Konstrukcja umowy była niezwykle skomplikowana. Powódka została nie tyle wprowadzona w błąd, co oszukana.

W związku z powyższym powódka uznała, iż umowa nie wiąże jej od samego początku. Za bezskutecznością postanowień umownych przemawiają nieznajdujące umocowania w przepisach prawa pośrednictwo przy zawarciu umowy ubezpieczenia przez (...) S.A., brak precyzyjnego wskazania sumy ubezpieczenia, wprowadzenie w błąd co do istoty produktu finansowego, przerzucenie ryzyka działalności gospodarczej na powódkę oraz praktyka "misselingu".

(vide: pozew z załącznikami k. 2 – 54)

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) S.A. we W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o rozstrzygnięcie o kosztach procesu.

Zdaniem pozwanego powódka złożyła deklarację przystąpienia do objęcia ubezpieczeniem na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) S.A.. Wynika to z deklaracji przystąpienia i warunków ubezpieczenia, które były znane E. P. przed przystąpieniem. Okres ubezpieczenia ustalono na 15 lat. Powyższa okoliczność była znana powódce. W deklaracji przystąpienia określona została Składka Zainwestowana na sumę 832 500,00 zł. Kwota ta miała zostać zapłacona poprzez uiszczenie pierwszej składki w wysokości 20%, a pozostałe 80% miało zostać uiszczone poprzez regularne wpłacanie składek bieżących w wysokości 3700 zł miesięcznie. Możliwym było ustalenie innej wysokości składek.

Pozwany zobowiązany był do wypłaty świadczeń np. w sytuacji dożycia przez powódkę do zakończenia okresu ubezpieczenia, w sytuacji jej śmierci w okresie ubezpieczenia do wypłaty świadczeń na rzecz osób najbliższych, zgonu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiednio wyliczone świadczenie należne było również w momencie rezygnacji sprzed końcem okresu odpowiedzialności. Już pobieżna lektura dokumentów związanych z przystąpieniem do umowy wymaga uznania, iż produkt ten nie był zbliżony do lokaty bankowej. Postanowienia umowy przewidują możliwość zawieszenia opłaty składek na pewien czas. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia po okresie subskrypcji wypłata świadczenia tytułem całkowitego wykupu stanowi wartość rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną i podatek dochodowy od osób fizycznych. Pozwany wskazał na liczne korzyści wynikające z ulokowania środków w produkty strukturyzowane oraz przedstawił sposób funkcjonowania i zarabiania tychże produktów. Pozwany przeprowadził również wywód w zakresie charakteru prawnego ubezpieczenia (...). Odnosząc się do zarzutu nie wykazania wysokości sumy ubezpieczenia pozwany wskazał, iż suma ta jest określona choć w sposób pośredni. W zakresie zarzutu naruszenia przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym pozwany wskazał, iż umowa zawarta przez powódkę została zawarta przez nią jako ubezpieczonym, a ubezpieczycielem (pozwanym). Bank bowiem w przedmiotowej transakcji był ubezpieczającym, co nie jest konstrukcją niedozwoloną. Ubezpieczenie (...) było zgodne z naturą stosunku zobowiązaniowego, jak i zasadami współżycia społecznego. Pozwany nie podzielił zarzutu abuzywności przepisu o opłacie likwidacyjnej wskazując, iż nie naruszają one dobrych obyczajów, równowagi stron oraz interesów konsumentów. Pozwany zaprzeczył również jakimkolwiek nieuczciwym praktykom rynkowym, a jeśli były one dokonane przez bank nie może on za nie odpowiadać.

(vide: odpowiedź na pozew z załącznikami k. 62-122)

W piśmie z dnia 9 stycznia 2017 r. powódka zaprzeczyła, iż w przypadku zgonu ubezpieczonej przysługiwałoby 100% zwrotu składki zainwestowanej. Kwota ta mogła okazać się niższa niż suma wpłaconych składek. Zaprzeczono również, iż ochroną ubezpieczeniową objęte było również świadczenie z tytułu zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Wskazano, iż umowa ubezpieczenia jest nieważna albowiem jej celem nie jest zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej, lecz inwestycja. Przetawiono również poszerzoną argumentację w zakresie abuzywności postanowień o opłacie likwidacyjnej wskazując m. in. na ustawowe ograniczenie tejże opłaty do wysokości 4% (na podstawie art. 26 ust. 3 ust. z dn. 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracji). Pozwana zaś zawarła w dniu 19 grudnia 2015 r. porozumienie z Prezesem UOKiK w którym to zobowiązała się do obniżenia opłat likwidacyjnych. Wobec powyższego pozwana nie powinna kwestionować podstaw zwrotu opłaty likwidacyjnej powyżej 24% wartości rachunku.

(vide: pismo powódki z dnia 9.01.2017 r. k. 129 – 218)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

E. P. jest osobą starszą, urodzoną w (...) r. W roku 2012 r. miała (...) lata. Jest osobą schorowaną o znacznym stopniu niepełnosprawności, stale przyjmującą leki, a także w związku z wypadkiem z 2009 r. o ograniczonej zaradności życiowej. Powódka jest osobą majątną. Swój majątek nabyła w drodze spadkobrania. Była zainteresowana zachowaniem swojego majątku i inwestowaniem w bezpieczne produkty bankowe w tym lokaty bankowe. A. W. była pracownikiem banku - (...) S.A. w W., który świadczył usługi bankowe na rzecz powódki. Pracownik banku w osobie wyżej wskazanej - odwiedzał E. P. w domu, wzbudzając zaufanie strony, która wierzyła w jej rzetelność i prawdziwość udzielanych przez nią informacji. A. W. od wielu lat zajmowała się finansami powódki, doradzała w kwestiach finansowych. Niezależnie od podejmowania pracy w różnych bankach powódka dalej kontynuowała z nią współpracę. Gdy A. W. kończyła pracę w dotychczasowym banku, aby podjąć ją w kolejnym – to aranżowała przeniesienie oszczędności powódki do instytucji finansowej, w której aktualnie podejmowała zatrudnienie. Powódka była zadowolona z takiej współpracy, pozostając w przekonaniu, że A. W. właściwie dba o jej zasoby finansowe. Powódka zawierała za pośrednictwem wskazanej doradczynie umowy lokat bankowych terminowych, a także umowy lokat inwestycyjnych. Te ostatnie były związane z pewnym ryzykiem utraty kapitału, gdyż przedmiotem inwestycji przy tego rodzaju umowach były papiery wartościowe dłużne oraz akcje spółek. W czasie ponad 5 lat współpracy (A. W. znała powódkę może 8 – 9 lat) nie doszło do sytuacji aby powódka była niezadowolona ze sposobu lokowania środków finansowych i zysków, sytuacja ta uległa zmianie dopiero po zainwestowaniu przez powódkę za pośrednictwem A. W. w tzw. polisolokaty.

Jedynym stałym dochodem powódki jest jej emerytura - obecnie w kwocie 1923,91 zł.

W dniu 16 listopada 2012 r. E. P. podpisała deklarację przystąpienia do ubezpieczenia „(...)”, jako ubezpieczona, podmiotem ubezpieczającym był bank (...) S.A. w W., a ubezpieczycielem (...) S.A. we W.. Okres ubezpieczenia ustalono na 180 miesięcy (15 lat). W deklaracji przystąpienia określona została Składka Zainwestowana na sumę 832 500,00 zł. Kwota ta miała zostać zapłacona poprzez uiszczenie pierwszej składki w wysokości 20%, a pozostałe 80% miało zostać uiszczone poprzez regularne wpłacanie składek bieżących w wysokości 5 032,00 zł miesięcznie. Powódka uiszczyła składkę wstępną w wysokości 166 500 zł. Powódka zawarła powyższą umowę będąc w błędzie, co do istoty tego produktu. Myślała bowiem, że zawiera swego rodzaju quasi – lokatę bankową w której kwota wpłacona jest gwarantowana.

E. P. wpłacała kolejne składki do roku 2016 , kiedy to pismem z dnia 27 czerwca 2016 r. wezwała pozwanego do zwrotu całości wpłaconych składek. Kolejnym pismem z dnia 29 lipca 2016 r. zrezygnowała z objęcia umową ubezpieczenia oraz zażądała całkowitego wykupu polisy.

Zgodnie z pismem z dnia 13 lipca 2016 r. łączna kwota uiszczonych składek wyniosła 377 844,00 zł.

W piśmie z dnia 31 sierpnia 2016 r. pozwany dokonał rozliczenia umowy. Wartość środków na rachunku ustalono na 173 083,35 zł, opłatę likwidacyjną na sumę 121 158, 35 zł. Po potrąceniu opłaty likwidacyjnej na rachunek bankowy powódki przekazano kwotę 51 925,00 zł.

(dowód: zeznania powódki utrwalone na płycie DVD k. 303, deklaracja przystąpienia (...) k. 23, załącznik nr (...) do deklaracji k. 24, regulamin (...) k. 24 verte – 26, załącznik nr (...) tabela opłat i limitów składek k.26 verte, warunki ubezpieczenia „ (...)” k. 27-32, rezygnacja i wezwanie do zapłaty z dn. 27.06.2016 r. k. 23-35, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności k. 36, potwierdzenie wpłaty emerytury k. 37, pismo pozwanego z dnia 13.07.2016 r. k. 38-41, pismo powódki z dnia 2.08.2016 r. k. 42-47, oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia „(...)” k. 48-49, pismo pozwanego z dnia 31.08.2016 r. k. 50, wydruk ze strony internetowej (...) S.A. w W. k. 51-53, odpis pełny KRS pozwanego k. 90-95, szczegóły polisy k. 151-153, zeznania świadka R. Ł. (1) utrwalone na płycie DVD k. 231, zeznania

świadka M. S. utrwalone na płycie DVD k. 272, zeznania świadka M. K. utrwalone na płycie DVD k. 272, zeznania świadka A. W. utrwalone na płycie DVD k. 366).

Sąd zważył co następuje:

Stan faktyczny w rozstrzyganej sprawie był w zasadzie bezsporny co do okoliczności zawarcia przez powódkę umowy ubezpieczenia na życie, jej treści i warunków, kwot wpłaconych przez powódkę tytułem składek, prowadzonej korespondencji przed złożeniem powództwa, częściowej zapłaty żądania przed wytoczeniem powództwa, wysokości opłaty likwidacyjnej oraz spotkań między powódką a A. W., co znalazło potwierdzenie w dowodach z niekwestionowanych przez strony dokumentów (m.in. należą do nich deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia (...) z załącznikami, regulamin (...), czy warunki ubezpieczenia „ (...)” k. 27-32,) oraz z zeznań świadków R. Ł. (1), M. S., M. K. i powódki. Również zeznania świadka A. W. w dużej mierze potwierdzają ustalony stan faktyczny, przy czym Sąd nie dał wiary temu świadkowi w zakresie twierdzeń świadka co do udzielenia powódce pełnej informacji o konsekwencjach wypowiedzenia umów ubezpieczenia przed terminem na jaki zostały zawarte, co dotyczy się konsekwencji odnoszących się do znacznej utraty kapitału wpłaconych składek.

Sąd uznał za istotne i wiarygodne przedłożone przez strony dokumenty z których należało przeprowadzić dowody. Sąd ustalił stan faktyczny na podstawie przywołanych dokumentów, które uznał za wiarygodne, albowiem nie budziły one jego wątpliwości i nie były kwestionowane przez żadną ze stron. Pominięto natomiast przedłożone przez strony opinie prawne albowiem nie wpływały one na ustalenia stanu faktycznego lecz stanowiło rozwinięcie stanowisk stron w kontekście rozważań prawnych.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadka R. Ł. (2), który z uwagi na pokrewieństwo z powódką oraz fakt wspólnego z nią zamieszkiwania i częstego towarzyszenia jej w spotkaniach z A. W. miał wiedzę na temat relacji między powódką a A. W., sposobu inwestowania przez powódkę środków oraz okoliczności dotyczących zawarcia, trwania i rezygnacji ze spornego ubezpieczenia. Świadek w szczególności potwierdził, że powódka darzyła A. W. dużym zaufaniem i nie zapoznawała się z treścią dokumentów przedstawianych jej do podpisu, a także że powódka nie miała świadomości cech produktu, z czego zdała sobie sprawę dopiero w 2016 r. Świadek zwrócił uwagę na szereg zachowań powódki mogących mieć wpływ na podejmowanie decyzji finansowych, relację łączące je z A. W. oraz na osobę powódki i jej możliwości zrozumienia postanowień ubezpieczenia.

Odnośnie zeznań powódki Sąd dał im walor wiarygodności w całości. Były one zgodne z zeznaniami świadka R. Ł. (1) oraz z treścią dokumentów załączonych do akt sprawy. Z drugiej strony Sąd mógł porównać zeznania powódki z zeznaniami świadka A. W. – wskazywały one spójnie na relacje oparte na zaufaniu. Znajomość ta nie miała charakteru wprost prywatnego, jednak wiele wizyt w domu powódki na przestrzeni kilkuletniego okresu współpracy, towarzyszące tym wizytom wspólne picie kawy i rozmowy, np. o zdrowiu, wspólny udział obu pań w koncercie sponsorowanym przez instytucję finansową (były odwiezione i przywiezione przez kuzyna powódki) – czyniło z tej znajomości coś więcej niż zwykłą współpracę z doradcą bankowym. Sąd nie znalazł przyczyn, aby zeznaniom powódki odmówić wiarygodności, a w szczególności – co do tego, iż poprzestawała ona na zapewnieniach A. W., że dany produkt jest dobry i się opłaca go zawrzeć.

Za wiarygodne Sąd uznał zeznania M. S. i M. K.. Świadczyli posiadali wiedzę na temat sposobu funkcjonowania produktu ubezpieczeniowego w który zainwestowała powódka, udzielili cennych informacji tak w aspekcie technicznym, jak i ekonomicznym. Nie mieli jednak wiedzy co do konkretnej sprawy i wypowiadali się w kontekście pewnych przyjętych praktyk.

Oddaleniu podlegał wniosek o przeprowadzenia opinii biegłego z zakresu aktuariatu , który Sąd oddalił z uwagi na jego nieprzydatność. Zwrócić należało uwagę, iż samo wyliczenie wypłaconej kwoty oraz sam mechanizm ubezpieczeń nie był kwestionowany, wobec powyższego brak było podstaw do dopuszczenia tegoż dowodu.

Powódka domagała się zasądzenia od pozwanego Ubezpieczyciela kwoty 325 919,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami na opóźnienie od dnia 11 lipca 2016 r. jako różnicy między wpłaconymi przez nią składkami w kwocie 377 844,00 zł,

a wartością wykupu w kwocie 51 925,00 zł, wypłaconą jej przez pozwanego w związku z rezygnacją z ubezpieczenia przed terminem, na który umowa została zawarta z uwzględnieniem opłaty likwidacyjnej.

Powódka podniosła zarzut nieważności umowy z uwagi na sprzeczność z przepisami prawa czego upatrywała w naruszeniu przepisów o pośrednictwie ubezpieczeniowym polegającym na bezprawnym świadczeniu pośrednictwa ubezpieczeniowego przez (...) S.A. w W., który sprzedał jej sporne ubezpieczenie.

Sąd w zakresie tegoż zarzutu podzielił zasadniczo pogląd strony pozwanej.

Ubezpieczenie (...) jest przewidzianą przez kodeks cywilny umową ubezpieczenia na cudzy rachunek, która w niniejszej sprawie została zawarta między (...) S.A. w W. i pozwanym Ubezpieczycielem na rachunek nieokreślonych imiennie osób. W tym stosunku prawnym pozwany był więc ubezpieczycielem, powódka ubezpieczonym, a (...) S.A. w W. ubezpieczającym. Analizując rolę (...) Banku w objęciu powódki ubezpieczeniem należy stwierdzić, że w istocie wykonywał on liczne czynności związane z umową ubezpieczenia – np. reklamował przedmiotowe ubezpieczenia na swojej stronie internetowej, oferował je klientom za pośrednictwem swoich pracowników, przygotowywał wnioski zainteresowanych o objęcie ubezpieczeniem, przekazywał klientom OWU oraz zgłaszał pozwanemu fakt przystąpienia do ubezpieczenia nowych osób.

Zgodnie z 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. Dalej zgodnie z art. 808 § 1 k.c. ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. Zatem zawarcie umowy pomiędzy powódką, a pozwanym przy pośrednictwie banku, uznać należy za dopuszczalne w świetle regulacji k.c.

Dalej odnieść należało się do regulacji dotyczących pośrednictwa ubezpieczeniowego obowiązujących na dzień objęcia E. P. ochroną ubezpieczeniową tj. 16 listopada 2012 r.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz.U. Nr 123, poz. 1154 z późn. zm.), pośrednictwo ubezpieczeniowe polega na wykonywaniu przez pośrednika za wynagrodzeniem czynności faktycznych lub czynności prawnych związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia. Czynności te polegają w szczególności na pozyskiwaniu klientów, wykonywaniu czynności przygotowawczych zmierzających do zawierania umów ubezpieczenia, zawieraniu umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w administrowaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia, także w sprawach o odszkodowanie, jak również na organizowaniu i nadzorowaniu czynności agencyjnych (działalność agencyjna, art. 4 pkt 1). Ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym przewiduje też, że pośrednictwo ubezpieczeniowe pod postacią działalności agencyjnej może być wykonywana wyłącznie przez agenta ubezpieczeniowego (art. 2 ust. 2), którym jest przedsiębiorca wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych (art. 7 ust. 1). Ponadto agent ubezpieczeniowy powinien posiadać pełnomocnictwo do dokonywania czynności agencyjnych w imieniu zakładu ubezpieczeń udzielone w formie pisemnej pod rygorem nieważności (art. 12 ust. 1). Ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym dopuszczała również możliwość wykonywania czynności agencyjnych przez osoby prawne, pod warunkiem spełnienia określonych wymogów przez co najmniej połowę członków zarządu tej osoby (art. 9). Należy również zauważyć, że ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym w obecnie obowiązującym brzmieniu wprost przewiduje, że działalność agencyjna może być wykonywana również przez banki (art. 9 ust. 1b).

Zdaniem Sądu, umowa grupowego ubezpieczenia na życie i oświadczenie woli powódki o przystąpieniu do niej nie zostały dokonane w celu obejścia prawa. Należy wyjaśnić, że obejście prawa w rozumieniu art. 58 § 1 k.c. ma miejsce wówczas gdy dana czynność, nie jest wprost zakazana a jej treść nie zawiera elementów sprzecznych z ustawą, lecz w rzeczywistości zmierza do osiągnięcia skutków prawnie zakazanych. W niniejszej sprawie taka sytuacja nie miała jednak miejsca

Strony dokonując tych czynności nie zmierzały natomiast do wywołania innych, zakazanych przez prawo skutków. Innymi słowy, samo naruszenie przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym przez (...) S.A. w W. - w zakresie prowadzenia działalności agencyjnej nie uzasadnia twierdzenia, że przez dokonane czynności strony zmierzały do obejścia prawa. Nie miała również miejsca sprzeczność czynności prawnej z ustawą, o której mowa w art. 58 § 1 k.c. Taka sytuacja może mieć miejsce wówczas gdy czynność prawna nie ma wymaganego przez ustawę dla jej skuteczności minimum treści bądź ma wywoływać skutki zabronione przez normy prawne.

Działalność (...) S.A. nie naruszyła również norm prawa bankowego. Banki poza wykonywaniem czynności bankowych wymienionych w art. 5 ust. 1 i 2 ustawy mogą również m.in. świadczyć inne usługi finansowe (pkt 7) oraz wykonywać inne czynności, jeżeli przepisy odrębnych ustaw uprawniają je do tego (pkt 8). Zdaniem Sądu, udział banków w sprzedawaniu ubezpieczeń mieści się w pojęciu innych usług finansowych. Następnie rozważyć należało, czy sformułowana w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia suma ubezpieczenia została wskazana przez stronę zgodnie z regulacją ustawową.

Art. 829 § 2 k.c. wskazuje, iż w umowie ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy na niekorzyść ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego wymaga zgody tego ubezpieczonego. Wymóg określony w art. 829 § 2 zd. 2 k.c. stanowi ustawową przesłankę ważności czynności prawnej polegającej na złożeniu przez ubezpieczonego oświadczenia o woli skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej. Niespełnienie tego wymogu, z uwagi na treść art. 58 § 1 k.c., oznacza bezwzględną nieważność tego rodzaju czynności prawnej.

Sąd podzielił podniesiony przez powódkę zarzut mówiący o tym, że złożone przez nią oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia nie zawiera określenia wysokości sumy ubezpieczenia i wobec tego jest bezskuteczne, musi zostać uznany za zasadny.

Sformułowanie bowiem sumy ubezpieczenia postrzegać należy z perspektywy konsumenta. Sąd podziela pogląd, iż suma ubezpieczenia nie musi zostać określona wprost.

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej wyraźnie dozwala ubezpieczycielom na zawieranie umów ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wydaje się jednak, że ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy traktować nie jako umowę nienazwaną, lecz jako szczególny rodzaj ubezpieczeń na życie, w którym obok elementu ochronnego (jak w każdym ubezpieczeniu) występuje również element inwestycyjny.

Zawarta umowa reguluje dwa sposoby kalkulacji sumy ubezpieczenia w przypadku dożycia – 100% wartości rachunku w dacie umorzenia, a w przypadku zgonu $1\% \times \text{składka zainwestowana} + (\text{liczba jednostek uczestnictwa w funduszu w dacie umorzenia} \times \text{wartość jednostki uczestnictwa funduszu w dacie zgonu ubezpieczonego})$. Umowa taka powinna być formułowana w taki sposób, aby było możliwe określenie z góry i w sposób jednoznaczny wysokości sumy ubezpieczenia, albo też nie powinny być zawierane z podmiotem ubezpieczającym innym niż sam ubezpieczony (tj. nie powinny przybierać postaci umów zawieranych na cudzy rachunek). Podkreślić należy, że wyżej przywołany wymóg wskazania sumy ubezpieczenia w oświadczeniu ubezpieczonego ma służyć ochronie ubezpieczonego przed przystąpieniem do ubezpieczenia, które jest dla niego niekorzystne lub którego warunki nie są dla niego zrozumiałe. Niewątpliwym jest, że tego rodzaju ochronny cel omawianego przepisu niewątpliwie znajduje zastosowanie w szczególności do umów tak złożonych i mogących rodzić dla ubezpieczonego tak nieoczekiwane skutki jako umowa będąca przedmiotem niniejszego postępowania. Zwrócić bowiem należało uwagę, iż przedstawione w formie wzorów matematycznych zmienne są na tyle skomplikowane, iż powódka w zasadzie nie byłaby w stanie obliczyć wysokości swoich świadczeń we własnym zakresie.

Spełnione następnie przez powódkę na rzecz pozwanego zakładu ubezpieczeń świadczenia pieniężne, tj. uiszczone składki, stanowiły świadczenia nienależne (art. 410 § 2 k.c.). Ich spełnienie nastąpiło w wykonaniu nieważnej czynności prawnej.

Niezależnie od powyższego, Sąd uznał, że roszczenie powódki znajdowało uzasadnienia także w przepisach art. 3851 – 3853 k.c. regulujących kwestię klauzul niedozwolonych. Powódka w tym zakresie kwestionowała postanowienia, które dotyczyły ustalenia wysokości wartości wykupu w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przed końcem trwania umowy, a zwłaszcza dopuszczały możliwość potrącenia znacznej części wpłaconych środków w kolejnych latach tzw. opłaty likwidacyjnej. Postanowienia dotyczące tejże opłaty zrehabilitowano w rozdziale 9 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 4 warunków ubezpieczenia (...). Opłata likwidacyjna zgodnie z postanowieniami OWU zabezpieczała ubezpieczyciela przed rezygnacją z ubezpieczenia przed datą na jakie zostało ono zawarte. Opłata miała wynikać z kosztów czynności ubezpieczeniowych, czy umorzeniem jednostek uczestnictwa w funduszu i realizacją całkowitego wykupu. Wysokość opłaty miała uwzględniać koszty rozłożone na cały okres stosunku ubezpieczenia. Wysokość procentowa opłat ustalona była w załączniku Tabeli Opłat i Limitów Składek. Wysokość opłaty likwidacyjnej kształtowała się od 80% w pierwszych trzech latach, przez 70% w roku czwartym, po 5% w roku 15. Zgodnie z treścią rozdziału (...) ust (...) w przypadku całkowitego wykupu ubezpieczyciel wypłaca kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną oraz podatek dochodowy. Zgodnie z art. 3851 § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione 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. Z tego przepisu wynika, że uznanie danego postanowienia za abuzywne jest uzależnione od łącznego spełnienia następujących przesłanek:

- 1) strony łączy umowa,
- 2) stronami umowy są przedsiębiorca i konsument,
- 3) postanowienie umowne nie zostało uzgodnione indywidualnie z konsumentem,
- 4) postanowienie nie określa głównych świadczeń stron (chyba że zostało sformułowane w sposób niejednoznaczny),
- 5) postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami rażąco naruszając jego interesy.

Nie ulega wątpliwości, że zostały spełnione dwie pierwsze przesłanki, ponieważ sporne postanowienia OWU stanowiły treść stosunku ubezpieczenia łączącego pozwanego będącym przedsiębiorcą z powódką, która jest konsumentem. Odnośnie kolejnej przesłanki, tj. nieobjęcia kwestionowanych postanowień indywidualnymi uzgodnieniami z konsumentem, art. 3851 § 3 k.c. wyjaśnia, że ma to miejsce wówczas, gdy konsument nie miał rzeczywistego wpływu na treść klauzul, co w szczególności odnosi się do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. Zgodnie z art. 3851 § 4 k.c. ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje, a więc w większości przypadków na pozwanym przedsiębiorcy. W niniejszej sprawie pozwany nie wykazał, aby sporne klauzule były przedmiotem indywidualnych uzgodnień z powódką. Poza tym, umowa grupowego ubezpieczenia ma charakter umowy adhezyjnej, czyli takiej, w której warunki umowne zostały określone jednostronnie przez pozwanego, zaś powódce i innym zainteresowanym pozostawiono jedynie możliwość przystąpienia do umowy ubezpieczenia bez możliwości negocjacji jej treści. Należy więc uznać, że pozwany nie uzgadniał indywidualnie z powódką postanowień OWU dotyczących wartości wykupu. W świetle art. 3851 § 1 k.c. badanie abuzywności jest wyłączone w odniesieniu do głównych świadczeń stron jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Pojęcie "głównych świadczeń stron" jest nieprecyzyjne i jego rozumienie może budzić wątpliwości, niemniej jednak przyjmuje się, że należy przez nie rozumieć te elementy umowy, które są konieczne do tego, aby doszła ona do skutku (essentialia negotii) lub też alternatywnie, elementy typizujące daną umowę jako ukształtowaną w określony sposób w kodeksie cywilnym.

Podkreślić należy, że wymienione wyłączenie jest wyjątkiem od zasady kontroli treści nieuczciwych warunków, które należy interpretować w sposób zawężający. Odnośnie wartości wykupu Sąd uznał że nie jest ono głównym świadczeniem stron stosunku ubezpieczenia. W przypadku ubezpieczeń osobowych (a więc m.in. ubezpieczeń na życie i dożycie jak w niniejszej sprawie) głównym świadczeniem ubezpieczyciela jest zapłata umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w zamian za składkę uiszczoną przez ubezpieczonego. Nie odnosi się również do określenia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową.

Postanowienie może być uznane za abuzywne, jeśli poza powyższej wskazanymi przesłankami, zostanie wykazana jego sprzeczność z dobrymi obyczajami, jak również relewantność tej sprzeczności w postaci rażącego naruszenia interesów konsumentów. Odnośnie kształtowania praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami należy wyjaśnić, że „działanie wbrew dobrym obyczajom” wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. Rażące naruszenie interesów konsumenta może dotyczyć interesów o różnym charakterze, przy czym w większości przypadków chodzi o interesy ekonomiczne. Z takim rażącym naruszeniem mamy do czynienia w razie istotnej i nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków konsumenta na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym. Można zatem uznać, że obie ww. formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają zakres określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. Chodzi tu o działania nierzetelne, odbiegające in minus od standardów oraz naruszające równorzędność kontraktową stron.

Przenosząc te uwagi na płaszczyznę niniejszej sprawy Sąd uznał, że postanowienia OWU przewidujące możliwość potrącenia znacznej części środków wpłaconych przez ubezpieczonego w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia wskutek rezygnacji w następnych latach stanowią niedozwolone postanowienia umowne. Zdaniem Sądu - celem tych zapisów było „przywiązanie” konsumenta oraz wprowadzenie dla niego swoistej sankcji karnej za przedterminowe wypowiedzenie umowy, przez co są one zbliżone do przykładowych klauzul niedozwolonych wymienionych w art. 3853 - pkt 16 k.c.; postanowienia nakładające wyłącznie na konsumenta obowiązek zapłaty ustalonej sumy na wypadek rezygnacji z zawarcia lub wykonania umowy i pkt 17 k.c.; postanowienia nakładające na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego. Prowadzi to do materialnego ograniczenia ustawowego uprawnienia ubezpieczonego do wypowiedzenia umowy, czyniąc korzystanie z tego prawa ekonomicznie nieopłacalnym.

Sąd nie podzielił przy tym argumentacji pozwanego, że potrącenie przez niego 70% środków wpłaconych przez powódkę miało związek z koniecznością zrekompensowania poniesionych przez niego wydatków za objęcie powódki ubezpieczeniem, tym bardziej, że świadkowie powołani przez stronę pozwaną wskazywali, iż nie sposób jest kazuistycznie rozłożyć powyższych kosztów, a przyjęte w tabeli procentowe ukształtowanie wysokości opłat stanowi pewne uogólnienie. Oczywiście normalnym jest, że w związku z zawarciem umowy pozwany poniósł określone wydatki stanowiące koszty prowadzonej przez niego działalności gospodarczej, które zamierzał zrekompensować w czasie trwania umowy z powódką. Niedopuszczalne jest jednak obciążanie jedynie konsumenta w całości wszystkimi wydatkami przedsiębiorcy. Stosunek umowny powinien bowiem charakteryzować się symetrią w rozkładzie korzyści i ryzyka, dlatego sytuacja, w której wszystkie negatywne następstwa zawarcia umowy lub jej wypowiedzenia obciążają wyłącznie słabszą stronę jest niedopuszczalna. Ponadto, OWU nie wskazują, że wcześniejsza rezygnacja z ubezpieczenia będzie wiązała się z potrąceniem kosztów poniesionych przez pozwanego, a także nie określają rodzaju tych kosztów, ich wysokości czy sposobu obliczenia. Powódka nie została zatem w pełni poinformowana o tym, że w przypadku wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia z wpłaconych przez nią składek zostaną potrącone określone wydatki ubezpieczyciela, co uniemożliwiało zweryfikowanie ich wysokości oraz związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową.

Za stanowiskiem Sądu wyrażonym wyżej, przemawia wreszcie pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 grudnia 2013 r. I CSK 2013 r. (OSNC 2014/10/103), zgodnie z którym postanowienie ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przewidujące, że w razie wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego przed upływem 10 lat od daty zawarcia umowy, ubezpieczyciel pobiera opłatę

likwidacyjną powodującą utratę wszystkich lub znacznej części zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego środków finansowych, rażąco narusza interesy konsumenta i stanowi niedozwolone postanowienie umowne w świetle art. 3851 zdanie pierwsze k.c.

Z tych zatem przyczyn Sąd uznał, że przytoczone postanowienia OWU są sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszają interes powódki jako konsumenta. W konsekwencji, są one bezskuteczne, co oznacza, że podlegały pominięciu przy ustalaniu treści łączącego strony stosunku prawnego. Zdaniem Sądu - nie ma natomiast podstaw, aby w miejsce tych postanowień wprowadzić inne klauzule pozwalające pozwanemu potrącić pewną część środków w związku z poniesionymi przez niego kosztami. Skoro więc sporne klauzule OWU są bezskuteczne, a żadne inne postanowienia nie wchodzi na ich miejsce, to powódka rezygnując z ubezpieczenia przed końcem trwania umowy może skutecznie żądać zwrotu wszystkich środków wpłaconych przez nią pozwanemu.

Na marginesie stwierdzić należy, że uznając hipotetycznie za dozwolone zastosowanie klauzul o opłacie likwidacyjnej za przedterminowe rozwiązanie umowy - to zawarcie umowy z powódką uznać należy za sprzeczne z przepisami ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym.

Roszczenie powódki wobec pozwanego znajduje podstawę prawną w przepisach ustawy z dnia 23.08.2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (t.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 3, z późn. zm.- dalej jako: „u.p.n.p.r.”). Wyjść należy od ogólnego założenia sformułowanego w art. 3 tej ustawy, według którego zakazane jest stosowanie nieuczciwych praktyk rynkowych. Art. 4 ust. 1 u.p.n.p.r. wyjaśnia, że praktyka rynkowa stosowana przez przedsiębiorców wobec konsumentów jest nieuczciwa, jeżeli jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcić zachowanie rynkowe przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu, w trakcie jej zawierania lub po jej zawarciu. Przepis ten zawiera klauzulę generalną, natomiast poszczególne przykłady nieuczciwych praktyk rynkowych zawierają kolejne przepisy ustawy. Art. 5 ust. 1 ww. ustawy stanowi, że praktykę rynkową uznaje się za działanie wprowadzające w błąd, jeżeli działanie to w jakikolwiek sposób powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął. Zgodnie z art. 5 ust. 3 pkt 2 ustawy wprowadzające w błąd działanie może dotyczyć cech produktu, a w szczególności jego pochodzenia geograficznego lub handlowego, ilości, jakości, sposobu wykonania, składników, daty produkcji, przydatności, możliwości i spodziewanych wyników, zastosowania produktu, wyposażenia dodatkowego, testów i wyników badań lub kontroli przeprowadzanych na produkcie, zezwoleń, nagród lub wyróżnień uzyskanych przez produkt, ryzyka i korzyści związanych z produktem. Oceny nieuczciwości praktyki rynkowej stosowanej przez przedsiębiorców dokonuje się według dwóch kryteriów zawartych w klauzuli generalnej:

1. sprzeczność z dobrymi obyczajami,
2. zniekształcenia lub możliwość zniekształcenia zachowania rynkowego przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu, w trakcie jej zawierania lub po jej zawarciu.

Przez pojęcie dobrych obyczajów należy rozumieć szczególną umiejętność, staranność zawodową, uczciwość działania oraz dobrą wiarę w relacji konsument - przedsiębiorca. Odnośnie natomiast drugiej przesłanki, tj. zniekształcenia lub możliwości zniekształcenia zachowania rynkowego przeciętnego konsumenta, należy wyjaśnić, że praktyką istotnie zniekształcającą zachowanie gospodarcze konsumenta jest takie działanie, które znacząco osłabia jego zdolność do podjęcia decyzji w warunkach dostatecznej wiedzy i przez to powoduje, że konsument podejmuje decyzję dotyczącą określonej umowy, jakiej w innym przypadku by nie podjął. Oceny praktyki stosowanej przez przedsiębiorcę dokonuje się w oparciu o tzw. model przeciętnego konsumenta, którego definicję zawiera art. 2 pkt 8 u.p.n.p.r., zgodnie z którym przeciętnym konsumentem, jest konsument, który jest dostatecznie dobrze poinformowany, uważny i ostrożny. Oceny tej dokonuje się z uwzględnieniem czynników społecznych, kulturowych, językowych i przynależności danego konsumenta do szczególnej grupy konsumentów, przez którą rozumie się dającą się jednoznacznie zidentyfikować grupę konsumentów, szczególnie podatną na oddziaływanie praktyki rynkowej lub na produkt, którego praktyka rynkowa dotyczy, ze względu na szczególne cechy takie jak wiek, niepełnosprawność fizyczną czy umysłową.

Przenosząc powyższe uwagi na płaszczyznę rozstrzyganej sprawy, Sąd doszedł do przekonania, że zachowanie A. W. działającej jako przedstawiciel banku działający na rzecz pozwanego, stanowiło nieuczciwą praktykę rynkową. Nie ulega wątpliwości, że powódka zawarła umowę, która odbiegała od jej pierwotnych zamierzeń, czyli bezpiecznego ulokowania oszczędności stanowiących jej zabezpieczenie na przyszłość. Mimo to zaoferowano jej skomplikowany i niezrozumiały przez nią produkt o charakterze inwestycyjnym, obarczony ryzykiem straty pieniędzy. Powódka zawarła umowę licząc, iż oferowany przez A. W. produkt gwarantuje po pierwsze gwarancję zwrotu zainwestowanych środków, przy jednoczesnym prawdopodobieństwie wyższego zysku niż przy lokacie bankowej. Takie zachowanie bez wątpienia wprowadziło powódkę w błąd – gdyby bowiem wiedziała o specyfice oferowanego jej produktu, to nie zawarłaby kwestionowanej umowy. Sąd przy ocenie wziął pod uwagę specyfikę okoliczności w jakich została zawarta, a także właściwości osobiste E. P. – osoby już nie młodej, a do tego schorowanej i niepełnosprawnej ruchowo – powódka od lat porusza się na wózku inwalidzkim. W szczególności – dla Sądu pozostaje oczywistym i w pełni udowodnionym, że powódka nie zdawała sobie sprawy z tego, że w przypadku rezygnacji z produktu przed terminem trwania umowy ubezpieczenia, będzie musiała zapłacić ogromne wręcz opłaty likwidacyjne, które po potrąceniu pozbawią ją zdecydowanie większej części kapitału wpłaconych składek.

Nie ma bowiem innego racjonalnego wytłumaczenia, dlaczego powódka nie mając odpowiedniego doświadczenia i wiedzy oraz licząca na pewny zysk zainwestowała środki stanowiące jej zabezpieczenie na przyszłość w ryzykowny produkt o inwestycyjnym charakterze. Można zatem stwierdzić, że gdyby miała pełną, rzetelną i zrozumiałą wiedzę w tej materii, to takiej decyzji nie podjęłaby. O wprowadzeniu w błąd co do treści produktu, świadczyć może również sama konstrukcja ubezpieczenia zawartego na 15 lat przez osobę ponad 60 – letnią i schorowaną, licząc się z możliwością utraty znacznej części zainwestowanych środków w przypadku nagłej potrzeby ich wypłaty.

Mając powyższe na uwadze, Sąd uznał, że zachowanie pozwanego należy zakwalifikować jako nieuczciwą praktykę rynkową, o której mowa w art. 5 ustawy. Zgodnie z art. 12 ust. 1 pkt. 4 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym w razie dokonania nieuczciwej praktyki rynkowej konsument, którego interes został zagrożony lub naruszony, może żądać m.in. naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych, w szczególności może żądać unieważnienia umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń oraz zwrotu przez przedsiębiorcę kosztów związanych z nabyciem produktu. Przepis ten statuuje zatem roszczenie o naprawienie szkody na zasadach ogólnych, wyrządzonej w wyniku popełnienia nieuczciwej praktyki rynkowej. Zastosowanie znajdują zatem przepisy art. 361-363 k.c. oraz art. 415 k.c. dotyczące odpowiedzialności deliktowej. W rezultacie, konsument będzie mógł skutecznie wystąpić z roszczeniem, o którym mowa w art. 12 ust. 1 pkt. 4 ustawy w przypadku, gdy zostaną spełnione następujące przesłanki:

- 1) dokonanie nieuczciwej praktyki rynkowej (tj. praktyki rynkowej, która jest sprzeczna z prawem lub dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcić zachowanie rynkowe przeciętnego konsumenta);
- 2) wystąpienie szkody o charakterze majątkowym lub niemajątkowym;
- 3) wystąpienie zdarzenia, które warunkuje odpowiedzialność (zdarzeniem warunkującym odpowiedzialność za powstałą szkodę jest stosowana przez pozwanego przedsiębiorcę nieuczciwa praktyka rynkowa);
- 4) związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem wyrządzającym szkodę a zaistnieniem szkody;
- 5) wina po stronie sprawcy nieuczciwej praktyki rynkowej.

W ocenie Sądu - w rozstrzyganej sprawie wystąpiły wszystkie ww. przesłanki. Skutkiem tego było przystąpienie przez powódkę do spornego ubezpieczenia, czego rezultatem była utrata obecnie dochodzonej kwoty 325 919,00 zł.

Mając powyższe na uwadze, Sąd w pkt 1 zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 325 919,00 zł. – tj. roszczenie dochodzone pozwem w całości, wraz z należnymi odsetkami.

O odsetkach ustawowych za opóźnienie rozstrzygnął Sąd zgodnie z art. 455 k.c. i art. 481 k.c. Art. 455 k.c. stanowi, że jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie

powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. Zgodnie zaś z art. 481 k.c. wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego. W rozstrzyganej sprawie termin spełnienia świadczenia pozwanego, tj. zwrotu wszystkich uiszczonych przez powódkę środków finansowych, nie był oznaczony, ani nie wynikał z właściwości zobowiązania. Świadczenie to powinno więc zostać spełnione przez pozwanego dopiero po wezwaniu dłużnika do jego wykonania, a nie od razu po zaksięgowaniu środków wpłaconych przez powódkę. Powódka po raz pierwszy wezwała pozwanego do zwrotu wszystkich wpłaconych przez nią kwot pismem z dnia 27 czerwca 2016 r. wyznaczając mu termin wykonania zobowiązania do dnia 10 lipca 2016 r. Pozwany odmawiając jej zwrotu wszystkich środków w określonym przez nią terminie popadł w opóźnienie z dniem 11 lipca 2016 r. Od tej daty pozwany jest zatem zobowiązany do zapłaty odsetek ustawowych za opóźnienie.

O kosztach procesu rozstrzygnięto w punkcie 2 wyroku zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik sporu oraz zasadą kosztów niezbędnych i celowych, na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Sąd przyjął, że powódka wygrała niniejsze postępowanie w całości, dlatego pozwany jest zobowiązany zwrócić jej wszystkie poniesione koszty procesu, na które składały się następujące należności: kwota 16 296 zł tytułem opłaty uiszczonej od pozwu oraz kwota 14 417 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego i opłaty skarbowej od pełnomocnictwa, zgodnie z § 2 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (tj. Dz.U. z 2015 r., poz. 1800) w brzmieniu obowiązującym do dnia 21 września 2016 r., tj. z daty wytoczenia powództwa. Odnośnie kosztów zastępstwa procesowego, Sąd nie uwzględnił wniosku powódki o ich zasądzenie w wysokości trzykrotności stawki minimalnej, co powódka uzasadniała treścią umowy z pełnomocnikiem, jego niezbędnym nakładem pracy oraz rodzajem i zawilnością sprawy albowiem nie wystąpiły okoliczności przemawiające za podwyższeniem tej stawki. Zakres niniejszego procesu, a w szczególności przeprowadzone postępowanie dowodowe, nie wybiegało ponad przeciętną miarę w doniesieniu do spraw o zbliżonym przedmiocie.