

Sygn. akt III Ca 403/18

Dnia 6 grudnia 2018 r.

Sąd Okręgowy w Nowym Sączu, III Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie

następującym:

Przewodniczący:	SSO Paweł Poręba
Protokolant:	prot. sąd. Katarzyna Gołyźniak

po rozpoznaniu w dniu 6 grudnia 2018 r. w Nowym Sączu

na rozprawie

sprawy z powództwa J. Z.

przeciwko (...) Towarzystwu Ubezpieczeń (...) z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Limanowej

z dnia 15 marca 2018 r., sygn. akt I C 64/18

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1800 zł (tysiąc osiemset złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

(...)

Sygn. akt III Ca 403/18

## UZASADNIENIE

**wyroku Sądu Okręgowego w Nowym Sączu**

**z dnia 06 grudnia 2018 r.**

Powód J. Z. domagał się zasądzenia od pozwanego (...) w W. kwoty 15 369,90 zł z odsetkami i kosztami postępowania. Uzasadniając żądanie podał, że w grudniu 2010 r. i w czerwcu 2012 r. zawarł ze stroną pozwaną umowy ubezpieczenia z funduszem kapitałowym. Początkowo powód regularnie opłacał składki roczne zaś w 2017 r. złożył wniosek o wypłatę zgromadzonych środków. Pozwany wypłacił wartość wykupu obu polis lecz zatrzymał kwotę dochodzoną pozwym. Powód wezwał pozwanego do zapłaty potrąconej kwoty, pozwany jednak odmówił zapłaty. W ocenie powoda pozwany nie był uprawniony do zatrzymania jego pieniędzy. Potrącenia jego należności dokonano na podstawie ogólnych warunków umów ubezpieczenia, które stanowią niedozwolone postanowienie umowne w myśl art. 385<sup>(1)</sup>k.c., gdyż nie zostały z nim indywidualnie uzgodnione oraz kształtują jego prawa i obowiązki jako konsumenta w sposób

sprzeczny z dobrymi obyczajami rażąco naruszając jego interesy. Powód nie miał żadnej możliwości uzgodnienia warunków zastosowanego wzorca umowy jak również ogólnych warunków umowy. Umowa ubezpieczenia została zawarta na podstawie wzorca zaproponowanego powodowi jako konsumentowi, przez kontrahenta (przedsiębiorcę). Powód wskazał dalej, że opłata za wykup polisy jest swoistą „opłatą likwidacyjną” i stanowi w istocie nieuzgodnioną indywidualnie z konsumentem – ubezpieczonym opłatę, swoistą karę umowną, oderwaną całkowicie od ewentualnych faktycznych kosztów poniesionych przez ubezpieczyciela w związku z zawartą umową i wartością posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa, przenoszącą całkowicie ryzyko skutków rozwiązania umowy na ubezpieczonego, co czyni kwestionowane zapisy OWU niedozwolonymi postanowieniami umownymi w rozumieniu art. 385<sup>(1)</sup> k.c. Dalej powód podniósł, że zastosowana w stosunku do niego klauzula z § 22 OWU została uznana w orzecznictwie sądowym za klauzulę abuzywną (k. 1 i 135).

W sprzeciwie od nakazu zapłaty pozwany wniósł o oddalenie powództwa (k. 86). Przyznał, że zawarł z powodem dwie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką regularną na podstawie wniosków podpisanych własnoręcznie przez powoda. Przedstawił charakterystykę umów z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Obie umowy zostały zawarte na 15 lat. Wskazał, że integralną częścią przedmiotowej umowy były ogólne warunki ubezpieczenia na życie. Powód w żadnym zakresie nie zgłaszał wątpliwości co do treści OWU, co więcej, nie zgłaszał ich zarówno w dacie podpisania wniosku, jak i po dacie otrzymania dokumentów. Tym samym całkowicie nie polegają na prawdzie i mają wyłącznie na celu realizację przyjętej na potrzeby niniejszego postępowania strategii procesowej twierdzenia powoda, że nie miał on świadomości co do zasad produktu. Powód znając treść zawartej umowy nie dokonał wpłaty kolejnych składek. W związku z powyższym w doszło do rozwiązania łączących strony umów ubezpieczenia w myśl postanowień OWU. Pozwany zaproponował powodowi zawarcie aneksów do umów, które dostosowałyby wartość świadczenia wykupu do decyzji Prezesa UOKiK z 15 marca 2016 r. Postanowienia OWU regulujące wysokość świadczenia wykupu w poszczególnych latach trwania umowy określają świadczenia główne.

Wyrokiem z dnia 15 marca 2018 r. Sąd Rejonowy w Limanowej zasądził ( pkt. 1 ) od strony pozwanej (...) z siedzibą w W. na rzecz powoda J. Z. kwotę 15 369,90 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 25 maja 2017 roku do dnia zapłaty. Sąd Rejonowy zasądził ( pkt.2) od strony pozwanej tytułem zwrotu kosztów procesu na rzecz powoda kwotę 3 917 zł.

Sąd Rejonowy ustalił, iż w dniu 23 grudnia 2010 r. powód zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym pod nazwą (...). Zawarcie umowy zostało potwierdzone polisą nr (...). Zgodnie z umową powód miał co miesiąc opłacać składki w wysokości 225 zł. Umowa została zawarta na okres 15 lat. Zgodnie z § 3 OWU (...) stanowiących integralną część umowy przedmiotem umowy było życie ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych przez powoda w ramach Ubezpieczeniowego Funduszu kapitałowego w okresie trwania umowy. Paragraf 23 OWU regulował kwestie świadczenia wykupu. W dniu 8 czerwca 2012 r. powód zawarł kolejną umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym pod nazwą (...). Także i ta umowa została zawarta na okres 15 lat. Miesięczna składka jaką miał opłacać powód wynosiła 275 zł.

W dniu 24 maja 2017 r. powód złożył wniosek o wypłatę środków zgromadzonych na obu polisach. Obie umowy zostały z tym dniem rozwiązane. Pozwany poinformował powoda o umorzeniu jednostek uczestnictwa w funduszu. Wartość zgromadzonych przez powoda na rachunku pierwszej z umów jednostek wynosiła 17 325 zł. Pozwany wypłacił powodowi kwotę 9479,29 zł potrącając opłatę z tytułu umorzenia. Z tytułu drugiej polisy ((...)) pozwany wypłacił powodowi kwotę 6 033,58 zł, suma wpłaconych składek wynosiła w tym przypadku 16 255 zł.

Powód wezwał pozwanego do zapłaty pozostałych potrąconych kwot z tytułu obu polis jednak pozwany odmówił.

Pozwany sprzedaży części produktów finansowych dokonywał za pośrednictwem innych instytucji finansowych. Z tego tytułu uiszczał prowizje. Z tytułu umów zawartych z powodem pozwany wypłacił pośrednikowi prowizje w kwotach odpowiednio 3426,46 zł i 2880,39 zł.

W tych okolicznościach Sąd Rejonowy uznał, iż powództwo zasługuje na uwzględnienie.

Strony łączyła umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną. Elementy przedmiotowo istotne tej umowy określa § 2 OWU, według którego strona pozwana zobowiązała się do spełnienia określonego w umowie świadczenia w razie zajścia w okresie odpowiedzialności zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, a powód zobowiązał się do opłacenia składki ubezpieczeniowej. Zawarte w pozwie żądanie powód opierał na twierdzeniu, że postanowienie umowy, na podstawie którego pozwany może przy rozwiązaniu umowy nie wypłacać powodowi części z wpłaconej przez niego kwoty stanowi niedozwolone postanowienie umowne. Sąd po zbadaniu zakwestionowanego przez powoda wzorca umownego uznał takie jego twierdzenie jest za zasadne.

Sąd I instancji dokonał oceny postanowień umowy pod kątem dyspozycji z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i art. 385<sup>2</sup> k.c. i stwierdził, że aby określone postanowienie umowy mogło zostać uznane za niedozwolone postanowienie umowne, spełnione muszą zostać cztery warunki: umowa musi być zawarta z konsumentem, postanowienie umowy nie zostało uzgodnione indywidualnie, postanowienie kształtować powinno prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, a postanowienie sformułowane w sposób jednoznaczny nie dotyczy „głównych świadczeń stron”.

Sąd Rejonowy ocenił, iż umowy będące przedmiotem postępowania zostały zawarta pomiędzy stroną pozwaną jako przedsiębiorcą, a powodem jako konsumentem, postanowienia umów nie zostały uzgodnione z powodem indywidualnie, do głównych świadczeń stron nie należała opłata za wykup, a postanowienia OWU, według których w razie rozwiązania umowy ubezpieczyciel nie wypłaca ubezpieczającemu żadnej części wpłaconej przez tego ostatniego kwoty kształtują prawa i obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Sąd I instancji podzielił pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 grudnia 2013 roku (I CSK 149/13), iż 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 części zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego środków finansowych, rażąco narusza interesy konsumenta i stanowi niedozwolone postanowienie umowne w świetle art. 385<sup>1</sup> zdanie 1 k.c.

O kosztach procesu Sąd I instancji orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. stosując zasadę odpowiedzialności za wynik sprawy. Na koszty te złożyły się koszty pełnomocnika i opłata od pozwu.

**Apelację** od powyższego wyroku złożyła pozwana ( k. 200-204 ), która zaskarżyła wyrok w całości.

Wniosła o zmianę wyroku przez oddalenie powództwa w całości, za przyznaniem kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego na jej rzecz oraz o zasądzenie od powodów kosztów postępowania apelacyjnego.

Ewentualnie wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu w Limanowej i pozostawienie temu sądowi rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego.

Wyrokowi pozwana zarzuciła:

1. **naruszenie norm prawa procesowego** mające istotny i bezpośredni wpływ na wynik sprawy, a to: art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędną ocenę materiału dowodowego dokonaną z przekroczeniem granicy swobodnej oceny dowodów oraz dokonanie oceny w sposób sprzeczny z zasadami logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego, a co za tym idzie sprzeczność ustaleń sądu I instancji z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, tj. błędne ustalenie, że postanowienia regulujące sposób wyliczenia świadczenia wykupu nie określają głównego świadczenia stron oraz błędne ustalenie, że w sprawie zachodzą okoliczności świadczące o tym, że stosowanie postanowień umowy ubezpieczenia łączącej strony regulujących sposób wyliczenia Świadczenia Wykupu naruszało rażąco interesy powoda i kształtowało jego obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i pominięcie okoliczności przyznania powodowi zgodnie z wiążącą strony umową ubezpieczenia środków w wysokości 270 zł w ramach dodatkowej alokacji ( polisa (... ) ),

## 2. **naruszenie prawa materialnego**, tj.

a. art. 385<sup>1</sup>§1 zdanie drugie k.c., dyrektywy 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich oraz art. 805 § 1 k.c. poprzez nieuwzględnienie, że zgodnie z umową ubezpieczenia zawartą przez strony, wypłata przez pozwaną powodowi wartości polisy stanowi jedno z głównych świadczeń stron umowy ubezpieczenia i nieuwzględnienie, że postanowienia umowy ubezpieczenia regulujące wysokość tego świadczenia ( w tym postanowienia regulujące sposób wyliczenia świadczenia wykupu ) nie podlegają kontroli na podstawie art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.,

b. naruszenie art. 385<sup>1</sup>§1 k.c., art. 385<sup>3</sup>§ pkt. 17 k.c. przez przyjęcie, że postanowienia regulujące sposób wyliczenia świadczenia wykupu stanowią niedozwolone postanowienia umowne, pomimo że żadne okoliczności sprawy nie wskazywały, iż kształtowały one obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami rażąco naruszając jego interesy,

c. naruszenie art. 385<sup>2</sup> k.p.c. w zw. z art. 5 k.c. w zw. z art. 405 k.c. poprzez ich niezastosowanie skutkujące brakiem stwierdzenia nadużycia prawa przez powoda w zakresie przyznanych powodowi środków w wysokości 270 zł stanowiących dodatkową alokację ( polisa nr (...) ) co z kolei prowadzi do bezpodstawnego wzbogacenia.

W uzasadnieniu apelacji pozwana podkreśliła, iż Sąd I instancji dokonał wadliwej wykładni umów.

Dla uznania abuzywności danej klauzuli warunki rażącego naruszenia interesów konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, dotyczące niedefiniującego świadczenia głównego nie uzgodnionego indywidualnie z konsumentem muszą być spełnione łącznie. Brak rażącego charakteru naruszenia wyklucza stosowanie art. 385<sup>1</sup>§1 k.c.

Zdaniem pozwanej błędnie Sąd I instancji uznał, że wartość wykupu/ świadczenie wykupu nie jest świadczeniem głównym, a postanowienia w tym przedmiocie są abuzywne. Sąd Rejonowy nie miał podstaw dokonać oceny postanowień umów ubezpieczenia regulujących wypłatę świadczenia wykupu z punktu widzenia abuzywności. Postanowienia te określają bowiem główne świadczenie ubezpieczyciela – świadczenie wykupu jest wypłacane w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia, a przy tym zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Według pozwanej Sąd Rejonowy nie uzasadnił w przekonujący sposób twierdzenia jakoby postanowienia umowy ubezpieczenia zawartej z powodem regulujące opłatę pobraną przez pozwaną kształtowały prawa i obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami rażąco naruszając jego interesy, co uzasadniałoby uznanie tych postanowień za niedozwolone w świetle art. 385<sup>1</sup> k.c. i to na powódzie spoczywał ciężar dowodu wykazania takich okoliczności. Art. 385<sup>1</sup> § 4 k.c. nakłada zaś na kontrahenta konsumenta ciężar wykazania jedynie okoliczności indywidualnego uzgodnienia postanowień umowy. Wszelkie inne przesłanki uznania postanowienia za niedozwolone określone w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. obciążają powoda zgodnie z regułą z art. 6 k.c. Dotyczy to w szczególności wykazania, że kwestionowane postanowienia kształtują obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszają jego interesy.

Pozwana zarzuciła też, iż sposób wyliczenia świadczenia wykupu jest koniecznością skompensowania wysokich kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia. Nie jest więc opłatą, za którą ubezpieczony mógłby spodziewać się określonego ekwiwalentu. Nie jest również sankcją za wcześniejsze rozwiązanie umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający zawierając umowę ubezpieczenia jest informowany o sposobie wyliczenia świadczenia wykupu, ma zatem świadomość, że świadczenie to stanowi jedynie część Wartości Części Bazowej Rachunku, jeżeli zdecyduje się na rezygnację z ubezpieczenia w pierwszych latach jego trwania. Umowa wprost określa ( § 10 ust. 5 OWU ), że sposób ustalania świadczenia wykupu jest konsekwencją wysokich kosztów związanych z dystrybucją i zawarciem umowy. Na etapie tworzenia produktu są zakładane hipotetyczne koszty, które zostaną poniesione w związku z zawarciem i wykonaniem umowy. Zgodnie z art. 18 ust. 2 o działalności ubezpieczeniowej pozwana jest nie tylko uprawniona, ale i zobowiązana do ustalania składek ubezpieczeniowych w

wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej. Chodzi tu o wszystkie koszty w tym koszty akwizycji. Pozwana osiąga przychody jedynie z tytułu składek opłacanych w ramach umowy ubezpieczenia i nie może prowadzić innej działalności. Koszty prowizji zależą od wysokości składek. Koszty akwizycji nie są rozliczane jednorazowo, ale są amortyzowane w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia przy zastosowaniu metod aktuarialnych. Są rozliczane dopiero w chwili ustania ochrony ubezpieczeniowej w ramach Świadczenia Wykupu.

Żadne przepisy prawa nie zobowiązują pozwanej do informowania powoda o tym jakie koszty ubezpieczyciel ponosi w związku ze sprzedażą i obsługa produktu. Art. 13 ust. 4 pkt. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zobowiązuje jedynie ubezpieczyciela do określenia zasad ustalania opłat i innych obciążeń pobieranych przez pozwaną. W OWU pozwana wskazała zasady ustalania Świadczenia Wykupu. Wysokość tego świadczenia jest konsekwencją kosztów ponoszonych przez pozwaną.

Nadużyciem prawa ze strony powoda jest żądanie części wartości polisy zatrzymanej przez pozwaną bez dokonania potrącenia w wysokości 270 zł z tytułu tzw. dodatkowej alokacji.

Pozwana nie przyznała by powodowi dodatkowej gratyfikacji mając świadomość że dojdzie do rozwiązania umów przed czasem na jaki zostały one zawarte, w jakim miały przynieść zyski. Żądanie dodatkowej alokacji jest nadużyciem prawa podmiotowego, działaniem sprzecznym z dobrymi obyczajami i zasadami współżycia społecznego.

**W odpowiedzi na apelację** ( k. 211-220 ) powód wniósł o jej oddalenie, za przyznaniem kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

Zdaniem powoda apelacja pozwanej jest bezzasadna a rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego jest prawidłowe.

Odnosząc się do zarzutów apelacji powód podkreślił, że pozwana w żaden sposób nie udowodniła słuszności swoich twierdzeń, ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego są pełne i prawidłowe, a ocena dowodów logiczna i jasna. Stąd pozwana jedynie polemizuje ze stanowiskiem Sądu I instancji, który nie przekroczył granic swobodnej oceny dowodów. Zdaniem powoda Świadczenie Wykupu nie jest świadczeniem głównym z umowy ubezpieczenia. Ze strony powoda świadczeniem głównym była zapłata składki ubezpieczeniowej a ze strony pozwanej – świadczenie ubezpieczeniowe polegające na wypłacie określonych sum pieniężnych w razie śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia lub dożycia przez ubezpieczonego określonego wieku, a także wypłata środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczenia. Wcześniejsze rozwiązanie umowy to sytuacja której strony nie planowały, ale którą przewidywały. Związane z tym świadczenie w postaci zwrotu środków na wypadek wygaśnięcia umowy nie było celem stron. Takie świadczenie nie stanowi świadczenia głównego.

OWU są obszernym dokumentem, napisanym specjalistycznym językiem niezrozumiałym dla powoda jako konsumenta, który nie posiada wykształcenia specjalistycznego. Zapisy OWU w zakresie opłat likwidacyjnych/ świadczenia wykupu są niejasne i niezrozumiałe oraz sprzeczne są z dobrymi obyczajami. Koszty po stronie pozwanej związane z zawarciem umowy nie pozostają w żadnym związku z wysokością zgromadzonych środków. Mechanizm ustalania opłat likwidacyjnych jest nieweryfikowalny i nie pozwala konsumentowi na ustalenie ich wysokości w odniesieniu do składki. Pozwana nie wykazała, aby wyliczyła koszty rozwiązania umowy. nie ma podstaw by powoda obciążać kosztami akwizycji, gdyż to od decyzji pozwanej zależy w jaki sposób promuje ona swoje produkty. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumenta trzeba uznać takie ukształtowanie stosunku prawnego z konsumentem, w ramach którego w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia konsument traci w sposób nieuzasadniony znaczną część środków wpłaconych uprzednio tytułem składki.

Pozwana nie wykazała również, że dokonała zasilenia polis powoda jakimikolwiek kwotami z tytułu dodatkowej alokacji.

**Sąd Okręgowy zważył co następuje:**

Apelacja pozwanej jest niezasadna a podniesione w niej zarzuty nie są trafne.

Podnieść trzeba na wstępie, iż brak jest podstaw do uchylenia zaskarżonego wyroku, gdyż Sąd Rejonowy nie dopuścił się uchybień, które Sąd Okręgowy bierze pod rozwagę z urzędu – art. 378 § 1 k.p.c.

Sąd Rejonowy wyjaśnił wszystkie okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy i właściwie ocenił zebrany materiał dowodowy oraz dokonał na jego podstawie prawidłowych ustaleń faktycznych. Sąd Okręgowy podziela te ustalenia faktyczne i przyjmuje za własne, nie zachodzi więc potrzeba ich powtarzania (por. wyrok SN z 9 marca 2006 r., sygn. akt I CSK 147/05, publ. LEX nr 190753).

**Niezasadny jest zarzut pozwanej naruszenia przez Sąd I instancji art. 233 § 1 k.p.c.** poprzez błędną ocenę materiału dowodowego dokonaną z przekroczeniem granicy swobodnej oceny dowodów oraz dokonanie oceny w sposób sprzeczny z zasadami logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego.

Godzi się zauważyć w tym miejscu, iż podstawowym zadaniem sądu orzekającego, wyrażającym istotę sądownictwa jest rozstrzygnięcie kwestii spornych w warunkach niezawisłości, na podstawie własnego przekonania sędziego przy uwzględnieniu całokształtu zebranego materiału ( tak: wyrok SN z dnia 16 lutego 1996 r., II CRN 173/95, publ. LEX nr 1635264).

Skuteczne przedstawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania, lub doświadczenia życiowego. Nie jest natomiast wystarczające subiektywne przekonanie strony o innej niż przyjął wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu ( tak: orzeczenia SN: z dnia 5 sierpnia 1999 r., II UKN 76/99, publ. OSNAPiUS 2000, Nr 19, poz. 732; z dnia 10 kwietnia 2000 r., V CKN 17/2000, publ. OSNC 2000, Nr 10, poz. 189; z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99, publ. LEX nr 53136; z dnia 27 września 2002 r., II CKN 817/00, publ. LEX nr 56096).

Ocena dowodów polega na ich zbadaniu i podjęciu decyzji, czy została wykazana prawdziwość faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. Celem sądu jest tu dokonanie określonych ustaleń faktycznych, pozytywnych bądź negatywnych i ostateczne ustalenie stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia ( tak: wyrok SN z dnia 24 października 2003 r., II CK 75/02).

Kwestionowanie dokonanej przez sąd oceny dowodów nie może polegać jedynie na zaprezentowaniu własnych, korzystnych dla skarżącego ustaleń stanu faktycznego, dokonanych na podstawie własnej, korzystnej dla skarżącego oceny materiału dowodowego (por. postanowienie SN z 10 stycznia 2002 r. sygn. II CKN 572/99, publ. LEX nr 53136). Stwierdzić także należy, iż jeżeli z materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyrok SN z 27 września 2002 r. sygn. II CKN 817/00, publ. LEX nr 56906).

Dodatkowo należy zaznaczyć, iż zgodnie z art. 3 k.p.c. obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach, jednak ciężar udowodnienia faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy obciąża stronę, która z faktów tych wywodzi skutki prawne ( art. 6 k.c. ).

Sąd Okręgowy w składzie rozpoznającym apelację poglądy te podziela.

Sąd inicjatywa dowodowa należała do stron postępowania, a strony doskonale wiedziały jakie okoliczności podlegają dowodzeniu.

Lektura pism procesowych stron wskazuje, że strony formułowały swoje stanowiska w sprawie i zgłaszały określone wnioski dowodowe.

***Niezasadny jest również podniesiony przez skarżącego w apelacji zarzut błędu w ustaleniach faktycznych*** przyjętych za podstawę wyrokowania polegający na sprzeczności ustaleń sądu I instancji z zebraniem w sprawie materiałem dowodowym, tj. błędne ustalenie, że postanowienia regulujące sposób wyliczenia świadczenia wykupu nie określają głównego świadczenia stron oraz błędne ustalenie, że w sprawie zachodzą okoliczności świadczące o tym, że stosowanie postanowień umowy ubezpieczenia łączącej strony regulujących sposób wyliczenia Świadczenia Wykupu naruszało rażąco interesy powoda i kształtowało jego obowiązki sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i pominięcie okoliczności przyznania powodowi zgodnie z wiążącą strony umową ubezpieczenia środków w wysokości 270 zł w ramach dodatkowej alokacji ( polisa (... ) ),

W ocenie Sądu Okręgowego w apelacji skarżący nie zaprezentował żadnych argumentów jurydycznych, logicznych, czy wynikających z doświadczenia życiowego, w wyniku których możliwe byłoby podważenie kluczowych dla sprawy ustaleń faktycznych Sądu I instancji.

Nie wskazał przy tym powód jakiegokolwiek przyczyny dyskwalifikującej postępowanie dowodowe Sądu Rejonowego. Samo zaś twierdzenie strony o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości, nie jest wystarczające ( tak: . wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 13 września 2012 r., sygn. akt I ACa 445/12, publ. LEX nr 1223454).

Zarzut błędu w ustaleniach faktycznych jest zasadny wtedy, gdy sąd ustalił stan faktyczny w oderwaniu od zgromadzonych dowodów (tzw. błąd braku), jak i wtedy, gdy podstawą ustaleń faktycznych uczyniono wprawdzie wszystkie ujawnione w toku rozprawy dowody, lecz dokonano ich nieprawidłowej oceny z punktu widzenia zasad logiki, wskazań wiedzy czy doświadczenia życiowego (tzw. błąd dowolności). Zarzut ten jest zatem z istoty rzeczy powiązany z zarzutem naruszenia przepisów postępowania. Istotnym jest podczas formułowania zarzutu błędu w ustaleniach faktycznych wskazanie konkretnych uchybień Sądu pierwszej instancji, albowiem rzeczą skarżącego nie jest przedstawienie własnej wersji wydarzeń, lecz wykazanie, iż to Sąd pierwszej instancji błędnie ustalił fakty z punktu widzenia swobodnej oceny dowodów. Błąd w ustaleniach faktycznych jest skutkiem naruszenia przepisów postępowania, gdyż przeprowadzenie postępowania zgodnie ze wszystkimi zasadami i regułami procesu prowadzi do poprawnych (z punktu widzenia procesowego) ustaleń faktycznych.

Takich uchybień w postępowaniu Sądu pierwszej instancji pozwany nie zdołał zaś skutecznie wykazać.

Podkreślić trzeba także, że Sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji jest związany zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa procesowego ( tak: wyrok SN z dnia 18 czerwca 2010 r. V CSK 448/09, publ. LEX nr 677914 ).

Związanie to oznacza, że Sąd Okręgowy nie bada obecnie i nie rozważa wszystkich możliwych i hipotetycznych naruszeń prawa procesowego popełnionych przez Sąd Rejonowy.

***Niezasadne okazały się także zarzuty naruszenia prawa materialnego.***

Zarzuty naruszania prawa materialnego, zmierzały generalnie do wykazania wadliwego przyjęcia, przez Sąd I instancji że poszczególne zapisy OWU stanowią niedozwolone postanowienie umowne.

Zdaniem Sądu Okręgowego zarzuty kwestionujące przyjęte przez Sąd Rejonowy stanowisko w tym zakresie są jednak niezasadne.

Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym to ubezpieczenie osobowe, który łączy w sobie element ochronny z inwestycyjnym. Oznacza to, że składka wpłacana przez konsumenta na poczet ubezpieczenia przeznaczana jest na dwa cele. Pierwsza jej część służy ochronie ubezpieczeniowej i wypłacie świadczenia pieniężnego

zagwarantowanego w przypadku wystąpienia określonych w umowie zdarzeń, np. śmierci ubezpieczającego lub dożycia przez niego określonego wieku. Druga część składki inwestowana jest w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Koszyk funduszy może być organizowany przez ubezpieczyciela lub mieć strukturę otwartą, dopuszczającą inwestowanie środków przez ubezpieczającego bądź ubezpieczonego poprzez dostęp do platformy internetowej.

Cechą charakterystyczną tak skonstruowanego produktu jest zatem ryzyko inwestycyjne, które ponosi klient, decydując się na zainwestowanie części gromadzonych środków w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Należy pamiętać jednak, że jednocześnie uzyskuje on możliwość zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej, której zakres zależy od rodzaju umowy.

Umowa ubezpieczenia na życie jest umową nazwaną, do której zastosowanie mają przepisy znajdujące się w szczególności w tytule XXVII, dziale I i III k.c. oraz przepisy zawarte w ustawie z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Umowa ubezpieczenia na życie ma charakter umowy dwustronnie zobowiązującej i odpłatnej - po obu stronach powstają określone prawa oraz obowiązki. Zgodnie z treścią art. 805 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Przechodząc do oceny zarzutu niedozwolonego charakteru postanowień umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przewidujących pobieranie opłat za wykup stwierdzić należy przede wszystkim, że stosownie do brzmienia art. 385<sup>1</sup> § 1-3 k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny (§ 1). Jeżeli postanowienie umowy zgodnie z § 1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie (§ 2). Nieuzgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta (§ 3).

W tym zakresie przepis ten jest implementacją w Polsce dyrektywy Rady DYREKTYWA RADY 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich

Uzasadnieniem powyższych przepisów jest zamiar zapewnienia konsumentom skuteczniejszej ochrony w stosunkach umownych z profesjonalistami. Wynika z nich, że klauzulą niedozwoloną jest postanowienie, które spełnia łącznie przesłanki:

- dotyczące ukształtowania praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami,
- rażąco naruszając jego interesy oraz
- nie dotyczące bezpośrednio meritum umowy (głównych świadczeń stron),
- i które nie było uzgodnione indywidualnie.

Przepisy art. 385<sup>1</sup> –385<sup>3</sup> k.c. wprowadzają zakaz stosowania niedozwolonych postanowień umownych (klauzul niedozwolonych) w obrocie konsumenckim, który sankcjonowany jest brakiem mocy wiążącej tych klauzul. Znajdują one zastosowanie do umów obligacyjnych zawieranych przez przedsiębiorców z konsumentami, z użyciem lub bez użycia wzorców, ale także do klauzul wzorców umownych używanych przy zawieraniu umów ( tak: wyrok SN z dnia 9 października 2003 r., sygn. akt V CK 277/02, publ. OSNC 2004, nr 11, poz. 184 oraz z dnia 7 grudnia 2006 r., sygn. akt III CSK 266/06, publ. LEX 238949).

Wedle orzecznictwa Sądu Najwyższego, "rażące naruszenie interesów konsumenta" w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym



stosunku obligacyjnym, natomiast "działanie wbrew dobrym obyczajom" w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. Obie wskazane w tym przepisie formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta ( tak: wyrok SN z dnia 13 lipca 2005 r., sygn. akt I CK 832/04, wyrok SN z dnia 15 stycznia 2016 r., sygn. akt I CSK 125/15 ).

Zgodnie z treścią art. 22<sup>1</sup> k.c. za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową.

Powód w niniejszej sprawie bezspornie jawi się jako konsument.

W przypadku powoda przedmiotem umów zawartych z poprzednikiem prawnym pozwanej było ubezpieczenie życia powoda oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w okresie, na jaki umowa została zawarta (...) (§ 3 ust. 1 OWU, k. 76 akt sprawy).

Powód zawarł dwie umowy z funduszem kapitałowym ( k. 23-26, k. 105-107 i k. 115-116 ) w oparciu o OWU (...) ( 27-80 ).

Wedle § 4 ust. 3 OWU (...) ( k. 30 ) w przypadku zdarzeń w tym dokumencie określonych - innych niż zdarzenia ubezpieczeniowe lub odstąpienie ubezpieczającego od umowy w terminie 30 dni od daty doręczenia polisy ( § 3 ust. 2 lub § 6 ust.2 ) - ubezpieczyciel zobowiązywał się wypłacić ubezpieczającemu świadczenie wykupu w wysokości kwoty nie wyższej niż kwota odpowiadająca wartości części wolnej rachunku, powiększonej o określony procent wartości części bazowej rachunku, wskazany w ust. 15 załącznika Nr 1 do OWU."

Sąd Okręgowy w składzie rozpoznającym niniejszą apelację podziela pogląd Sądu Rejonowego i przyjmuje, że przewidziane obowiązującymi pomiędzy stronami umowami ubezpieczenia świadczenie wykupu nie jest świadczeniem głównym.

Świadczenia główne stron umowy ubezpieczenia należy bowiem oceniać w oparciu o art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w związku z art. 829 § 1 pkt 1 k.c. ( tak: uzasadnienie wyroku SO we Wrocławiu z dnia 20 listopada 2013 r., sygn. akt II Ca 1108/13; opubl. [www.orzeczenia.ms.gov.pl](http://www.orzeczenia.ms.gov.pl) – Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych).

Świadczeniem głównym z umowy stron jest wypłata, która następuje na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, a są nimi dożycie określonego wieku lub śmierć ( § 3 ust. 2 ).

Nie ma przy tym wątpliwości, że umowy zawarte pomiędzy stronami to umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, które w rozumieniu doktryny są umowami mieszanymi, z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 roku, I CSK 149/13, OSNC 2014/10/103).

Przewidziana taką umową ochrona ubezpieczeniowa ma w tym przypadku zazwyczaj z uwagi na sumę ubezpieczenia charakter symboliczny, tak więc dominuje w niej aspekt kapitałowy, uzasadniający pogląd, że cel umowy zakłada istnienie długotrwałego stabilnego stosunku prawnego łączącego strony w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewnia także ubezpieczycielowi określone korzyści.

W takich stosunkach prawnych ubezpieczyciel pozostaje zainteresowany jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania i będzie dokonywał wszelkich zabiegów, aby klienta związać na jak najdłuższy czas.

W dalszym ciągu jednak przedmiotową umowę trzeba traktować jako umowę ubezpieczenia wobec szerokiej definicji określonej w art. 805 k.c., co oznacza, że należy stosować do niej regulacje prawne przewidziane dla tego typu umów.

W realiach niniejszej sprawy świadczeniami głównymi ubezpieczyciela jest zatem wypłata odszkodowania na wypadek śmierci lub dożycia określonego wieku, natomiast dalszym świadczeniem (niejako dodatkowym) jest zarządzanie środkami finansowymi zgromadzonymi na funduszu kapitałowym na zlecenie osoby ubezpieczonej, które jest ekwiwalentem świadczenia ubezpieczającego do wnoszenia opłaty za zarządzanie.

Świadczenie wykupu nie może zostać uznane za świadczenie główne, gdyż jest to w istocie jedynie rozliczenie wpłaconych przez ubezpieczonego środków finansowych z uwagi na wolę rozwiązania umowy.

Dodatkowo skoro wartość wykupu jest niemożliwa do ustalenia w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i jest niemożliwa do objęcia konsensusem stron, to nie może ona stanowić przedmiotu świadczenia. Jak zaznaczono, świadczeniem głównym jest w tym wypadku zarządzanie środkami na zlecenie. Ponadto nie sposób twierdzić też, że świadczenie wykupu stanowi essentialia negotii przedmiotowej umowy.

Umowa tego rodzaju zawarta bez zastrzeżenia świadczenia wykupu nie byłaby przez to tylko umową nieważną. Warto zauważyć też, że do wypłaty świadczenia wykupu (częściowej) może dojść na wniosek ubezpieczonego w każdym czasie (§ 23 ust. 2 OWU – k.41), nawet wielokrotnie, trudno zatem uznać, że wiązało się ze świadczeniem wykupu (częściowym) jakiegokolwiek zdarzenie ubezpieczeniowe.

Niezależnie od powyższego, gdyby przyjąć teoretycznie, że świadczenie główne ubezpieczyciela w wypadku wcześniejszego rozwiązania umowy polega na wypłacie ubezpieczającemu określonej sumy, która odpowiada wartości środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczonego, to sama możliwość pomniejszenia należnej ubezpieczającemu kwoty w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy o określony procent, która według ubezpieczyciela zmierza do zrekompensowania towarzystwu określonych w § 10 ust. 5 OWU kosztów ( k. 33 przy OWU (...)), stanowi jedynie o obniżeniu świadczenia, które podlega wypłacie na rzecz ubezpieczającego.

To obniżenie (potrącenie) nie należy do istoty świadczenia, jakie w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy należne jest ubezpieczającemu.

Z tego względu za świadczenie główne należy uznać co najwyżej wyłącznie obowiązek wypłaty na rzecz ubezpieczającego kwoty, jaka wynika ze stanu zgromadzonych przez niego środków. Obniżenie tej kwoty o poniesione przez ubezpieczyciela koszty jest kwestią wtórną, która nie wchodzi w zakres realizacji świadczenia z umowy, ale służy jedynie zaspokojeniu określonych kosztów ubezpieczyciela, czyli realizacji zupełnie innego świadczenia.

Zdaniem Sądu Okręgowego dla oceny tego, czy określone w umowie świadczenie (w tym jego rozmiar rozumiany jako kwota, która ostatecznie wypłacana jest ubezpieczającemu) stanowi świadczenie główne, nie może być decydujące samo tylko nazwanie tego świadczenia przez ubezpieczyciela. W innym bowiem wypadku ubezpieczyciel mógłby swobodnie i według tylko swojego uznania tak formułować postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, aby wykluczyć możliwość ich kontroli, jako postanowień abuzywnych.

Dlatego opowiedzenie się za takim poglądem otwiera drogę objęcia kontrolą postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących świadczenia wykupu pod kątem niedozwolonych postanowień umownych, bowiem poza sporem jest to, że postanowienia dotyczące świadczenia wykupu nie były z powodami indywidualnie uzgodnione.

Incydentalnej (indywidualnej) oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się z kolei według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny (art. 385<sup>2</sup> k.p.c.).

Sąd Okręgowy podziela pogląd, iż w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., „rażące naruszenie interesów konsumenta” oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym,

natomiast „działanie wbrew dobrym obyczajom” w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. Obie, wskazane w tym przepisie, formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta (tak: wyrok SN z dnia 13 lipca 2005 r. sygn. I CK 832/04, LEX: 159111).

Pojęcia te mają charakter niedookreślony i ocenny; wymagają dokonania ich wykładni w każdej sprawie indywidualnie, z uwzględnieniem celu umowy, charakteru stosunku zobowiązaniowego, jak również zwyczajów i norm przyjętych w konkretnej dziedzinie aktywności gospodarczej (jest to szczególnie istotne w takich dziedzinach, które wytworzyły własne wzorce etyczne postępowania wobec konsumentów – takich jak bankowość, działalność ubezpieczeniowa itp.).

Klauzulę generalną zawartą w art. 385<sup>1</sup> k.c. uzupełnia przykładowa lista „niedozwolonych postanowień umownych” zamieszczona w art. 385<sup>3</sup> k.c.

Strona, kwestionując klauzulę wzorca, nie musi jednocześnie przyporządkować jej do jednej z klauzul objętej wyliczeniem. W tym zakresie odpowiedniej kwalifikacji dokonuje Sąd.

Podstawowym elementem przyjętych w obrocie gospodarczym dobrych obyczajów jest zasada lojalności, uczciwości i szacunku wobec kontrahenta.

Dlatego uznać trzeba za sprzeczne z dobrymi obyczajami takie działania, które zmierzają do niedoinformowania, dezinformacji, wykorzystania naiwności lub niewiedzy klienta, wprowadzenia go w błąd co do realnych obciążeń i ryzyk związanych z umową oraz co do tego, jakie świadczenia na swoją rzecz zastrzegł przedsiębiorca.

Jeśli chodzi o pojęcie „interesu konsumenta”, to obejmuje ono elementy ekonomiczne (przede wszystkim związane z zachowaniem ekwiwalentności świadczeń oraz proporcjonalności obciążeń nałożonych na konsumenta do realnych kosztów związanych z umową i wartości świadczeń uzyskanych przez konsumenta), ale również pozaekonomiczne, takie jak pewność obrotu, zaufanie, czas poświęcony na realizację swoich uprawnień, przekonanie o rzetelnym potraktowaniu przez drugą stronę umowy.

Ustawodawca wymaga, by naruszenie interesów konsumenta przez klauzulę abuzywną nastąpiło w stopniu „rażącym”, a zatem musi być to naruszenie znaczne, polegające na drastycznym odejściu od zasad uczciwego obrotu, lojalności, szacunku dla drugiej strony umowy.

Działanie wbrew „dobrym obyczajom” w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 13 września 2012 r., VI ACA 461/12, publ. LEX nr 1223500; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 27 maja 2009 r., VI ACA 1473/08, publ. LEX nr 785833).

Z tych względów Sąd Okręgowy podziela stanowisko, że postanowienia dotyczące świadczenia wykupu z umowy ubezpieczenia wiążącej strony niniejszego postępowania, w tym przepisy § 10 ust 5 oraz § 23 ust. 5 i 6 OWU (k. 33 i k. 41) stanowiących podstawę tej umowy przewidujące zaniżenie wartości części bazowej rachunku poprzez potrącenie pewnego rodzaju niezdefiniowanej bliżej „opłaty za wykup”, są klauzulami niedozwolonymi.

Choć w zawartych przez pozwaną z powodem umowach nie zostały użyte pojęcia opłaty likwidacyjnej czy też kary umownej, to postanowienia umowy przewidujące, że konsumentowi, jako ubezpieczonemu przysługuje zwrot ulokowanych środków pieniężnych w wysokości zaledwie ich ułamka, ustalonego osobno dla każdego roku polisowego, są jednak równoznaczne w skutkach z zastrzeżeniem opłaty likwidacyjnej.

Zatem świadczenie wykupu, o którym mowa w § 10 ust. 2 OWU ( k. 33 ) i dalszych postanowieniach OWU, jest niczym innym jak pozostałością po pobraniu „opłaty likwidacyjnej”.

Wspomnianego pojęcia zatem dosłownie w OWU ani w umowach nie użyto, jednakże sama istota opłaty likwidacyjnej została zachowana. Pomniejszenie świadczenia należnego ubezpieczającemu w wypadku wcześniejszego zakończenia umowy o określony z góry procent spełnia takie samo zadanie i służy temu samemu celowi, jakiemu służyła opłata likwidacyjna. W obu bowiem wypadkach pomniejszenie świadczenia konsumenta służyło pokryciu kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem umowy, w tym kosztów akwizycji i prowizji pośrednika.

Zdaniem Sądu Okręgowego rozpoznającego apelację w niniejszej sprawie w okolicznościach niniejszej sprawy uprawnione jest posługiwanie się przez powoda terminami „opłaty likwidacyjnej” czy „opłaty na wypadek rozwiązania umowy” na określenie procentu, o jaki świadczenie ubezpieczającego zostaje potrącone przez ubezpieczyciela.

Dlatego też dotychczasowy dorobek doktryny i judykatury wypracowany na temat instytucji opłat likwidacyjnych pozostaje adekwatny dla prawnej oceny ustalonego stanu faktycznego ( tak: wyrok SN z dnia 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13; OSNC 2014/10/103, publ. LEX nr 1413038).

Nie ma przy tym wątpliwości, że wysokość „opłaty likwidacyjnej” powinna być uzależniona jedynie od kosztów, jakie ponosi ubezpieczyciel w związku z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia i wykupem jednostek uczestnictwa. Opłata likwidacyjna lub jakiegokolwiek dalsze potrącanie wartości środków wypłaconych z subkonta składek regularnych (stanowiących przecież środki finansowe ubezpieczonego) są niedozwolone, niezależne od poniesionych przez stronę pozwaną kosztów, nadmiernie obciążają konsumenta, a tym samym rażąco naruszają jego interesy.

Analizując konkretne postanowienia wzorca konkretnej umowy warto zwrócić przy tym uwagę na zapis § 24 pkt. 1 OWU ( k.42), gdzie wymienionych jest osiem opłat, które pobiera fundusz za zarządzenie środkami. Już tylko z tego względu nie znajduje dostatecznego uzasadnienia postanowienie umowne, które przewiduje możliwość pobrania przez pozwaną od powodów kolejnych, dodatkowych opłat ze środków zgromadzonych przez powodów w celu oszczędzania i inwestowania, bez dokładnego i rzeczowego wyjaśnienia przyczyny jej pobierania i uzasadnienia konkretnej jej wysokości.

Z zebranego w sprawie materiału dowodowego nie wynika ( k. 105-107 i k. 115-116 oraz K. 178 ), aby powód był informowany przez agentów zawierających z nimi umowy o wysokości kosztów prowizji dla agenta w ustalonej kwocie, czy kosztach akwizycji. Powód – jak to ustalił Sąd I instancji nie miał wiedzy w zakresie ubezpieczeń i inwestowania.

Z zeznań świadka M. Z. – agenta ubezpieczeniowego pozwanej wynika ( k. 178 od 00:05:11 ), że OWU z powodem nie negocjowano.

Z góry zatem w oparciu o OWU założono pomniejszenie kwoty wypłaconej tytułem wykupu w stosunku do wartości inwestycji, przy jednoczesnym braku możliwości weryfikacji przez konsumenta, czy istotnie wartość pobranej „opłaty”, której wskaźnik zrelatywizowany jest wyłącznie do wartości zgromadzonych środków, odpowiada wartości kosztów poniesionych przez ubezpieczyciela. Samo tylko odwołanie się przez stronę pozwaną w § 10 ust. 5 OWU ( k. 33 ) do kosztów związanych z dystrybucją i zawarciem umowy oraz kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą tylko pozornie spełnia wymogi, jakie uznać można za pożądane w świetle przywołanego wyżej wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 roku. Dlatego uznać je należy za niewystarczające z punktu widzenia wskazanego standardu ochrony konsumenta.

W § 10 ust. 5 OWU (...)( k. 33 ) zapisano, że wypłacając świadczenie wykupu ubezpieczyciel nie nalicza ani nie potrąca z wypłacanego świadczenia jakiegokolwiek kary umownej lub odstępnego, w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, związanych z przedterminowym rozwiązaniem umowy.

Taki zapis w ocenie Sądu Okręgowego jest zbyt ogólny, aby traktować go jako klauzulę interpretacyjną,. Stanowi on w gruncie rzeczy negację rzeczywistej treści konkretnych postanowień umownych. Jednocześnie wprowadza w błąd

konsumenta sugerując, że przedterminowe rozwiązanie umowy nie wiąże się dla niego z poważniejszymi negatywnymi konsekwencjami.

Ubocznie Sąd Okręgowy zwrócił uwagę także na tabelę ( k.46-49), zgodnie z którą wypłacane są środki w zależności od tego, w którym roku dochodzi do rozwiązania umowy – z niewyjaśnionych przyczyn po upływie 15 roku polisy wypłacie podlega końcowo 96 % zgromadzonych środków, zatem 4 % stanowi kolejną ukrytą opłatę.

Nie można też zgodzić się ze stwierdzeniem, że zapis „wysokość świadczenia wykupu na dany dzień jest równa wartości części wolnej rachunku oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku wskazanego w ustępie 15 załącznika nr 1 do OWU” jest zapisem sformułowanym na tyle jasno, aby ubezpieczony był w stanie określić jaką otrzyma sumę w przypadku rozwiązania umowy z innego powodu niż śmierć czy dożycie. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt konstrukcji zapisów umowy, w tym liczne odwoływanie się do innych paragrafów – powoduje to tyle, że zapisy umowy nie są czytelne, a już na pewno nie dla konsumenta.

W ocenie Sądu Okręgowego wprowadzenie do wzorca umowy tego rodzaju konstrukcji prawnej miało na celu pokrzywdzenie drugiej strony stosunku prawnego. Bez utraty przynajmniej części wpłaconych składek konsument nie miał możliwości rozwiązania umowy przed upływem 15 lat od jej zawarcia. Umowa przewidująca przy tym ( k. 48 ) „pobieranie” 98 % środków ze składek płaconych w pierwszym i drugim roku, następnie 80 % w trzecim roku inwestowania, rażąco narusza zasadę równości obu stron stosunku prawnego, zwłaszcza, że ekwiwalentne świadczenie po stronie ubezpieczyciela nie istnieje.

Sąd Okręgowy zwraca także uwagę na fakt, że świadczenie to jest rażąco wygórowane i obciążające wyłącznie jedną ze stron stosunku prawnego, przez co prowadzi do nieuzasadnionego wzbogacenia ubezpieczyciela.

Za sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumenta należy więc uznać takie ukształtowanie stosunku prawnego z konsumentem, w ramach którego, w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia konsument traci w sposób nieuzasadniony większą część środków wpłaconych uprzednio tytułem składek. Nie oznacza to całkowitej niemożności wprowadzania tego typu potrąceń, lecz obowiązek takiego ich ukształtowania, który będzie odpowiadał przepisom prawa. Pozwany oferując powodowi określony produkt ubezpieczeniowy był, co do zasady, uprawniony do obciążenia swojego kontrahenta kosztami manipulacyjnymi związanymi z obsługą umowy.

Dodatkowo choć nominalna wartość opłaty określona jako procent środków zgromadzonych w wyniku opłacania składek malała, to zakładając, że składki byłyby opłacane w kolejnych latach, rzeczywista wartość opłat wyrażona kwotowo nie malałaby ale rosła. by w piątym roku trwania umowy osiągnąć maksymalną wartość. Działoby się tak nawet przy założeniu, że ilość środków zgromadzonych przez powoda odpowiada jedynie dokonanym wpłatom i nie powiększa się pomimo działań pozwanego zarządzającego funduszem kapitałowym. Wysokość opłaty pozostawała więc w całkowitym oderwaniu od realnie ponoszonych kosztów przez pozwanego. Znacząca ich część wiązała się zresztą z zawarciem umowy (koszty pośrednictwa) i pojawiła się na początku trwania umowy.

Naliczenie procentowe nie ma więc charakteru świadczenia odszkodowawczego, zatem można uznać, iż zakwestionowane postanowienie wzorca podpada pod dyspozycję art. 385<sup>3</sup> pkt 17 k.c. (klauzula szara ) Prawidłowe jest zatem przyjęcie, iż przedmiotowe postanowienie narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejęcie przez pozwaną znacznej części środków w postaci pomniejszenia świadczenia należnego powodowi, niezależnie od tego, czy zakwalifikuje się je jako swego rodzaju „odstępne”, czy też jako sankcję finansową – w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez pozwanego wydatków ( tak: wyrok SO w Nowym Sączu III Ca 6/16 portal orzeczeń ).

Niedopuszczalna jest sytuacja, w której jedna ze stron wykorzystując swoją pozycję profesjonalisty, kształtuje wzorzec umowny w taki sposób, że wprowadza do niego konstrukcję prawną, która prowadzi do pokrzywdzenia drugiej strony stosunku prawnego, w tym wypadku konsumenta. W szczególności nie może mieć miejsca przypadek, w którym konsument zostaje obciążony nadmiernymi, a wręcz nawet rażąco wygórowanymi kosztami manipulacyjnymi, nie przystającymi w żaden sposób do rzeczywistych wydatków ponoszonych w tym zakresie. Dokładnie tak właśnie stało się w niniejszej sprawie, bowiem strona pozwana arbitralnie narzuciła powodowi zawyżony, swoisty „taryfikator”

potrąceń, kierując się w tej sferze wyłącznie własnym partykularnym interesem. Należywym wytlumaczeniem dla zakładu ubezpieczeń nie może być to, że cel umowy ubezpieczeniowej o charakterze takim, jak łączył strony, zakładał istnienie długotrwałego, stabilnego stosunku prawnego w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewnić miało także ubezpieczycielowi określone korzyści. Zrozumiałe jest więc, że pozwana była zainteresowana jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania. Jednakże podkreślić trzeba, że mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może polegać na swoistym sankcjonowaniu, w przypadku wypowiedzenia przez nich umowy, utratą znacznej części wpłaconych w formie składek ubezpieczeniowych środków finansowych.

Wobec tego uznać należy, że w tym konkretnym przypadku nastąpiły przesłanki pozwalające na uznanie, iż uregulowania dotyczące opłaty warunkowej są niedozwolonymi postanowieniami umownymi i jako takie nie wiążą powodów. Są sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszają interesy klienta, nie dotycząc głównych świadczeń stron, nie były też uzgadniane indywidualnie, a zostały narzucone we wzorcu umownym, w sposób nieusprawiedliwiony nakładając na konsumenta obowiązek uiszczenia opłaty warunkowej bez możliwości określenia, jakie świadczenie wzajemne ze strony pozwanej mu się należy. Konsument nie ma możliwości stwierdzenia, czy jego świadczenie jest ekwiwalentne i uzasadnione oraz zweryfikowania wysokości dokonywanej opłaty, pozwany natomiast dysponuje mechanizmem naliczania opłat i fizycznego ich pobierania. Mechanizm ten jest przy tym taki sam bez względu na wysokość zgromadzonych środków i niezależny od poniesionych kosztów oraz związanego z umową ryzyka. Tego rodzaju dysproporcja praw przekracza zakres określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. Wobec tego, w ocenie Sądu, objęta sporem klauzula rażąco narusza interes ekonomiczny konsumenta, który zostaje obciążony opłatą nie mającą związku z poniesionymi kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy.

Nawet jednak gdyby hipotetycznie uznać, że przedmiotowe świadczenie jest zasadniczym świadczeniem z umowy stron, to zapisy jego dotyczące budzą wątpliwość, bowiem są sformułowane w sposób niejednoznaczny.

Uznanie świadczenia wykupu za świadczenie główne nie oznaczałoby zatem w okolicznościach niniejszej sprawy niedopuszczalności badania pod kątem niedozwolonego postanowienia umownego samego pomniejszenia jego wysokości w zakresie wartości części bazowej rachunku o koszty poniesione przez ubezpieczyciela związane z dystrybucją i zawarciem umowy oraz koszty związane z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, o których mowa w § 10 ust. 5 OWU (...) (k. 33) i ust. 15 Załącznika nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia (k. 48).

Pomimo formalnego wskazania, iż pomniejszenie świadczenia następuje o określone koszty - mechanizm ustalania kosztów nie został konsumentowi wyjaśniony, skoro jego odniesienie następuje tylko do określonego procentu potrącenia. W dalszym ciągu konsument nie jest zatem w chwili zawarcia umowy w stanie realnie ocenić wszystkich aspektów proponowanej przez pośrednika umowy ubezpieczenia, a w szczególności nie jest świadomy realnej wysokości kosztów, jakie ubezpieczyciel określa mianem kosztów związanych z dystrybucją i zawarciem umowy oraz kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą. Takie sformułowanie ogólnych warunków ubezpieczenia uniemożliwia konsumentowi dokonanie rzeczywistej weryfikacji wysokości kosztów i poprawności ich wyliczenia oraz ustalenie, czy takie warunki są dla niego opłacalne. W okolicznościach niniejszej sprawy jedynie ogólne i procentowe odniesienie się do kosztów nie pozwalało powodowi choćby na stwierdzenie czy prawidłowo ustalono wynagrodzenie prowizyjne na rzecz agencji, która zawarła z nimi umowę.

Po drugie, takie określenie wysokości kosztów nie realizuje obowiązku ubezpieczyciela do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, jaki wynikał z art. 13 ust 4 pkt 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczeń na życie, która obowiązywała w chwili zawarcia umowy. Zasady ustalania wysokości kosztów nie zostały w ogólnych warunkach ubezpieczenia ani w umowie określone.

Po trzecie wreszcie, sposób określenia kosztów poprzez odniesienie się do jedynie do procentowej wartości rynkowej funduszu bez wskazania sposobu ustalania ich wysokości, pozostaje w całkowitym oderwaniu od faktycznie poniesionych kosztów związanych z umową.

Trudno zatem nie zauważyć, że tak określony mechanizm nie ma na celu ani zwrotu ubezpieczycielowi realnie poniesionych kosztów ale raczej zniechęcenie konsumenta do wcześniejszego rozwiązania stosunku umownego, bez jednoczesnego umożliwienia mu już w chwili zawarcia umowy oceny wysokości tych kosztów. Takie ukształtowanie obowiązku nałożonego na konsumenta jest niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz z zasadą konstruowania jasnych i przejrzystych postanowień umownych bez zatajania jakichkolwiek okoliczności mających wpływ na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta w razie zawarcia umowy (art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.).

Uznanie w okolicznościach niniejszej sprawy za niedozwolonego postanowienia umownego stanowiącego klauzulę upoważniającą stronę pozwaną do potrącenia z należnego powodowi świadczenia wykupu określonych kosztów ma ten skutek, że postanowienie to upada w całości.

Dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy nie ma zatem znaczenia to, jakie rzeczywiście koszty poniosła strona pozwana w związku z zawarciem każdej z umów. W szczególności brak jest podstaw do pomniejszenia świadczenia powoda o wysokość rzeczywiście poniesionych przez stronę pozwaną kosztów. Takie ukształtowanie stosunku umownego stanowi swoistą sankcję dla przedsiębiorcy za ukształtowanie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, w sposób rażąco naruszający jego interesy.

Przywołać w tym miejscu należy pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w wyroku z dnia 19 marca 2007r., II SK 21/06, w którym podkreślono, iż choć przedsiębiorca może stosować postanowienia wzorca umownego określające zasady odpowiedzialności finansowej konsumenta w przypadku wcześniejszego wypowiedzenia umowy, to jednak zasady tej odpowiedzialności muszą pozostawać w związku z kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy. Warunki te nie zostały jednak spełnione w umowie skonstruowanej przez apelującego.

W każdym bądź razie apelująca okoliczności tych w żaden sposób nie wykazała. Nie jest bowiem wystarczające przedstawienie zestawienia i oświadczenia pracownika pozwanego w przedmiocie kosztów związanych z realizacją umowy. Są one ogólnikowe i nie pozwalają na weryfikację tych kosztów pod kątem rzeczywistej niezbędności ich poniesienia. Zaznaczyć należy, że zostały one skalkulowane niekorzystnie dla konsumenta, bowiem w całości kosztami tymi obciążona byłaby powód.

**Zaskarżone orzeczenie nie narusza również art. 18 ust. 2** poprzednio obowiązującej ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U.2015.1206). Zaznaczyć należy, że niewłaściwe sformułowanie przez profesjonalistę OWU może wiązać się z niekorzystnymi konsekwencjami, a nawet stratą. Ryzyko takie jest jednak wpisane w działalność pozwanej. To, że celem pozwanej jest osiągnięcie rentowności nie oznacza, że wszystkie podejmowane przez nią działania muszą mieć taki rezultat. Pamiętać trzeba, że rozwiązanie umowy i zwrot świadczenia powodowi w takim wypadku nie było głównym świadczeniem umowy, a prawidłowe określenie sposobu ustalania wysokości opłaty warunkowej i powiązanie jej z rzeczywistymi kosztami poniesionymi przez pozwaną dawałoby szansę na jej zatrzymanie. Powiązanie to winno przy tym nastąpić w umowie, a nie następczo w toku procesu z powodem. Zaznaczyć też trzeba, że ryzyko stosowania klauzul abuzywnych obciąża pozwaną, która winna prawidłowo formułować swoją ofertę. Jest to ryzyko, które ponosi prowadząc działalność w sposób zawodowy.

Wbrew twierdzeniom apelacji Sąd I instancji **nie naruszył art. 405 k.c. i art. 410 k.c.** Zgodnie z treścią tych przepisów, kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości. Świadczenie jest nienależne, jeżeli ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył, albo jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty, albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia.

Poczynione wyżej ustalenia faktyczne przesądziły, iż opłata warunkowa stanowi klauzulę abuzywną i w tej mierze postanowienia wzorca umownego nie wiążą powodów. Zatrzymana przez pozwaną kwota bezpodstawnie ją wzbogaca, stanowi więc świadczenie nienależne, które pozwana zobowiązana jest zwrócić.

Powoływanie się przez apelującą na ewentualne zużycie korzyści uzyskanych w wyniku zawarcia umowy z powodami pozostaje bez znaczenia dla rozstrzygnięcia.

Apelująca w żaden sposób nie wykazała, że zużyła uzyskaną korzyść lub utraciła ją w taki sposób, że nie jest już wzbogacona. Zwrócić należy uwagę na to, że jedynie bezproduktywne zużycie korzyści mogłoby prowadzić do wyłączenia odpowiedzialności pozwanego.

Na pozwanej spoczywał w takim wypadku ciężar wykazania, że doszło do takiego wyzbycia się uzyskanej korzyści. Nie zostało to jednak udowodnione. Przeznaczenie korzyści na spłatę zobowiązań bądź realizację własnych zobowiązań prowadzi do zmniejszenia pasywów. Nie można więc w takiej sytuacji mówić o braku wzbogacenia pozwanej. W takim duchu wypowiedział się również Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 grudnia 1998 r. I CKN 918/97 ( publ. LEX nr 55395 ).

Nadto traktowanie zapłaty wynagrodzenia pośrednikowi, który doprowadził do zawarcia umowy, jako zużycia korzyści oznaczałoby, że doszło do tego zanim w ogóle została ona uzyskana. Wynagrodzenie to jest wypłacane bowiem najczęściej wcześniej niż dochodzi do świadczenia ze strony ubezpieczonego. Trudno więc mówić o zużyciu surogatu składki. Pozwana nie była też właścicielem środków zgromadzonych na rachunku powodów. Wpłata składek na rachunki nie stanowiła więc korzyści dla pozwanej.

Za utrwalony zarówno w doktrynie jak i orzecznictwie należy przyjąć pogląd, że przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu należy stosować wtedy, gdy brak jest innego środka prawnego umożliwiającego dochodzenie należności. Sąd Okręgowy w pełni podziela stanowisko zawarte w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2004 r., sygn. akt V CK 193/03, w którym stwierdzono, iż w obowiązującej u nas formule prawnej bezpodstawnego wzbogacenia nie ma podstaw do przypisania tej instytucji pełnienia funkcji swoistej „conditionis generalissimae”. Dlatego też w orzecznictwie Sądu Najwyższego odrzuca się zbieg roszczenia z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia z roszczeniami z tytułu wykonania (niewłaściwego wykonania) umowy. Podkreśla się, że gdy w danym stosunku prawnym stronie przysługuje wierzytelność wynikająca z umowy, może ona dochodzić tylko tej wierzytelności. Dopuszczenie wówczas możliwości dochodzenia zamiast tej wierzytelności roszczenia z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia podważałoby sens szczegółowych unormowań stosunków obligacyjnych, uwzględniających ich specyfikę (zob. też wyrok SN z dnia 18 stycznia 2002 r. sygn. akt I CKN 810/99; wyrok SN z dnia 12 marca 1998 r. sygn. akt I CKN 522/97).

Zaznaczyć należy, że nawet świadomość konsumenta co do tego, że z zawarciem umowy wiążą się koszty po stronie pozwanej nie jest tu przesadzające. Wysokość, a nawet skala tych kosztów nie była powodowi znana i nie była możliwa do zidentyfikowania przy zawarciu umowy.

Jak słusznie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 grudnia 2013 r., sygn. akt I CSK 149/13, aspekt informacyjny ma doniosłe znaczenie ze względu na nadal niezadawalający poziom wiedzy i świadomości prawnej konsumentów jako słabszej w stosunku do profesjonalnego kontrahenta strony stosunku zobowiązaniowego. Wyjaśnienie konsumentowi w postanowieniach ogólnych warunków umów mechanizmu wyliczania poszczególnych opłat w tym opłat za likwidację polisy pozwoliłoby ubezpieczającemu realnie ocenić wszystkie aspekty proponowanej przez pośrednika umowy ubezpieczenia i ocenić, czy zawarcie umowy jest dla konsumenta rzeczywiście korzystne z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, które mogą nastąpić w przyszłości i skłonić go do ewentualnego wcześniejszego rozwiązania tej umowy. W przeciwnym wypadku konsument decydujący się na podpisanie umowy, do której mają zastosowanie powołane wzorce umowy, nie jest świadomy, jakie grożą mu skutki za jej wypowiedzenie. Prawo konsumenta do uzyskania wiedzy o przedmiocie i warunkach transakcji jest zasadniczym prawem konsumenta. Oznacza to, że na profesjonalistcie ciąży obowiązek jasnego i czytelnego formułowania postanowień wzorców umownych dotyczących



podstawowych obowiązków konsumenta. Brak spełnienia tego warunku jest równoznaczny ze sprzecznością postanowień wzorca z dobrymi obyczajami oraz rażącym naruszeniem jego interesów.

W świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego Sąd Okręgowy uznał, zatem że zawarta w apelacji argumentacja pozwanej jest bezzasadna. Wbrew stanowisku apelującej nie można przyjąć, by abuzywność warunków każdej z umów ubezpieczenia można było oceniać na datę podpisania aneksu do tej umowy, a wywiedziony w tym zakresie lakoniczny zarzut naruszenia art. 316 § 1 k.p.c. jest chybiony.

Sąd Okręgowy podziela w pełni prezentowane w tej kwestii stanowisko Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, że dla oceny abuzywności postanowień umownych decydujący jest moment zawarcia umowy. Rażące naruszenie interesów konsumentów należy uznać za wadę pierwotną istniejącą w momencie zawierania umowy, dla oceny której okoliczności powstałe później – na etapie jej wykonywania, a nawet rozwiązanie umowy – nie powinny mieć znaczenia. Niedozwolone postanowienia umowne są bezskuteczne w stosunku do konsumenta od początku jej obowiązywania. Zastosowanie nowych zasad obliczania wysokości opłaty pobieranej w przypadku rozwiązania umowy niezależnie, czy w oparciu o wytyczne wynikające z Decyzji Prezesa UOKiK, czy w oparciu o zawarty aneks, nie może wykluczyć możliwości stwierdzenia abuzywnego charakteru postanowienia określającego obowiązek ponoszenia opłat związanych z wcześniejszym rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, które, jak już wskazano, nie wiąże stron od momentu zawarcia umowy.

Zarówno uprawnienie powoda do wykupu polisy, jak i uprawnienie pozwanej do pobrania opłaty z tytułu wykupu, wynikają z postanowień umowy ubezpieczenia (OWU) w jej pierwotnym brzmieniu. Wysokość zastrzeżonej w ten sposób opłaty za wykup została później ograniczona poprzez wprowadzenie dodatkowego limitu jej wysokości, określonego za pomocą zdefiniowanego w aneksie pojęcia „wartość umowy”. Konsument nie miał jednak żadnego wpływu na treść tego aneksu. Zatrzymana przez pozwaną opłata w dalszym ciągu pozostaje „opłatą z tytułu całkowitego wykupu wartości polisy”, o której mowa w OWU.

Przyjąć zatem należy, iż postanowienia abuzywne nie wiążą konsumentów od chwili zawarcia umowy i nie istnieje możliwość dokonania ich zmiany w czasie obowiązywania umowy ani przez sąd, ani przez Prezesa Urzędu. Celem aneksu, który konsument podpisał w związku z wydaną decyzją Prezesa UOKiK, nie jest ukształtowanie na nowo warunków pierwotnie zawartej umowy, lecz jedynie zobowiązanie się pozwanej do niekorzystania z postanowienia OWU określającego wysokość opłaty związanej z rozwiązaniem umowy w zakresie przekraczającym wartość wskazaną w decyzji, przy pozostawieniu konsumentowi możliwości kwestionowania opłaty przed sądem w odniesieniu do zatrzymanej kwoty. Dodatkowo podkreślenia wymaga, że aneks dotyczy jedynie wysokości zatrzymywanej opłaty, nie ingerując przy tym w postanowienia wzorca określające obowiązek jej poniesienia, które należy ocenić jako abuzywne.

Zastosowanie w umowie postanowienia abuzywnego powoduje, że w tym zakresie umowa między stronami jest od początku bezskuteczna, a zmiany następujące po zawarciu umowy nie powodują, że klauzula przestaje być abuzywna. Uzależnienie uznania postanowienia umownego za niedozwolone od okoliczności występujących po zawarciu umowy prowadzić może bowiem do absurdalnego wniosku, że w jednym okresie kwestionowane postanowienie należałoby uznać za abuzywne, zaś w innym nie, a ponadto dopuszczałoby wielokrotne badanie tej samej klauzuli umownej w całym okresie obowiązywania umowy. Należy dążyć do tego, aby wynik testu abuzywności był zawsze taki sam, niezależnie od tego, w którym momencie po zawarciu umowy konsument wniesie powództwo.

### ***Niezasadny jest zarzut naruszenia art. 5 k.c.***

Pozwana nie wykazała, iż z własnych środków powiększyła rachunek jednostek funduszy powoda o kwotę 270 zł wskazaną w apelacji (k. 200). Stąd brak podstaw do uznania w świetle okoliczności że powód nadużywa swego prawa.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację pozwanej orzekając jak w pkt. I sentencji.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł jak w pkt. II sentencji na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 4 i 5 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych ( tekst jednolity Dz. U. 2018.265). stawka wynosi 1800 zł ( 50 % z 3600 zł ).

(...)

(...)