

Sygn. akt XXV C 3119/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 lipca 2021 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Paweł Duda

Protokolant: sekretarz sądowy Patryk Kaniecki

po rozpoznaniu w dniu 25 czerwca 2021 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa **Z. M.**

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

o zapłatę

I. zasądza od (...) Towarzystwa (...) z siedzibą w W. na rzecz Z. M. kwotę 100.814,65 zł (sto tysięcy osiemset czternaście złotych sześćdziesiąt pięć groszy) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 13 marca 2018 r. do dnia zapłaty;

II. oddala powództwo w pozostałej części;

III. zasądza od (...) Towarzystwa (...) z siedzibą w W. na rzecz Z. M. kwotę 19.549 zł (dziewiętnaście tysięcy pięćset czterdzieści dziewięć złotych złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania.

Sygn. akt XXV C 3119/19

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 2 lipca 2021 r.

Z. M. pozwem z dnia 26 marca 2018 r. wniósł o zasądzenie od (...) Towarzystwa (...) z siedzibą w W. kwoty 100.814,65 zł, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 26 lutego 2018 r. do dnia zapłaty.

Na uzasadnienie pozwu powód podał, że strony łączyła umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nr (...). Przedmiotem umowy było życie ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek. Powód rozwiązał umowę przed końcem okresu, na jaki została zawarta, z uwagi na pogorszenie się jego sytuacji finansowej. W związku z rozwiązaniem umowy pozwany zatrzymał kwotę 100.814,65 zł ze środków zgromadzonych przez powoda, powołując się na postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia. Zdaniem powoda, postanowienia §23 ust. 5 OWU oraz ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU, na podstawie których nastąpiło zatrzymanie powyższej kwoty, stanowią postanowienia abuzywne i bezskuteczne wobec powoda, bowiem prowadziły do pobrania rażąco wygórowanych opłat, oderwanych od rzeczywiście poniesionych przez ubezpieczyciela kosztów. Wobec tego powód domaga się zwrotu powyższej kwoty.

(...) Towarzystwo (...) z siedzibą w W. w odpowiedzi na pozew wniosła o oddalenie powództwa

w całości.

Pozwany zakwestionował roszczenie powoda co do zasady i co do wysokości oraz wskazał, że kwestionowane przez powoda postanowienia dotyczące ustalenia wysokości świadczenia wykupu nie mogą zostać uznane za niedozwolone, ponieważ określają jedno

z głównych świadczeń umowy ubezpieczenia i zostały sformułowane jednoznacznie. Uznanie kwestionowanych postanowień za niedozwolone zwolniłoby pozwanego od obowiązku świadczenia w przypadku wcześniejszego zakończenia umowy, a roszczenie powoda byłoby bezpodstawne (doszłoby do całkowitego usunięcia z umowy ubezpieczenia na życie i dożycie jedynego postanowienia, które określa wartość wykupu w wypadku przedwczesnego rozwiązania umowy). Pozwany zarzucił nadto, że powód nie wykazał podstaw materialnoprawnych roszczenia wywiedzonego na podstawie art. 385¹ § 1 k.c.,

w szczególności nie wykazał przesłanki naruszenia dobrych obyczajów oraz rażącego naruszenia interesów konsumenta. Dla konsumenta, dla którego najważniejsze jest uzyskanie jak najwyższego świadczenia na koniec okresu ubezpieczenia, zastosowany mechanizm polegający na odroczeniu kosztu początkowego metodą aktuarialną, co wiąże się z niższą wysokością świadczenia w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy ubezpieczenia, jest modelem korzystnym. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia z powodem pozwany poniósł szereg kosztów. W szczególności, w momencie rozwiązania umowy ubezpieczenia pozwany jest zobowiązany rozliczyć koszty akwizycji, które winien pokryć z wpłaconych przez powoda środków. Pozwany podniósł, że roszczenie powoda narusza zasady współżycia społecznego, w szczególności zasadę pacta sunt servanda. Powód dąży bowiem do przerzucenia na pozwanego ryzyka, jakiego podjął się składając wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia i dokonując wyboru funduszy, w które ma być alokowana wpłacana składka, oraz dąży do pozbawienia pozwanego prawa do wynagrodzenia za wykonywane czynności, narażając pozwanego na poniesienie bardzo dużej straty.

Po rozpoznaniu powództwa Z. M., Sąd Okręgowy w Warszawie wyrokiem z dnia 24 stycznia 2019 r. sygn. akt III C 505/18 powództwo oddalił i zasądził od Z. M. na rzecz (...) Towarzystwa (...) S.A. (...) w W. kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Na skutek apelacji powoda, Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia

18 października 2019 r. uchylił powyższy wyrok Sądu Okręgowego i sprawę przekazał do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Warszawie, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach procesu w instancji odwoławczej. W uzasadnieniu wyroku Sąd Apelacyjny wskazał, że Sąd Okręgowy nie rozpoznał istoty sprawy, bowiem oddalił powództwo z uwagi na nieudowodnienie przez powoda, iż treść umowy nie została z nim indywidualnie uzgodniona, niezasadnie uznając, że to na powodzie spoczywał obowiązek wykazania tego faktu. Ciężar dowodu w tym zakresie spoczywał jednak na pozwanym, który nie udowodnił, że postanowienia umowne zostały z powodem uzgodnione indywidualnie. Wobec tego Sąd Okręgowy miał obowiązek dokonania oceny przesłanek abuzywności wskazanych w art. 385¹ § 1 k.c., czego zaniechał. Sąd Apelacyjny wskazał, że przy ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Okręgowy dokona merytorycznej oceny żądania pozwu polegającej na ustaleniu, czy łączące strony postanowienia umowy, na podstawie których nastąpiło zatrzymanie części zgromadzonych środków są postanowieniami abuzywnymi w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

W piśmie procesowym z dnia 4 czerwca 2020 r. powód zmodyfikował powództwo w zakresie odsetek, wnosząc o zasądzenie – od żądanej kwoty 100.814,65 zł – odsetek ustawowych za opóźnienie od dnia 26 lutego 2018 r. do dnia zapłaty, podtrzymując dotychczasową argumentację w sprawie.

Natomiast pozwany w piśmie procesowym z dnia 15 czerwca 2020 r. podtrzymał stanowisko o oddaleniu powództwa w całości, podnosząc dodatkowo, że w ramach przyznanego bonusu pozwany z własnych środków dopisał do rachunku powoda tytułem dodatkowej alokacji kwotę 12.000 zł. Wobec tego żądanie zwrotu kwoty 12.000 zł równej kwocie przyznanej premii musi zostać ocenione jako prowadzące do nieuprawnionego wzbogacenia powoda kosztem pozwanego.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Z. M. w 2010 r. spotkał się z doradcą finansowym z (...) S.A. Doradca finansowy przedstawił powodowi ofertę zainwestowania środków finansowych w umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w (...) S.A., informując powoda, że jest to inwestycja korzystniejsza niż lokata bankowa. Doradca przedstawił powodowi tabelę, w której były pokazane zyski ze środków zainwestowanych w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, wyższe niż na lokatach bankowych. Po rozmowie z doradcą, w dniu 11 grudnia 2010 r. powód złożył za pośrednictwem (...) S.A. na gotowym formularzu wniosek o zawarcie Umowy (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną (...), na okres 15 lat, ze składką regularną w wysokości 5.000 zł. W podpisanym przez powoda wniosku o ubezpieczenie znajdowało się oświadczenie, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymał i zapoznał się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną (...) (...), o indeksie (...), Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych o indeksie (...)- (...) oraz Wykazem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oraz innych Pozycji Inwestycyjnych oferowanych przez (...) S.A. o indeksie (...). W dacie składania wniosku i zawierania umowy ubezpieczenia Z. M. był dentystą i prowadził działalność gospodarczą w postaci gabinetu stomatologicznego. Przedmiotowa umowa ubezpieczenia nie miała związku z działalnością powoda, lecz była jego prywatną inwestycją. Była to pierwsza tego rodzaju inwestycja powoda (wniosek o zawarcie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – k. 76-77, potwierdzenie przyjęcia wniosku – k. 77v., zeznania świadka K. B. – k. 113-114, przesłuchanie powoda Z. M. – k. 224v.).

Na podstawie powyższego wniosku o ubezpieczenie, (...) S.A. i Z. M. (ubezpieczający, uposażony) zawarli w dniu 15 grudnia 2010 r. umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną (...) (...), potwierdzoną polisą nr (...). Jako początek okresu ubezpieczenia wskazano w polisie 15 grudnia 2010 r., a jako koniec okresu ubezpieczenia (data dożycia) 14 grudnia 2025 r. Składkę regularną określono na 5.000 zł, płatną miesięcznie. Świadczenie z tytułu dożycia określono jako wartość rachunku. Świadczenie z tytułu śmierci określono jako wyższą z kwot: kwotę równą wartości rachunku powiększoną o kwotę równą 10% wartości części bazowej rachunku lub kwotę równą sumie wpłaconych składek regularnych i składek dodatkowych zmniejszoną o wartość środków odpisanych z rachunku jednostek funduszy w związku z częściowymi wypłatami świadczenia wykupu. Świadczenie wykupu określono jako kwotę nie wyższą niż kwota odpowiadająca wartości części wolnej rachunku, powiększoną o określony procent wartości części bazowej rachunku, zgodnie z tabelą wskazaną w Załączniku nr 1 do OWU. Jako uposażoną wskazano w polisie J. M. (polisa nr (...) z 15.12.2010 r. – k. 19).

W myśl postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną (...) (zwanych dalej również „OWU”), treść umowy zawarta jest we wniosku o zawarcie umowy, OWU, Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, szczegółowych regulaminach dotyczących dodatkowych usług oferowanych przez ubezpieczyciela związanych z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi, polisie, załącznikach do polisy oraz innych dokumentach wystawionych przez ubezpieczyciela w związku z umową lub uzgodnionych przez strony umowy.

W § 2 OWU zdefiniowano: „świadczenie wykupu” jako kwotę świadczenia z umowy wypłacaną przez ubezpieczyciela w przypadkach określonych w OWU, z przyczyn innych niż dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia, śmierci ubezpieczonego lub odstąpienie przez ubezpieczającego od umowy; „wartość rachunku” jako wartość wszystkich środków zapisanych na rachunku jednostek uczestnictwa funduszy równą sumie wartości części bazowej rachunku oraz wartości części wolnej rachunku; „okres bazowy” jako okres pierwszych 7 lat polisy (z zastrzeżeniem § 15 ust. 6); „wartość części wolnej rachunku” jako stanowiąca część wolną rachunku wartość środków zapisanych w danym dniu na rachunku jednostek funduszy, obliczoną jako liczbę jednostek funduszy pomnożoną przez właściwe ceny jednostek funduszy, powiększoną

o wartość gotówki; „wartość części bazowej rachunku” jako stanowiąca część bazową rachunku wartość środków zapisanych w danym dniu na rachunku jednostek funduszy, obliczoną jako liczba jednostek funduszy pomnożoną przez właściwe ceny jednostek funduszy, powiększoną o wartość gotówki.

Zgodnie OWU, przedmiotem umowy jest życie ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych w okresie na jaki umowa została zawarta. Celem umowy nie jest realizacja zysków w krótkim horyzoncie czasowym (§ 3 ust. 1 OWU). Zakres ubezpieczenia obejmuje: 1) dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia, 2) śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia (§ 3 ust. 2 pkt 1 i 2 OWU).

W przypadku zajścia zdarzenia opisanego w § 3 ust. 2 pkt. 1 OWU, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie z tytułu dożycia w wysokości kwoty równej wartości rachunku (§ 4 ust. 1 OWU).

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanej w § 3 ust. 2 pkt 2 OWU, ubezpieczyciel wypłaca uposażonemu lub innej osobie uprawnionej świadczenie z tytułu śmierci w wysokości wyższej z następujących kwot: 1) kwoty równej wartości rachunku powiększonej o kwotę równą dziesięć procent wartości części bazowej rachunku lub 2) kwoty równej sumie wpłaconych składek regularnych i składek dodatkowych, zmniejszonej o wartość środków odpisanych z rachunku jednostek funduszy w związku z częściowymi wypłatami świadczenia wykupu (§ 4 ust. 2 OWU).

W przypadku zajścia zdarzeń określonych w OWU, innych niż wskazane w § 3 ust. 2 lub § 6 ust. 2 (odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego w terminie 30 dni licząc od daty doręczenia polisy), ubezpieczyciel wypłaca 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 (§ 4 ust. 3 OWU).

W każdym czasie trwania umowy, ubezpieczający może złożyć pisemne oświadczenie o rozwiązaniu umowy. W przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa powyżej, postanowienia dotyczące zasad dokonywania wypłaty świadczenia wykupu stosuje się odpowiednio (§ 6 ust. 9 OWU).

Zgodnie z OWU, umowa ulega rozwiązaniu wskutek: 1) odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego – z dniem doręczenia do siedziby ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia ubezpieczającego o odstąpieniu, 2) rozwiązania umowy przez ubezpieczającego – z dniem doręczenia do siedziby ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia ubezpieczającego o rozwiązaniu, 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej w przypadku, o którym mowa w § 12 ust. 7 pkt 1 – z upływem ostatniego dnia 45-dniowego okresu, wskazanego w § 12 ust. 6, 4) śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia – z dniem doręczenia do siedziby ubezpieczyciela aktu zgonu, 5) dożycia przez ubezpieczonego daty dożycia – z dniem daty dożycia, 6) wypłaty świadczenia wykupu – z dniem doręczenia wniosku o całkowitą wypłatę świadczenia wykupu (§ 10 ust. 1 OWU).

W przypadku przedterminowego rozwiązania umowy, na skutek zdarzeń, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 2) – 3) i pkt 6), wypłacana wysokość świadczenia wykupu w zakresie wartości części bazowej rachunku uwzględnia jej pomniejszenie o koszty poniesione przez ubezpieczyciela związane z dystrybucją i zawarciem umowy oraz o koszty związane z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, które w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy nie będą mogły zostać pokryte z opłat, określonych w § 24 ust. 1, jakie byłyby pobierane przez ubezpieczyciela w trakcie całego okresu, na jaki umowa została zawarta. Wypłacając świadczenie wykupu ubezpieczyciel nie nalicza ani nie potrąca z wypłacanego świadczenia jakiegokolwiek kary umownej lub odstepnego, w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, związanych z przedterminowym rozwiązaniem umowy (§ 10 ust. 5).

W OWU postanowiono, że składka regularna opłacana jest z góry, nie później niż do pierwszego dnia okresu, za który jest należna, z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną (§ 12 ust. 1 OWU). W przypadku, gdy składka regularna nie zostanie opłacona najpóźniej w okresie 45 dni od pierwszego dnia okresu, za który jest należna: 1) w okresie bazowym oraz po jego upływie, jeśli nie zostały opłacone składki regularne należne za okres bazowy – umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem 45-dniowego okresu, 2) po okresie bazowym, pod warunkiem opłacenia składek regularnych należnych za okres bazowy – umowa ulegnie przekształceniu w umowę bezskładkową (§ 12 ust. 7 OWU).

W § 17 OWU przewidziano, że w pierwszym roku polisy ubezpieczyciel dokona powiększenia rachunku jednostek funduszy, poprzez zapisanie na rachunku jednostek funduszy dodatkowej kwoty, której wartość odpowiada 20% wartości składki regularnej należnej w pierwszym roku polisy, aktualnej na dzień zawarcia umowy (ust. 5). Kwota określona w ust. 5 zostanie podzielona na taką liczbę równych części, która odpowiada liczbie składek regularnych należnych w pierwszym roku polisy, ustalonych dla danej umowy. Każda część kwoty, o której mowa w ust. 5 zostanie zapisana na rachunku jednostek funduszy w terminie odpowiadającym terminowi zapisania na rachunku jednostek funduszy kwoty kolejno wpłacanej składki regularnej (ust. 6).

Zgodnie z OWU, ubezpieczający ma prawo, począwszy od drugiej rocznicy polisy, wystąpić o całkowitą wypłatę świadczenia wykupu, pod warunkiem, że opłacił wszystkie składki regularne w należnej wysokości, wymagane do dnia złożenia wniosku o wypłatę świadczenia wykupu. Złożenie wniosku o całkowitą wypłatę świadczenia wykupu skutkuje rozwiązaniem umowy z dniem złożenia wniosku (§ 23 ust. 1 OWU). Wysokość świadczenia wykupu na dany dzień jest równa wartości części wolnej rachunku oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku, wskazanego w ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU (§ 23 ust. 5 OWU). Wysokość określonego procentu wartości części bazowej rachunku, o którym mowa w ust. 5, ustalana jest na podstawie okresu ubezpieczenia dla danej Umowy, aktualnego na dzień jej zawarcia, oraz roku oznaczającego: 1) w okresie bazowym oraz po jego upływie, jeżeli nie zostały opłacone składki regularne należne za okres bazowy: a) w przypadku, gdy nie nastąpiło zawieszenie opłacania składki regularnej – liczbę lat polisy, za które w pełni zostały zapłacone wszystkie składki regularne, powiększoną o 1, jednak nie wyższą niż rok polisy, w którym dokonywana jest całkowita lub częściowa wypłata świadczenia wykupu (§ 23 ust. 6 pkt 1 OWU).

Wysokość kwoty całkowitej lub częściowej wypłaty świadczenia wykupu, obliczana jest według cen jednostek funduszy z dnia wyceny danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, następującego nie później niż w trzecim dniu roboczym od dnia rozwiązania umowy lub odpowiednio dnia doręczenia wniosku o częściową wypłatę świadczenia wykupu (§ 23 ust. 9). Zamiana jednostek funduszy na gotówkę następuje niezwłocznie po dniu, na który została obliczona wysokość kwoty częściowej lub całkowitej wypłaty świadczenia wykupu § 23 ust. 11 OWU). Wypłata kwoty całkowitej lub częściowej wypłaty świadczenia wykupu, nastąpi niezwłocznie po otrzymaniu przez ubezpieczyciela wszystkich dokumentów, lecz nie później niż w terminie 14 dni od, uwzględnionego przy obliczaniu kwoty do wypłaty, dnia wyceny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, którego jednostki zostały odpisane najpóźniej. Począwszy od dnia wskazanego w ust. 11 do dnia wypłaty świadczenia, na rachunku jednostek funduszy zapisywana jest gotówka w wysokości ustalonej w oparciu o zasady określone w ust. 9, która jest nieoprocentowana. Kwota do wypłaty zostanie pomniejszona o kwotę należnych i niepobranych opłat (§ 23 ust. 12 OWU).

W § 24 OWU wskazano, że z tytułu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczyciel pobiera opłaty: 1) wstępną, 2) za udzielanie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, 3) za ryzyko, 4) administracyjną, 5) za zarządzanie aktywami rachunku jednostek funduszy, 6) za zarządzanie aktywami portfeli modelowych, 7) operacyjną, 8) inne z tytułu dodatkowych usług oferowanych przez ubezpieczyciela związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, określone w szczegółowych regulaminach (ust. 1), określono wysokość tych opłat (ust. 2-12) oraz wskazano, że opłaty te służą pokryciu kosztów związanych z obsługą i administrowaniem umową, kosztów jej dystrybucji, jak również innych kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą i pobierane są poprzez odpisanie z rachunku jednostek funduszy odpowiedniej części środków ubezpieczającego (ust. 15).

Zgodnie z ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU, określony procent części bazowej rachunku wypłacany ubezpieczającemu, w przypadku odpisania jednostek funduszy z części bazowej rachunku w związku z całkowitą lub częściową wypłatą świadczenia wykupu wynosi, w przypadku umowy zawartej na 15 lat, w 7 roku wykonywania umowy – 60%.

(OWU – 21-38, Załącznik nr 1 do OWU – k. 39-41).

Przedmiotowa umowa została zawarta według wzoru towarzystwa ubezpieczeń, jej zapisy nie były negocjowane pomiędzy powodem a towarzystwem ubezpieczeń (przesłuchanie powoda Z. M. – k. 224v.).

Umowa powyższa uległa rozwiązaniu z dniem 29 grudnia 2017 r. w związku ze złożeniem przez Z. M. wniosku o całkowitą wypłatę świadczenia wykupu. W okresie od zawarcia umowy ubezpieczenia do jej rozwiązania powód wpłacił składki w wysokości łącznej 425.000 zł. W dacie rozwiązania umowy, wartość rachunku jednostek funduszy (wartość umowy) wynosiła 463.272,60 zł, wartość części bazowej rachunku wynosiła 458.248,42 zł, a wartość części wolnej rachunku wynosiła 5.024,18 zł. Ubezpieczyciel określił świadczenie wykupu brutto na 325.798,07 zł i kwotę tę wypłacił powodowi po rozwiązaniu umowy ((pismo (...) S.A. z 23.01.2018 r. – k. 17, rozliczenie umowy – k. 18).

Pismem z 20 lutego 2018 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty wszystkich środków zgromadzonych przez powoda na rachunku polisy w terminie 3 dni od daty otrzymania wezwania lub przedstawienia propozycji ugodowej. Powód wyraził wolę zawarcia ugody, przedmiotem której byłoby ustalenie, że pozwany wypłaci mu 99 % wartości łącznie zatrzymanych przez pozwanego środków. Powód wskazał jednocześnie, że zapisy umowne, na podstawie których pozwany zatrzymał środki powoda stanowią niedozwolone klauzule umowne i nie wiążą powoda (pismo powoda z 20.02.2018 r. wraz z potwierdzeniem nadania z 21 lutego 2018 r. – k. 13-14).

W odpowiedzi na powyższe wezwanie, pozwany pismem z dnia 8 marca 2018 r. poinformował pełnomocnika powoda, że dążąc do polubownego rozwiązania sporu podjął decyzję o uzupełnieniu wypłaconego już świadczenia o kwotę 36.659,88 zł, na zasadach zawartych w Porozumieniu z dnia 19 grudnia 2016 r. pomiędzy Prezesem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów a (...) Towarzystwem (...) S.A. (...) (pismo pozwanego z 08.03.2018 r. – k. 15-16).

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie powołanych dowodów.

Sąd uznał za wiarygodne obiektywne dowody z dokumentów, które nie budziły wątpliwości co do ich autentyczności i nie były kwestionowane przez żadną ze stron postępowania.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadka K. B., w których świadek przedstawiła ogólne okoliczności związane z zawarciem przedmiotowej umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przez powoda i poprzednika prawnego pozwanego towarzystwa ubezpieczeń, gdyż zeznania te zostały złożone obiektywnie, wobec czego nie budziły wątpliwości.

Sąd dał wiarę również zeznaniom powoda, w których powód opisał okoliczności zawarcia umowy ubezpieczenia, w tym brak negocjowania zapisów umowy. Zeznania powoda korespondowały z dowodami z dokumentów, nie były sprzeczne z zeznaniami świadka, a w przedstawione w nich fakty nie budziły wątpliwości w kontekście zasad doświadczenia życiowego (w szczególności co do braku możliwości negocjowania szczegółowych warunków tego rodzaju umów).

Sąd na podstawie art. 235² § 1 pkt. 2 i 3 k.p.c. pominął dowód z opinii biegłego sądowego aktuarium zgłoszony przez pozwanego, którym pozwany chciał wykazać prawidłowość kalkulacji kosztów związanych z przedterminowym rozwiązaniem umowy, wpływ tych kosztów na wysokość świadczenia wykupu, wpływ postanowień umownych dotyczących wysokości świadczenia wykupu na sytuację finansową pozwanego i innych ubezpieczających, którzy zawarli z pozwanym analogiczne umowy ubezpieczenia. Wykazanie poniesienia kosztów w związku z konkretną umową ubezpieczenia zawartą

z powodem nie wymagało prowadzenia dowodu z opinii biegłego aktuarusza, którego zadaniem jest m.in. kalkulacja składki, profilu zyskowności oraz ustalanie szczegółowych parametrów produktów ubezpieczeniowych – w ogólności. Okoliczności powyższe, zwłaszcza akcentowana przez pozwanego okoliczność wypłaty prowizji dla pośrednika ubezpieczeniowego w związku z zawarciem umowy z powodem, mogła być wykazana za pomocą dokumentów, a nie za pomocą opinii biegłego. Pozostałe wyżej wymienione fakty nie miały natomiast znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. W tej sytuacji prowadzenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza nie było potrzebne i prowadziłyby tylko do nieuzasadnionego przedłużenia postępowania.

Sąd zważył, co następuje:

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. Stosownie do art. 805 § 2 k.c., przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Do umów ubezpieczenia należą ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, wymienione w dziale I grupie 3 Załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (tekst jedn.: Dz.U. z 2010 r., nr 11, poz. 66 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności ubezpieczeniowej”, obowiązującej w dacie nawiązania spornego stosunku ubezpieczenia. W istocie umowy takie w przeważającej mierze nie mają charakteru ubezpieczenia (czyli zapewnienia określonego świadczenia na wypadek wystąpienia określonego zdarzenia,

a więc nie mają na celu przerzucenia na ubezpieczyciela ryzyka zajścia takiego wypadku), lecz charakter oszczędnościowy, związany z inwestowaniem kapitału. Klasyczne świadczenie ubezpieczeniowe w takiej sytuacji ma znaczenie drugorzędne, albo wręcz symboliczne. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej kwalifikowała jednak takie umowy jako umowy ubezpieczenia. W swym elemencie inwestycyjno-oszczędnościowym wykraczać będą one jednak poza zakres regulacji przepisów Kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia, dlatego są to w istocie umowy o charakterze mieszanym (tak też: SN w orz. z 18.12.2013 r., I CSK 149/13, OSNC 2014/10/103, z 03.12.2015 r., III CZP 87/15, Biul. SN 2015/12, z 10.08.2018 r., OSNC 2019/5/57). W każdym razie zawieranie takich umów jest dopuszczalne na gruncie przywołanych regulacji prawnych. W przypadku tego rodzaju umów zakład ubezpieczeń zobowiązany został w art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia: 1) wykazu oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, 2) zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia, 3) regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne, 4) zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, 5) zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, 6) zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w szczególności w zakresie określonym w pkt 4 i 5, oraz terminu zamiany składek na jednostki tego funduszu.

Przedmiotowa umowa zawarta przez powoda ze (...) S.A. (poprzednikiem prawnym pozwanego Towarzystwa (...)) była umową z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Przewidziana ochrona życia powoda (ubezpieczonego) miała tu charakter symboliczny (§ 4 ust. 2 i § 21 ust. 4 OWU, a w umowie dominował aspekt kapitałowy, związany z długoterminowym lokowaniem płaconej składki ubezpieczeniowej we wskazane w umowie (wniosku o zawarcie umowy) ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe (§ 4 ust. 1 i § 23 ust. 3 OWU). Świadczenie ubezpieczyciela związane z kapitałową częścią przedmiotowej umowy polegało na wypłacie świadczenia z tytułu dożycia, tj. kwoty pieniężnej odpowiadającej wartości rachunku, którą stanowiła wartość wszystkich środków zapisanych na rachunku jednostek funduszy. Cel umowy zakładał zatem istnienie długotrwałego i stabilnego stosunku prawnego łączącego strony, który zmierzał do zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania

możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewniało także ubezpieczycielowi określone korzyści. Ubezpieczyciel pozostawał zatem niewątpliwie zainteresowany jak najdłuższym uiszczaniem składek przez ubezpieczającego w celu ich dalszego inwestowania.

Istotą sporu w niniejszej sprawie była zasadność zatrzymania przez towarzystwo ubezpieczeń kwoty 100.814,65 z rachunku powoda, prowadzonego w ramach przedmiotowej umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, wskutek wygaśnięcia wspomnianej umowy ubezpieczenia przed założonym terminem jej obowiązywania. Powód podnosił, że regulacje umowy ubezpieczenia, które pozwalały ubezpieczycielowi na zatrzymanie części środków zapisanych na rachunku

w przypadku wypłaty świadczenia wykupu na skutek rozwiązania umowy przed upływem piętnastego roku od zawarcia umowy (w przypadku powoda był to rok siódmy) stanowią niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., co z kolei kwestionowała strona pozwana. Przypomnieć należy zatem, że § 23 ust. 5 OWU stanowił, że wysokość świadczenia wykupu na dany dzień jest równa wartości części wolnej rachunku oraz określonego procentu części bazowej rachunku, wskazanego w ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU, zaś w ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU przewidziano,

że w przypadku wypłaty świadczenia wykupu w siódmym roku okresu ubezpieczenia udział ten wynosi 60%.

Odnosząc się do powyższego problemu wskazać trzeba, że celem ochrony konsumentów, jako strony ekonomicznie słabszej, ustawodawca w treści art. 385¹-385³ k.c. uregulował kwestię stosowania przez kontrahentów konsumentów, będących profesjonalnymi podmiotami obrotu gospodarczego, niedozwolonych postanowień umownych (tzw. klauzul abuzywnych). Powołane przepisy stanowią implementację dyrektywy Rady Unii Europejskiej nr 93/13/EWG z 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz.Urz. UE 1993 L 95/29). Zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Jeżeli postanowienie umowy zgodnie z § 1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie (art. 385¹ § 2 k.c.). W myśl art. 385¹ § 3 k.c. niezgodnione 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. Natomiast art. 385¹ § 4 k.c. stanowi, iż ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje. Zgodnie z art. 385² k.c. oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się 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. Klauzulę generalną zawartą w art. 385¹ k.c. uzupełnia przykładowa lista „niedozwolonych postanowień umownych” zamieszczona w art. 385³ k.c. Obejmuje ona najczęściej spotykane w praktyce klauzule, które uznawane są za sprzeczne z dobrymi obyczajami i zarazem rażąco naruszające interesy konsumenta. Ich wspólną cechą jest nierównomierne rozłożenie praw, obowiązków i ryzyka między stronami, prowadzące do zachwiania równowagi kontraktowej. Chodzi tu o takie klauzule, które jedną ze stron (konsumenta) z góry, w oderwaniu od konkretnych okoliczności, stawiają w gorszym (trudniejszym) położeniu. Zamieszczenie w umowie któregoś z postanowień wymienionych przykładowo w tym przepisie znacząco ułatwia wykazanie, że wypełnia ono przesłanki „niedozwolonego postanowienia umownego”. Art. 385³ k.c. ustanawia domniemanie, że klauzula umowna o określonej w przepisie treści jest „zakazanym postanowieniem umownym”. To „domniemanie” działa „w razie wątpliwości”, a zatem wówczas, gdy pojawią się wątpliwości co do tego, czy dopuszczalne jest posłużenie się określoną klauzulą w obrocie. W innych przypadkach przedsiębiorca musi wykazać, że wprowadzona do umowy klauzula, chociaż o „niedozwolonej” treści, nie kształtuje praw lub obowiązków konsumenta „w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy”. Wobec tego, aby określone postanowienie umowne mogło zostać uznane za abuzywne, spełnione muszą zostać łącznie cztery warunki:

- umowa musi być zawarta z konsumentem,
- postanowienie umowne nie zostało przez strony uzgodnione indywidualnie,
- postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy,
- postanowienie nie dotyczy głównych świadczeń stron, które zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Przenosząc powyższe zasady na grunt niniejszej sprawy wskazać trzeba, że:

1) sporna umowa ubezpieczenia została zawarta pomiędzy towarzystwem ubezpieczeń, jako przedsiębiorcą, a powodem, jako konsumentem, 2) postanowienia umowy dotyczące świadczenia wykupu nie zostały uzgodnione z powodem indywidualnie, 3) świadczenie wykupu nie należy do głównych świadczeń stron, 4) postanowienia OWU i Załącznika nr 1 do OWU, dotyczące możliwości procentowego obniżenia wartości świadczenia wykupu przez ubezpieczyciela w przypadku rozwiązania umowy na żądanie ubezpieczającego przed terminem, kształtują prawa i obowiązki powoda (konsumenta) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Oceniając spełnienie wymienionych wyżej przesłanek wskazać trzeba po pierwsze, że zgodnie z art. 43¹ k.c. przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna, o której mowa w art. 33¹ § 1 k.c., prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową. Powyższe kryteria spełniał poprzednik prawny pozwanego, zajmujący się profesjonalnie działalnością z dziedziny ubezpieczeń na życie. Konsumentem jest natomiast osoba fizyczna dokonująca czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową (art. 22¹ k.c.). Na gruncie przedmiotowej umowy ubezpieczenia powód był konsumentem, albowiem nie zawarł umowy ubezpieczenia w związku z żadną prowadzoną przez siebie działalnością gospodarczą lub zawodową, lecz w celu indywidualnego oszczędzania środków finansowych w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych.

Po drugie, pozwany nie wykazał, żeby sporne postanowienia OWU (w tym Załącznika nr 1 do OWU) były negocjowane z powodem. Wzorce te stanowią dokumenty opracowane przed zawarciem konkretnej umowy ubezpieczenia i wprowadzane były do danego stosunku prawnego przez jedną ze stron w ten sposób, że druga strona nie miała wpływu na ich treść. Były one opracowywane w oderwaniu od konkretnego stosunku umownego i w sposób jednolity określały treść przyszłych umów. Wobec tego strona, która wyraziła zgodę na stosowanie wzorca nie mogła według swojej woli zmieniać jego treści. Ustawodawca w przepisie art. 385¹ § 1 k.c. posługuje się określeniem „postanowienie umowy” obejmując nim zarówno postanowienie umowy w ścisłym znaczeniu tego terminu (czyli postanowienie treści czynności prawnej objęte konsensem stron), jak i postanowienie wzorców, które wprowadzicie „postanowieniami umowy”

w ścisłym znaczeniu nie są, ale kształtują, obok nich treść stosunku zobowiązaniowego (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 29.11.2011 r., V ACa 546/11, LEX nr 1120399). Z samej nazwy „ogólne warunki ubezpieczenia” wynika, że warunki te są stosowane przy zawieraniu nieoznaczonej ilości umów i nie są ustalane w trakcie zawierania konkretnej umowy. Pozwany nie przedstawił dowodów w celu wykazania,

że w niniejszej sprawie było inaczej. W konsekwencji pozwany nie wykazał, że postanowienia dotyczące zasad wypłaty świadczenia wykupu w określonej wysokości zostały uzgodnione indywidualnie z powodem. Złożenie przez powoda oświadczenia

o zapoznaniu się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia przed podpisaniem umowy nie świadczy w żadnym razie o indywidualnym uzgodnieniu zawartych w nich postanowień. Samo doręczenie konsumentowi ogólnych warunków ubezpieczenia, zwłaszcza obszernych, nie jest tożsame z uzgodnieniem treści umowy indywidualnie (tak też: Sąd Apelacyjny w Krakowie w orz. z 04.02.2016 r., I ACa 1555/15, LEX nr 2012822). Na gruncie materiału dowodowego sprawy brak było podstaw do stwierdzenia, żeby powód miał rzeczywisty wpływ na ukształtowanie treści OWU i Załącznika nr 1 do OWU,

w tym na regulacje dotyczące możliwości procentowego obniżenia przez Towarzystwo (...) wartości świadczenia wykupu w razie przedterminowego rozwiązania umowy.

Po trzecie, świadczenie wykupu wypłacane przez ubezpieczyciela w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest świadczeniem głównym w rozumieniu art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. W doktrynie wskazuje się, że pojęcie „główne świadczenia stron” należy interpretować raczej wąsko, w nawiązaniu do pojęcia elementów umowy przedmiotowo istotnych (A. Rzetecka-Gil, Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania – część ogólna, Komentarz do art. 385¹). Zatem tylko postanowienia bezpośrednio regulujące elementy przedmiotowo istotne danej umowy można zaliczyć do postanowień określających główne świadczenia stron, do których w przypadku niniejszej umowy ubezpieczenia należały: po stronie powoda – zapłata składki, a po stronie towarzystwa ubezpieczeń – wypłata świadczenia z tytułu dożycia lub świadczenia z tytułu śmierci oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek ubezpieczającego. Natomiast określone w umowie świadczenie wykupu jest świadczeniem szczególnym, przewidzianym na wypadek potrzeby wcześniejszego niż założone odebrania przez ubezpieczającego w części lub w całości zgromadzonego kapitału, w postaci jednostek funduszu inwestycyjnego. Funkcja świadczenia wykupu wskazuje na jego posiłkowe znaczenie, pomocne przy dokonywaniu rozliczeń pomiędzy stronami w razie przedterminowego zakończenia stosunku prawnego. Z treści § 3 i § 4 OWU wynika, że zdarzeniami ubezpieczeniowymi są dożycie przez ubezpieczonego określonej daty i śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, a świadczeniami z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych są świadczenie z tytułu dożycia i świadczenie z tytułu śmierci. Natomiast świadczenie wykupu zostało określone (w § 4 ust. 3 OWU) jako należne w przypadku zajścia zdarzeń wskazanych w OWU, innych niż dożycie daty dożycia lub śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, bądź odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od daty doręczenia polisy. Zatem świadczenie wykupu obejmuje wszystkie wypłaty przez ubezpieczyciela ubezpieczającemu świadczeń niezwiązanych ze zdarzeniami ubezpieczeniowymi ((ujętych w § 3 ust. 2 OWU). Świadczenie wykupu jest więc z założenia świadczeniem o charakterze pobocznym (awaryjnym, rozliczeniowym), które nie odnosi się do istoty zawartej umowy, lecz pozostaje poza nią (tak też SN w uchw. z 24.01.2020 r., III CZP 51/19, OSNC 2020/12/100 i w uchw. z 17.07.2020 r., III CZP 75/19, OSNC 2021/3/16). Nie sposób więc uznać go za główne świadczenie ubezpieczyciela na gruncie spornej umowy ubezpieczenia.

W konsekwencji postanowienia umowne dotyczące tego świadczenia mogą być badane pod kątem ich abuzywności.

Po czwarte, postanowienie umowne jest niedozwolone (abuzywne) wówczas, gdy kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz gdy na skutek owej sprzeczności dochodzi do rażącego naruszenia interesów konsumenta. Pod pojęciem „dobrych obyczajów” rozumie się reguły postępowania zgodne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami uznać trzeba działania zmierzające do dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub braku doświadczenia, a więc działania traktowane powszechnie jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające od przyjętych reguł, standardów postępowania. „Rażące naruszenie interesów konsumenta” polega na nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na jego niekorzyść. Ukształtowanie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami w zakresie treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu klauzul godzących w równowagę kontraktową stron (vide orz. SN z 13.07.2005 r., I CK 832/04, LEX nr 159111). Termin „interesy” konsumenta rozumiany jest szeroko, nie tylko jako interes ekonomiczny (na co wskazuje dodatkowo forma liczby mnogiej), ale również przy uwzględnieniu aspektu zdrowia i dyskomfortu konsumenta, spowodowanego takimi czynnikami, jak strata czasu, dezorganizacja życia, niewygodna, nierzetelna traktowanie, przykrości czy naruszenie prywatności. Ustawodawca poprzez regulację art. 385¹ k.c. chroni konsumenta przed naruszeniem jego interesów w sposób rażący. Określenie „rażący” odnosi się do wypadków znacznego, szczególnie doniosłego odbiegania przyjętego uregulowania od zasad uczciwego wyważenia praw i obowiązków. Jako kryteria oceny przyjmuje się wielkość poniesionych lub grożących strat (kryterium obiektywne), a także względy subiektywne, związane z przedsiębiorcą lub konsumentem. Działanie wbrew „dobrym obyczajom” w rozumieniu art. 385¹ § 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 (orz. Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 13.09.2012 r., VI ACa 461/12, LEX nr 1223500, orz. SN z 13.07.2005 r., I CK 832/04, Biul. SN 2005/11/13).

Na tym tle kwestionowane przez powoda regulacje dające ubezpieczycielowi prawo do zmniejszenia świadczenia wykupu o znaczny procent wartości rachunku w razie rozwiązania umowy w pierwszych latach jej obowiązywania (o 40% w przypadku rozwiązania umowy w 7. roku ubezpieczenia) należało uznać za kształtujące prawa i obowiązki powoda (ubezpieczającego) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające jego interesy. Nie można z góry wykluczyć prawa przedsiębiorcy do stosowania postanowień wzorca umownego określających zasady odpowiedzialności finansowej konsumenta w przypadku wcześniejszego wypowiedzenia umowy, jednakże zasady tej odpowiedzialności muszą pozostawać w związku z kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy (orz. SN z 19.03.2007 r. III CSK 21/06, OSNP 2008/11-12/181). Brak zachowania proporcji w postanowieniach umów ubezpieczenia na życie, przejawiający się obciążaniem konsumenta nieuzasadnionymi i znacznej wysokości opłatami, pozwala uznać zapisy takie za niedozwolone klauzule umowne (orz. SN z 18.12.2013 r., I CSK 149/13, OSNC 2014/10/103). Zastrzeżenie wysokich opłat na wypadek przedterminowego rozwiązania umowy, bez bezpośredniego przełożenia na koszty odzwierciedlające rzeczywiste zaangażowanie sił i środków w ich pozyskanie i lokowanie, ocenione musi być jako sprzeczne z dobrymi obyczajami. Zastosowana przez pozwanego konstrukcja obniżania wartości świadczenia wykupu w razie rozwiązania umowy na życie i dożycie przez terminem jest podobna do opłat likwidacyjnych, na tle których zostało już ugruntowane w orzecznictwie stanowisko, że opłaty takie nie mogą polegać na obciążaniu konsumenta nieczytelnymi, w żaden sposób niezdefiniowanymi i niedającymi się zweryfikować kosztami akwizycji, reklamy, czy wynagrodzeń pracowników. Jeżeli stopień zmniejszenia wartości świadczenia wykupu pochłania całość bądź znaczną część powierzonych na daną inwestycję środków pieniężnych, wówczas istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że takie uprawnienie ubezpieczyciela stanowi rodzaj sankcji dla ubezpieczającego za brak możliwości dalszego kontynuowania umowy. Zatem tak sformułowane postanowienie umowne narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejęcie przez ubezpieczyciela znacznej części wpłaconych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków, stanowiąc przykład swoistej kary umownej. Postanowienia umowne wprowadzające tego rodzaju konstrukcję wypełniają zatem dyspozycję przepisu art. 385¹ § 1 k.c.

W rozpatrywanej sprawie zastosowanie postanowienia § 23 ust. 5 OWU i ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU prowadziło do przejęcia przez towarzystwo ubezpieczeń w związku z rozwiązaniem umowy w siódmym roku okresu ubezpieczenia znacznej części (40%) środków zgromadzonych na rachunku powoda (wartości jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym). W konsekwencji towarzystwo ubezpieczeń w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wypłacało świadczenie w wysokości pomniejszonej o wskazany wysoki udział procentowy, o który obniżało świadczenie wykupu. Oznacza to, że towarzystwo zastrzegło sobie prawo do naliczenia rażąco wygórowanej opłaty związanej z rozwiązaniem umowy, a powód nie miał możliwości jej uniknięcia czy uchylecia się od obowiązku jej uiszczenia, bowiem pozwany sam zmniejszył świadczenie wykupu o ustalony przez siebie udział procentowy wartości rachunku. Pozwany nie wykazał przy tym, że potrącona przez niego wartość środków zgromadzonych przez powoda a rachunku (w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym) odpowiadała poniesionym przez towarzystwo kosztom związanym z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia. Pozwany w sposób ogólny wskazał tylko, że w związku z przedmiotową umową poniósł koszty w wysokości 77.495,06 zł, w szczególności koszty wypłaconej prowizji dla pośrednika w kwocie 61.691,12 zł. Wynagrodzenie pośrednika ubezpieczeniowego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia nie jest jednak wydatkiem związanym z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia lub jej obsługą, lecz dotyczy kosztów działalności towarzystwa ubezpieczeń w ogólności, stanowiąc, jak przypadku wielu innych podmiotów gospodarczych, koszty związane z uzyskaniem dochodów. Przyjęcie stanowiska strony pozwanej, że przejęcie znacznej części środków zgromadzonych przez ubezpieczającego w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym w ramach konkretnych stosunków ubezpieczeniowych służyć ma do zrefundowania tego rodzaju kosztów, prowadziłyby do przerzucenia ryzyka prowadzonej działalności gospodarczej na ubezpieczających.

W przypadku rozwiązania umowy przed założonym terminem ubezpieczający musiałby bowiem ponieść nie tylko koszty związane z jej zakończeniem, ale również koszty jakie poniosła strona pozwana w celu zawarcia umowy.

Zwrócić trzeba uwagę, że ubezpieczyciel nie wyjaśnił powodowi (konsumentowi) w momencie zawierania umowy ubezpieczenia, za jakie wzajemne świadczenia pozwanego uprawniony będzie do przejęcia części środków zgromadzonych na rachunku powoda, w razie rozwiązania umowy przed terminem. We wzorcu nie wskazano bowiem kosztów towarzystwa ubezpieczeń, które miałyby pokryć taka operacja finansowa. W sytuacji, gdy zmniejszenie świadczenia wykupu przez ubezpieczyciela pochłania znaczną część powierzonych ubezpieczycielowi środków pieniężnych w razie rezygnacji z ubezpieczenia

w trakcie okresu ubezpieczenia, to tak ukształtowany mechanizm uzasadnia wnioski, że wypłata pomniejszonego w taki sposób świadczenia wykupu stanowi rodzaj sankcji na wypadek wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia. Ukształtowane w ten sposób postanowienia umowne naruszają dobre obyczaje, gdyż sankcjonują przejęcie przez ubezpieczyciela znacznej części powierzonych przez ubezpieczającego środków pieniężnych. Wprowadzenie do wzorców umowy takich postanowień nie może znaleźć akceptacji w kontekście dobrych obyczajów, lecz musi być uznane za działanie rażąco naruszające interesy konsumenta, którym jest powód. Wypełnia to dyspozycję przepisu art. 385¹ § 1 k.c.

Biorąc pod uwagę powyższe Sąd stwierdził, że postanowienia § 23 ust. 5 OWU i ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU, zgodnie z którymi towarzystwo ubezpieczeń jest uprawnione do procentowego pomniejszenia świadczenia wykupu w razie rozwiązania umowy w siódmym roku okresu ubezpieczenia, spełniają przesłanki uznania ich za niedozwolone postanowienia umowne w ramach incydentalnej kontroli wzorca umownego, gdyż kształtują one prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszają jego interesy. W konsekwencji należy uznać, że towarzystwo ubezpieczeń bezpodstawnie zatrzymało z rachunku powoda (ze środków wpłaconych przez powoda) kwotę 100.814,65 zł. Skoro bowiem postanowienia wzorców umowy pozwalające na dokonanie takiej operacji finansowej zostały uznane za abuzywne, to – zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. – uważa się je w tym zakresie za nieistniejące.

Roszczenie powoda o zwrot powyższej sumy znajduje uzasadnienie w przepisach o bezpodstawnym wzbogaceniu (art. 405 i nast. k.c.) W myśl art. 405 k.c., kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości. Zobowiązanie z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia powstaje przy zaistnieniu trzech przesłanek. Po pierwsze, korzyść musi być uzyskana bez podstawy prawnej, co ma miejsce, gdy u jej podstaw nie leży ani czynność prawna, ani przepis ustawy, ani orzeczenie sądu lub decyzja administracyjna. Po drugie, korzyść musi mieć wartość majątkową, możliwą do określenia w pieniądzu. Po trzecie, korzyść musi być uzyskana kosztem innej osoby, co oznacza istnienie powiązania pomiędzy wzbogaceniem po jednej stronie, a zubożeniem po drugiej stronie. Szczególnym rodzajem bezpodstawnego wzbogacenia jest tzw. świadczenie nienależne, o którym mowa w art. 410 k.c. Świadczenie jest nienależne w sytuacjach określonych w art. 410 § 2 k.c., w tym również w przypadku, gdy spełniający świadczenie nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył. Sytuacje kwalifikowane jako świadczenie nienależne zakładają uzyskanie korzyści majątkowej w następstwie świadczenia, czyli zachowania zmierzającego do wykonania zobowiązania. W niniejszej sprawie pobranie przez pozwanego części środków pochodzących ze składek wpłaconych przez powoda nastąpiło bez właściwej podstawy prawnej, zatem pozwany stał się bezpodstawnie wzbogacony kosztem powoda w zakresie wymienionej wyżej kwoty.

Powodowi należą się również odsetki ustawowe od powyższej należności głównej z tytułu opóźnienia w jej zapłacie przez pozwanego. Stosownie do art. 481 § 1 i 2 k.c., jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności, a jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego

i 5,5 punktów procentowych. Termin zapłaty wskazanej sumy z tytułu nienależnego świadczenia nie był oznaczony, ani nie wynikał z właściwości zobowiązania, zatem świadczenie to powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu pozwanego do zapłaty (art. 455 k.c.). Powód wezwał pozwanego do zwrotu zatrzymanej części środków zgromadzonych na rachunku powoda pismem z dnia 20 lutego 2018 r., wyznaczając termin 3 dni do zapłaty. Do akt sprawy nie dołączono dowodu doręczenia tego wezwania, ale najpóźniej zostało ono doręczone pozwanemu 8 marca 2018 r., skoro w tym dniu pozwany wystosował odpowiedź na wezwanie. Pozwany znalazł się zatem w opóźnieniu w zapłacie dochodzonej kwoty w dniu 12 marca 2018 r., co uzasadniało przyznanie odsetek od tej daty. Natomiast żądanie zasądzenia odsetek za okres wcześniejszy nie zasługiwało na uwzględnienie.

Pozwany niesłusznie zarzucił sprzeczność roszczenia powoda z zasadami współżycia społecznego. Zgodnie z art. 5 k.c., nie można czynić ze swego prawa użytku, który byłby sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub

z zasadami współżycia społecznego. Takie działanie lub zaniechanie uprawnionego nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony. Przepis ten nie może jednak

w rozpatrywanej sprawie stanowić podstawy do oddalenia powództwa – ani w całości, ani w części. Zupełnie niezrozumiałe są wywodu pozwanego, jakoby powód miał dążyć do przerzucenia na pozwanego ryzyka, którego powód podjął się zawierając umowę

z pozwanym, do pozbawienia prawa do wynagrodzenia za wykonywane czynności

i narażania na straty w związku z przedwczesnym rozwiązaniem umowy przez powoda. Jak już wcześniej wspomniano, pozwany nie wykazał, aby zatrzymanie części środków zgromadzonych na rachunku powoda miało związek z jakimikolwiek czynnościami wykonywanymi przez pozwanego w związku z obsługą zawartej przez strony umowy ubezpieczenia i kosztami ponoszonymi z tego tytułu przez ubezpieczyciela. Konstrukcja pozwalająca na dokonanie takiej operacji finansowej – ze względu na wysokość przejętych przez ubezpieczyciela środków – w istocie miała charakter sankcyjny i była nieuczciwa. Podkreślić trzeba, że pozwane towarzystwo jest przedsiębiorcą prowadzącym profesjonalną działalność w zakresie ubezpieczeń na życie, zatem jeśli chce przerzucić na konsumenta ponoszone przez siebie konkretne koszty, to powinno to jasno wskazać konsumentowi, a nie tworzyć takie regulacje, które zniechęcać mają do rozwiązania umowy, gdyż takie właśnie zachowanie kwalifikować należy jako nielojalne wobec kontrahenta będącego konsumentem. Jeśli pozwany w związku z przedmiotową umową faktycznie poniósł stratę, to wiązać ją należy z niezwykle wysoką prowizją, jaką zapłacił pośrednikowi, a nie z faktem rozwiązania przedmiotowej umowy na skutek żądania powoda. Nie można zarzucić powodowi naruszenia zasad współżycia społecznego z tej przyczyny, że dochodzi zwrotu nieuczciwej, rażąco wysokiej opłaty pobranej przez pozwanego z rachunku powoda po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia. Wręcz przeciwnie, to zachowanie pozwanego polegające na zastrzeżeniu we wzorcu umowy możliwości przejęcia środków ubezpieczającego w znacznej wysokości należy zakwalifikować w taki sposób.

Nie zachodziły też podstawy do pomniejszenia dochodzonej przez powoda sumy, stanowiącej równowartość przejętych przez pozwanego środków z rachunku powoda,

o wartość przyznanego przez pozwanego bonusu, w wysokości 12.000 zł, w szczególności ze względu na sprzeczność żądania powoda w tej części z zasadami współżycia społecznego. Z twierdzeń pozwanego wynika, że kwota 12.000 zł świadczona była przez niego na rzecz konsumenta, tj. niejako wpłacona rachunek powoda jako premia za zawarcie umowy długoterminowej. Wskazać jednak należy, że z zawartej przez strony umowy nie wynika cel przyznania takiego bonusu jako premia za długotrwałość stosunku umownego. Tym samym brak jest podstaw do stwierdzenia, że taki cel owego bonusu był powodowi znany w momencie zawierania umowy i był zamierzony przez strony. Nieosiągnięcie takiego celu przez pozwanego nie mogłoby więc stanowić podstawy żądania zwrotu nienależnego świadczenia w postaci przyznanego bonusu. Wobec tego nie ma podstaw do pomniejszenia dochodzonego przez powoda świadczenia pieniężnego

o wartość owego bonusu. Roszczenie o zapłatę dochodzone w niniejszej sprawie,

w zakresie odpowiadającym kwocie owego bonusu, nie może być sprzeczne z art. 5 k.c. (podobnie Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 08.07.2019 r., VI ACA 420/19, niepublik.).

Mając to wszystko na uwadze, Sąd na podstawie powołanych przepisów w pkt. I sentencji wyroku zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 100.814,65 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 13 marca 2018 r. do dnia zapłaty, zaś w pkt. II sentencji wyroku oddalił powództwo w pozostałej części (co do odsetek).

Orzekając o kosztach postępowania w pkt. III sentencji wyroku, Sąd na podstawie art. 100 zd. 2 k.p.c. włożył na pozwanego obowiązek zwrotu powodowi pełnych kosztów procesu. Sąd miał tu na uwadze, że roszczenie powoda zostało uwzględnione co do należności głównej, a oddalone tylko co do nieznaczonej części żądanych odsetek. Koszty powoda niezbędne do celowego dochodzenia praw w niniejszej sprawie wyniosły 19.549 zł, na co składają się uiszczona opłata od pozwu w wysokości 5.041 zł, uiszczona opłata od apelacji w wysokości 5.041 zł, opłata skarbowa od pełnomocnictwa procesowego

w wysokości 17 zł, wynagrodzenie pełnomocnika procesowego za postępowanie przed sądem pierwszej instancji w wysokości 5.400 zł i wynagrodzenie pełnomocnika procesowego za postępowanie apelacyjne w wysokości 4.050 zł, ustalone stosownie do § 2 pkt 6 i § 10 ust. 1 pkt. 2 w zw. z § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015 r., poz. 1800 ze zm.).