

**1.Sygn. akt I C upr. (...)**

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 kwietnia 2017 r.

Sąd Rejonowy w Środzie Śląskiej Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący SSR Urszula Wicińska

Protokolant st. sekr. sądowy Joanna Skrzeczek

po rozpoznaniu w dniu 12 kwietnia 2017 r. w Środzie Śląskiej na rozprawie

sprawy z powództwa A. S.

przeciwko V. L. Towarzystwo (...) S.A. V. (...) z siedzibą w W.

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od powoda na rzecz strony pozwanej kwotę 2417,00zł tytułem zwrotu kosztów procesu;

#### **a.a.UZASADNIENIE**

Powód A. S. wniósł o zasądzenie od strony pozwanej (...) S.A. w W. kwoty 6300,46 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 8 września 2016 roku do dnia zapłaty, a także zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda kosztów procesu w tym kwotę 2 400,00 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego i kwotę 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu podał, że działając jako konsument, zawarł ze (...) S.A. w W. w dniu 7 listopada 2014 r. umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną S. Futurę, potwierdzoną polisą nr (...), na czas określony 15 lat, ze składką ubezpieczeniową w wysokości 1 000,00 zł miesięcznie. Zgodnie z tą umową, jako ubezpieczony, powód był zobowiązany do opłacania miesięcznych składek, zaś Towarzystwo (...) do udzielenia mu ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci lub z tytułu dożycia, a także do alokacji uiszczonych niego składek. Wskazał, że umowa ta została zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną S. Futura ( (...)), dalej „owu”, obowiązujących w dniu zawarcia umowy, a treść ogólnych warunków ubezpieczenia i załączników nie była przedmiotem indywidualnych uzgodnień między stronami. Wskazał, że w dniu 18 lipca 2016 r. umowa ubezpieczenia została rozwiązana, wskutek złożenia przez niego wniosku o całkowitą wypłatę Świadczenia Wykupu. W związku z tym, pozwana określiła wartość umowy na kwotę 22 501,63 zł, przy wartości wpłaconych przez powoda składek w wysokości 21 050,00 zł, i Świadczenie Wykupu brutto została określone na kwotę 16 201,17 zł, w więc w wysokości 72% wartości umowy, i ta kwota została powodowi wypłacona, Podniósł, że strona pozwana potrąciła 28% Wartości umowy tj. kwotę 6 300,46 zł, która stanowi wartość przedmiotu sporu, w związku z czym w dniu 29 sierpnia 2016 r. powód wezwał Towarzystwo (...) do zapłaty tej kwoty, lecz bezskuteczne.

Powód podał, że zgodnie z § 25 ust. 1 owu, Towarzystwo (...) miało możliwość pobierania ośmiu rodzajów opłat: opłaty wstępnej, opłaty za udzielenie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, opłaty za ryzyko, opłaty administracyjnej, opłaty od aktywów, opłaty za zarządzanie aktywami Portfeli Modelowych, opłaty operacyjnej, innych opłat, których wysokość została określona przez Towarzystwo (...) m.in. w Załączniku nr 1, zatwierdzonym uchwałą Zarządu

Towarzystwa (...). Według zaś treści § 24 owu Ubezpieczający miał prawo w każdym czasie, wystąpić o całkowitą wypłatę Świadczenia Wykupu, która to wartość była równa Wartości Części W. Rachunku oraz określonego procentu Wartości Części Bazowej Rachunku, wskazanego w ust. 15 Załącznika nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia (§ 24 ust. 5 owu). Wskazał że, zgodnie z zapisem załącznika, w pierwszych dwóch latach polisy Wartość Części Bazowej Rachunku wynosiła 2%, w 3 roku polisy 20%, w 4 roku 30%, w kolejnych latach stopniowo rosła, tak by w 15 roku polisy wynosić 96%, a więc nawet w przypadku kontynuowania umowy ubezpieczenia przez okres 15 lat, na jaki została zawarta i rozwiązania jej w ostatnim roku polisowym, powód nie otrzymałby 100% wartości rachunku, a jedynie 96%. Podniósł, że taką praktykę strony pozwanej należy ocenić jako nielojalną, godzącą w równowagę kontraktową stron, tak jak i jednostronne zwiększenie przez stronę pozwaną procentu Wartości Części Bazowej Rachunku do 72% na moment rozwiązania umowy, mimo, że zmiana ta jest na korzyść ubezpieczonego, to została dokonana na mocy arbitralnej decyzji Towarzystwa (...). Zarzucił, że takie zachowanie jedynie potwierdza, że środki, które zostają zatrzymane przez Towarzystwo (...) w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy są mocno oderwane od rzeczywistych kosztów poniesionych przez ubezpieczyciela w związku z rezygnacją konsumenta z polisy.

Powód zakwestionował legalność i zasadność uregulowań ogólnych warunków ubezpieczenia i Załącznika nr 1 ustalających wysokość Świadczenia Wykupu na określony procent Wartości Części Bazowej Rachunku, zarzucając że stanowią one niedozwolone klauzule umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> Kodeksu cywilnego, wskazując że polisa została zawarta pomiędzy stroną pozwaną jako przedsiębiorcą a powodem jako konsumentem, jej postanowienia nie zostały uzgodnione indywidualnie ze stroną powodową, zaś Świadczenie wykupu nie należało do głównych świadczeń stron, a postanowienia § 24 owu i ust. 15 Załącznika nr 1 dotyczące ustalenia Świadczenia Wykupu kształtują prawa i obowiązki strony powodowej w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jej interesy.

Powód argumentował, że za uznaniem, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia nie zostały z nim uzgodnione indywidualnie przemawia fakt, iż stanowią one wzorzec umowy zaproponowany konsumentowi przez kontrahenta, które są zwykle opracowywane w oderwaniu od konkretnego stosunku umownego i w sposób jednolity określają one treść przyszłych umów, stąd strona która wyraziła zgodę na stosowanie wzorca nie może według swojej woli i wiedzy zmieniać jego treści, i tym samym bez znaczenia pozostaje fakt wyrażenia zgody przez powoda na te postanowienia przez złożenie własnego podpisu pod wnioskiem. Cały mechanizm uznawania klauzul za niedozwolone odnosi się bowiem do klauzul, na które konsument wyraził formalnie zgodę, a na które nie miał rzeczywistego wpływu, bo nie były one przedmiotem indywidualnych negocjacji. Motywem ochrony jest przekonanie ustawodawcy, że pomimo takiej zgody konsument nie ma pełnej świadomości skutków przyjętych na siebie obowiązków.

Za tym, że postanowienia dotyczące Świadczenia Wykupu nie określały głównych świadczeń stron, przemawia zdaniem powoda istota stosunku ubezpieczenia, z której wynika, że świadczeniem głównym należnym zakładowi ubezpieczeń jest składka i każde świadczenie określone poza składką będzie świadczeniem ubocznym, w tym każde świadczenie związane z przedwczesnym rozwiązaniem umowy. Powód powołał się na poglądy doktryny, że pojęcie „główne świadczenia stron” należy interpretować raczej wąsko, w nawiązaniu do pojęcia elementów umowy przedmiotowo istotnych (*essentialia negotii*), a więc do głównych świadczeń stron należało spełnienie przez ubezpieczyciela danego świadczenia w przypadku zajścia określonego w umowie wypadku, a także opłacanie składki ubezpieczeniowej przez stronę powodową, czyli tylko postanowienia bezpośrednio regulujące wskazane kwestie można zatem zaliczyć do postanowień określających główne świadczenia stron. Przyznał, że omawiane postanowienia mogą mieć w pewnych okolicznościach wpływ na wysokość poszczególnych świadczeń stron, jednak nie oznacza to, iż automatycznie należy je uznać za określające świadczenie główne stron. Podkreślił, że pojęcie to należy rozumieć szczególnie wąsko przy ocenie umów zawieranych pomiędzy podmiotem profesjonalnym a konsumentem. Powód wskazał, że przeciwko uznaniu świadczenia wykupu za świadczenie główne przemawia również to, że wartość wykupu nie jest możliwa do ustalenia w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia i jest określana na bieżąco, a zatem - z racji swej nieokreśloności, nie jest możliwa do objęcia konsensusem stron i dlatego nie może stanowić przedmiotu świadczenia. Podniósł, że nie jest to świadczenie, lecz element stosunku zobowiązaniowego.

Wskazując na abuzywność postanowień z § 24 owu i postanowień ust. 15 Załącznika nr 1 powód powołał się na treść art. 385<sup>3</sup> pkt 17 k.c. Zarzucił, że zatrzymując 28% kwoty wykupu strona pozwana dopuściła się rażącej nielejalności kontraktowej. Argumentował, że choć Świadczenie Wykupu nie stanowi kary umownej ani sensu stricte odstępnego, to z uwagi na podobny skutek, jakim było dokonanie potrącenia kwoty 6 300,46 zł, przepis art. 385<sup>3</sup> pkt 17 k.c. należy stosować w drodze analogii.

Ponadto powód zarzucił, że pomniejszenie sumy wykupu w przypadku rozwiązania umowy narusza bezwzględnie obowiązujący art. 830 § 1 k.c., który gwarantuje możliwość wypowiedzenia umowy ubezpieczenia na życie w każdym czasie.

Powód podniósł również, że kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia (prowizja, koszty akwizycyjne) - niezależnie od ich wysokości – zakład ubezpieczeń nie może przerzucać na konsumenta, tym bardziej, że w przypadku kosztów akwizycji ich wysokość jest generowana przez samego ubezpieczyciela w treści umowy o pośrednictwo ubezpieczeniowe, gdyż konsument na treść takiej umowy i wysokość wskazanego w niej wynagrodzenia prowizyjnego pośrednika nie ma żadnego wpływu, a więc nie może być takimi kosztami obciążany w razie rozwiązania umowy. Ubezpieczyciel nie może ze składek ubezpieczającego pokrywać kosztów poniesionej przez siebie prowizji - nie są to bowiem koszty związane z konkretną umową ubezpieczenia, ale koszty własne zakładu ubezpieczeń, koszty ogólne prowadzonej działalności gospodarczej, na którą konsument nie ma wpływu i nie jest stroną umowy zawartej z agentem.

Uzasadniając zarzut, że postanowienia dotyczące Świadczenia Wykupu kształtują prawa i obowiązki strony powodowej w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami rażąco naruszając jej interes takie ukształtowanie stosunku umownego przez stronę pozwaną w przedmiotowej umowie jest przerzuceniem na powoda, będącego konsumentem, ryzyka prowadzenia działalności gospodarczej przez stronę pozwaną, będącą potężnym podmiotem gospodarczym działającym w formie spółki akcyjnej o kapitale zakładowym wynoszącym wiele milionów złotych, który to podmiot ma znaczący udział w rynku w zakresie prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej i w sposób oczywisty takie ukształtowanie stosunku umownego między stronami narusza równowagę stron umowy.

Powód powołał się na orzecznictwo Sądu Okręgowego w Warszawie-Sądu Ochrony Konkurencji Konsumentów, w którym wskazywano, że za niedozwolone należy uznać klauzule zawarte w umowach przewidujące stosowanie przez towarzystwa ubezpieczeniowe różnego rodzaju opłat likwidacyjnych lub innych zapisów o podobnym skutku. Tytułem przykładu przytoczył wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 14 maja 2010 r., sygn. akt VI ACA 1175/09, w którym Sąd Apelacyjny orzekł, że „postanowienie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (owu), przewidujące iż rezygnacja przez ubezpieczonego z dalszego wnoszenia składek ubezpieczeniowych (w rozpatrywanym okresie czasu) będzie skutkować utratą wszystkich środków jakie zostaną uzyskane poprzez wykup jednostek uczestnictwa, narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Zapis taki rażąco narusza interes konsumenta, gdyż prowadzi do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści, kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas gdy ten ostatni zgromadzi na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości”. Podał, że podobne stanowisko wyraził Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie o sygn. VI ACA 87/12., a Sąd Okręgowy w Warszawie, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w wyroku z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie XVII Amc 974/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez "A. Towarzystwo (...)A. z siedzibą w W. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści: "W razie odstąpienia od Umowy (...) Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu Wartość Rachunku Ubezpieczającego, ustaloną według wyceny Jednostek Uczestnictwa najpóźniej z dziewiątego Dnia Wyceny po dniu zaakceptowania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu od Umowy (...), zwiększoną o pobrane opłaty, wskazane w § 18 ust. 1 pkt 1-6".(...) "Opłata likwidacyjna pobierana z Subkonta Składek regularnych, poprzez umorzenie Jednostek Uczestnictwa, przed Całkowitą Wypłatą, w razie wygaśnięcia Umowy (...) [...] oraz tej części Częściowej Wypłaty z Subkonta Składek Regularnych, która powoduje, że Wartość Subkonta Składek Regularnych

staje się niższa od kwoty odpowiadającej Statusowi Polisy Opłaconej przed wskazaną poniżej Rocznicą Polisy, w następującej wysokości:

do dnia poprzedzającego 1. Rocznicę Polisy -100,0%

od 2. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 3. Rocznicę Polisy - 80,0%

od 3. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 4. Rocznicę Polisy - 70,0%

od 4. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 5. Rocznicę Polisy - 60,0%

od 5. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 6. Rocznicę Polisy - 50,0%

od 6. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 7. Rocznicę Polisy - 40,0%

od 7. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 8. Rocznicę Polisy - 30,0%

od 8. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 9. Rocznicę Polisy - 20,0%

od 9. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 10. Rocznicę Polisy -10,0%

od 10. Rocznicy Polisy - 0%".

"Opłata likwidacyjna pobierana jest w wysokości wskazanej w tabeli poniżej:

Rok polisowy, w którym jest pobierana opłata likwidacyjna od środków

wypłacanych z Subkonta Składek Regularnych Wysokość opłaty likwidacyjnej stanowiąca procent środków wypłacanych z Subkonta Składek

1. 100%

2. 100%

3. 80%

4. 70%

5. 60%

6. 50%

7. 40%

8. 30%

9. 20%

10. 10%.

Powód wskazał również na stanowisko, które zajął Sąd Okręgowy w Warszawie, Sąd Ochrony Konkurencji Konsumentów w wyroku z dnia 7 października 2011 r. w sprawie XVII Amc 1704/09, uznając za niedozwolone i zakazał wykorzystywania (...) Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w W. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o nazwie "Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym o oznaczeniu (...)" o treści: "Opłata likwidacyjna jest pobierana w wysokości wskazanej w tabeli poniższej:

Rok P., w którym jest pobierana Wysokość opłaty likwidacyjnej stanowiąca  
opłata likwidacyjna od środków procent środków wypłacanych z Subkonta  
wypłacanych z Subkonta z Składek Składek Regularnych  
Regularnych

1	99%	
2	99%	
3	80%	
4	70%	
5	60%	
6	50%	
7	40%	
8	30%	
9	20%	
10	10%”	

Powód podniósł, że pomijając różnice w terminologii, świadczenie wykupu pełni taką samą funkcję, jak opłata likwidacyjna, ostatecznie prowadząc do wypłaty niewielkiej części składki, która została wpłacona w związku z funkcjonowaniem polisy, a ubezpieczyciele, zmieniając terminologię i odchodząc od stosowania klasycznych opłat likwidacyjnych, podejmują próbę „obejścia” niesprzyjających orzeczeń sądowych, rozstrzygających właśnie kwestię opłat likwidacyjnych, jednak ich skutek jest taki sam, jak w przypadku stosowania opłat likwidacyjnych, tj. potrącenie i zatrzymanie większości wpłaconych przez ubezpieczającego środków za rezygnację z polisy, w oderwaniu od rzeczywiście ponoszonych przez zakład ubezpieczeń kosztów rozwiązania umowy. Zdaniem powoda nie budzi wątpliwości, że wypłata jedynie części zgromadzonych środków i zatrzymanie ich pozostałej części odpowiada istocie opłaty likwidacyjnej.

W ocenie strony powodowej wzorzec umowy przewidujący, jak w niniejszej sprawie, że w razie rezygnacji przez ubezpieczonego z kontynuowania umowy ubezpieczenia traci on większość środków uzyskanych wskutek wykupu jednostek uczestnictwa, bezsprzecznie narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejęcie przez ubezpieczyciela większej części wykupionych środków i zapis taki rażąco narusza interes konsumenta, gdyż prowadzi do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas, gdy ten ostatni zgromadzi na

swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości (tak: Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 14 maja 2010 r., sygn. akt: VI ACa 1175/09).

W związku z tym, powód wskazał, że niezasadnie określona wysokość Świadczenia Wykupu, jako Wartość Części W. Rachunku oraz określonego w ust. 15 Załącznika nr 1 Wartości Części Bazowej Rachunku stanowiła świadczenie nienależne w rozumieniu art. 410 k.c., do którego zwrotu wobec rozwiązania umowy ubezpieczenia, strona pozwana była zobowiązana.

Uzasadniając żądanie odsetek ustawowych za opóźnienie od wskazał, iż w przypadku świadczenia nienależnego zobowiązanie do jego zwrotu ma charakter bezterminowy i w związku z tym staje się ono wymagalne z chwilą wezwania do zapłaty, a powód wezwał stronę pozwaną do zapłaty pismem z dnia 29 sierpnia 2016 roku, wyznaczając 7 dniowy termin płatności, które to pismo strona pozwana odebrała w dniu 31 sierpnia 2016 roku, a zatem termin wyznaczony na zapłatę upłynął 7 września 2016 roku, stąd żądanie odsetek to od dnia następnego, tj. 8 września 2016 roku, gdyż strona pozwana popadła w opóźnienie wobec nieuiszczenia świadczenia.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana, wskazując, że w dniu 21 października 2016 roku zmianie uległa firma, pod którą pozwana prowadzi działalność, na: V. L. Towarzystwo (...) S.A. (...), wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na swoją rzecz zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Strona pozwana przyznała, że strony łączyła umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, która została potwierdzona polisą nr (...), na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną (...), oznaczonych indeksem (...)- (...) - (...), a która została rozwiązana przez powoda wskutek złożenia wniosku o całkowitą wypłatę Świadczenia Wykupu w dniu 18 lipca 2016 r., a więc w drugim roku jej obowiązywania, co spowodowało wypłatę powodowi kwoty 16201,17 zł, przy wartości bazowej rachunku 22501,63 zł.

Strona pozwana podniosła, że przedmiotowa umowa miała charakter długotrwały, gdyż została zawarta na 15 lat, a czego powód miał świadomość, jak i świadomość obowiązku zapłaty składki przez cały ten okres. Konsekwencją zaś założenia długoterminowości umowy jest sposób kalkulowania przez ubezpieczyciela wysokości pobieranych opłat i wypłacanych świadczeń.

Podana, że § 10 ust. 5 owu wskazuje wprost, że w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy, wypłacana wysokość Świadczenia Wykupu w zakresie Wartości Części Bazowej Rachunku uwzględnia pomniejszenie o koszty poniesione przez ubezpieczyciela związane z dystrybucją i zawarciem umowy, jak i 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 owu, jakie byłyby pobierane przez niego w trakcie całego okresu na jaki umowa została zawarta. Strona pozwana podniosła, że powód zawierając umowę z pozwaną miał wiedzę o warunkach umowy ubezpieczenia, w tym w szczególności o wysokości Świadczenia Wykupu i przyczynach ustalania tego świadczenia z uwzględnieniem stosownych pomniejszeń, a we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdził, że nie tylko otrzymał, ale również zapoznał się z treścią owu, zaś strona pozwana potwierdziła warunki umowy, w tym warunki Świadczenia Wykupu, niezwłocznie po jej zawarciu doręczając polisę powodowi, któremu od dnia doręczenia polisy przysługiwał 30-dniowy okres na odstąpienie od umowy, z czego nie skorzystał, a co potwierdza, że warunki umowy wskazane w polisie nie były dla niego zaskoczeniem.

Odnosząc się do kwestii kosztów i ryzyka pozwany ubezpieczyciel podkreśliła, że podstawowym kosztem ubezpieczyciela związanym z zawarciem umowy ubezpieczenia są koszty akwizycji, tj. zgodnie z § 2 pkt. 19 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. Nr 226, poz. 1825), obowiązującego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia z powodem, koszty związane z zawieraniem i odnawianiem umów ubezpieczenia, obejmujące:

a) koszty bezpośrednie, w tym:

- prowizje pośredników ubezpieczeniowych,
- wynagrodzenia wraz z narzutami pracowników zajmujących się akwizycją,
- koszty badań lekarskich,
- koszty atestów i ekspertyz przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego,
- koszty wystawienia polis,
- koszty włączenia umowy ubezpieczenia do portfela ubezpieczeń,

b) koszty pośrednie, w tym:

- koszty reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych,
- koszty ogólne związane z badaniem wniosków i wystawianiem polis.

Zgodnie zaś z przepisami koszty akwizycji nie są rozliczane jednorazowo, ale są amortyzowane w czasie trwania umowy ubezpieczenia przy zastosowaniu metod aktuarialnych. Mając zaś na uwadze przepis § 16 ust. 1 i ust. 3 i ust. 4 ww. rozporządzenia o rachunkowości ubezpieczycieli koszty te są rozliczane dopiero w chwili rozwiązania umowy ubezpieczenia. Zdaniem pozwanego, w świetle powyższych przepisów, nie budzi wątpliwości, że dopiero rozwiązanie umów ubezpieczenia generuje (aktywuje) określone koszty po stronie ubezpieczyciela, a zatem że uzasadnione jest rozliczenie tych kosztów w momencie wypłaty Świadczenia Wykupu. Strona pozwana podała, że w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej przez powoda, wypłaciła pośrednikowi prowizję w wysokości zbliżonej do środków, które nie zostały wypłacone powodowi, a ta prowizja została ustalana jako procent składki wpłaconej w ramach umowy i już wypłacona ze składki opłaconej w pierwszym roku trwania umowy. Wskazała, że oprócz kosztów pośrednika ubezpieczeniowego, poniosła szereg innych kosztów akwizycji, zarówno bezpośrednich, np. wynagrodzenie pracowników, koszty wystawienia i przekazania dokumentów ubezpieczeniowych, koszty tzw. systemowe - włączenia umów do portfela ubezpieczeń, jak i pośrednich, np. koszty reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych. Precyzyjne wyliczenie tych kosztów w części przypadającej na umowę ubezpieczenia zawartą przez powoda nie jest możliwe, niemniej mają one realne znaczenie dla kalkulacji Świadczenia Wykupu wypłacanej w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia. Pozwana wskazała, że szacuje, że łącznie wszystkie koszty, wraz z wypłaconym świadczeniem, związane z umową ubezpieczenia z powodem oscylują w granicach potrąconej kwoty.

Strona pozwana wskazała, że biorąc pod uwagę wysokie koszty ponoszone przez nią w związku z zawarciem umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, dochodowość tych umów dla niej warunkowana jest długością ich trwania, gdyż dopiero gdy umowa trwa tak długo jak zakładano - w przypadku umowy z powodem 15 lat, wysokie koszty poniesione na początku jej trwania, w tym głównie koszty pośrednictwa, mogą zostać skompensowane zyskami osiąganymi w kolejnych latach, dlatego wówczas ubezpieczającemu wypłacane jest świadczenie wykupu odpowiadające Wartości Części Bazowej Rachunku, bez dokonywania żadnych pomniejszeń. Podniosła, że zakładała, że powód będzie opłacał składkę przez 15 lat obowiązywania umowy, tak że koszty związane z wykonywaniem działalności ubezpieczeniowej, w tym koszty wykonywania umowy ubezpieczenia z powodem, zostały podzielone do rozliczenia na ten okres czasu. Podkreśliła przy tym, że celem ustalenia Świadczenia Wykupu z uwzględnieniem pomniejszeń nie jest osiągnięcie zysku, a skompensowanie poniesionych kosztów. Strona pozwana wskazała, że możliwe jest skonstruowanie produktu w taki sposób, aby koszty akwizycji były potrącane z góry, np. po opłaceniu składki za pierwszy rok trwania umowy ubezpieczenia, lecz takie rozwiązanie byłoby jednak zdecydowanie mniej korzystne z punktu widzenia ubezpieczającego, gdyż pozwana dokonywałaby alokacji składki w wysokości znacząco niższej od składki wpłaconej, a zatem jej zdaniem rozwiązanie przyjęte w umowie z powodem premiuje

ubezpieczających, którzy zgodnie z założeniami decydują się kontynuować umowę przez okres, na który umowa ta została z założenia zawarta.

Pozwany ubezpieczyciel podniósł, że zgodnie z przepisami regulującymi działalność ubezpieczeniową, jest nie tylko uprawniony, ale i zobowiązany do ustalania składek ubezpieczeniowych w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej, a oczywistym jest, że działalność ubezpieczeniowa, jako rodzaj działalności gospodarczej, jest działalnością zarobkową w rozumieniu art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, a więc z natury rzeczy pozwana ma prawo i jednocześnie powinność uzyskiwania korzyści z umów ubezpieczenia, które pozwolą nie tylko na sfinansowanie kosztów prowadzonej działalności gospodarczej, ale także przyniosą jej zysk. Zarzuciła, że nie można zatem czynić pozwanej zarzutu z tego, że konstruując produkty ubezpieczeniowe dba o to aby koszty ponoszone w związku z zawieraniem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia, były kompensowane zyskami uzyskiwanymi z tytułu tych umów.

Odnośnie wysokości prowizji, jaką płaci pozwana pośrednikowi ubezpieczeniowemu za zawarcie umowy ubezpieczenia, strona pozwana podniosła, że jest to kwestia relacji umownych między pozwaną a tym pośrednikiem i nie może stanowić wprost elementu umowy ubezpieczenia, lecz ma przełożenie na warunki tej umowy. Przyznała, że ryzyko wypłacania prowizji pośrednikowi ubezpieczeniowemu spoczywać powinno na ubezpieczycielu i na nim faktycznie spoczywa, jednakże podkreśliła, że kwestia ta nie jest obojętna dla postanowień umowy ubezpieczenia, w szczególności wysokości opłat obciążających klienta, gdyż umowa ubezpieczenia, jako produkt oferowany konsumentowi, jest konstruowana min. w oparciu o wysokość kosztów obciążających ubezpieczyciela, w tym wysokość wynagrodzenia pośredników ubezpieczeniowych i takie założenia są uwzględniane przy konstruowaniu wszelkich produktów ubezpieczeniowych. Wskazała, że wysokość składki ustalonej w danym produkcie jest pochodną kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela, w tym również kosztów akwizycyjnych. Jednocześnie strona pozwana podniosła, że żadne przepisy prawa nie nakładają na nią obowiązku wskazywania na pokrycie jakich konkretnie kosztów przeznaczane są opłaty pobierane w ramach umów ubezpieczenia, ani obowiązku informowania ubezpieczającego o tym z jakimi konkretnie kosztami jest powiązana dana opłata, co byłoby zresztą znacznie utrudnione i problematyczne, a ze swej istoty opłaty pobierane przez nią są konsekwencją ponoszonych różnego rodzaju kosztów, z których wiele, np. koszty reklamy, koszty biura, koszty pracowników, trudno powiązać z konkretną umową ubezpieczenia i trudno określić ich wysokość w momencie zawierania umowy ubezpieczenia.

Odnosząc się do zarzutu abuzywności postanowień umowy ubezpieczenia regulujących sposób ustalenia Świadczenia Wykupu strona pozwana podniosła, że uznanie kwestionowanego przez powoda postanowienia za niedozwolone jest de lege lata niemożliwe, a jednocześnie byłoby niekorzystne dla powoda, ponieważ spowodowałoby niemożność wykonania przedmiotowej umowy. Zarzuciła, że sądy nie mogą modyfikować treści umów, a jedynie eliminować z ich treści niedozwolone postanowienia wzorców, zaś w przypadku przedmiotowego wzorca nie ma możliwości uznania za bezskuteczne wyliczenia wysokości Świadczenia Wykupu w taki sposób, aby powodowi należna była cała Wartość Części Bazowej Rachunku, gdyż uznanie tego postanowienia za niedozwolone spowoduje brak możliwości wypłacenia powodowi jakiegokolwiek Świadczenia Wykupu. Strona pozwana wywodziła, że wypłata powodowi całości Wartości Części Bazowej Rachunku spowodowałaby zachwianie równości stron umowy ubezpieczenia, gdyż w takiej sytuacji ubezpieczyciel winien zwrócić ubezpieczającemu w całości zgromadzone środki, pomimo udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez cały czas trwania umowy ubezpieczenia i poniesienia wysokich kosztów jej zawarcia i wykonania. Zarzuciła, że powództwo skierowane przez powoda przeciwko pozwanej, pod pretekstem ochrony przysługującej konsumentom, ma na celu bezkosztowe wycofanie wpłaconych środków, powodując tym samym niesprawiedliwione wzbogacenie po stronie powoda i stratę finansową po stronie pozwanej.

Ponadto, zdaniem pozwanej żadne z postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, nie zawiera klauzul, które w świetle art. 385<sup>1</sup> k.c. mogłyby być uznane za abuzywne, gdyż nie zostały spełnione łącznie wszystkie przesłanki wymienione w tej regulacji. W szczególności, zarzuciła, iż postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia regulujące wypłatę Świadczenia Wykupu określają główne świadczenia stron i zostały sformułowane w sposób



jednoznaczny. Wskazała, że okoliczność, iż Świadczenie Wykupu stanowi główne świadczenie stron potwierdza przede wszystkim treść i systematyka umowy ubezpieczenia zawartej z powodem, zgodnie z którą świadczenie wykupu jest jednym z rodzajów świadczeń zapewnianych w ramach umowy, obok świadczenia z tytułu śmierci i z tytułu dożycia. Wskazała, że w ubezpieczeniach na życie ocena głównych świadczeń stron może i powinna mieć jednak miejsce również przez pryzmat przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej, bowiem obligatoryjną treść umowy ubezpieczenia na życie określają nie tylko przepisy k.c., ale także tej ustawy, w szczególności jej art. 13 ust. 1 i ust. 4. Zgodnie z art. 13 ust. 1 ww. ustawy „zakład ubezpieczeń jest obowiązany do zawarcia w umowie ubezpieczenia (...) definicji poszczególnych świadczeń”, zaś art. 13 ust. 4 tej ustawy stanowi, że „W zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o których mowa w dziale 1 grupa 3 załącznika do ustawy, „zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia (...) 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”, co zdaniem pozwanej świadczy o tym, że Świadczenie Wykupu, czyli kwota wypłacana ubezpieczającemu w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia stanowi główne świadczenie pozwanej w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 zdanie drugie k.c., a ponieważ postanowienia dotyczące wypłaty tego świadczenia zostały sformułowane jednoznacznie, to nie mogą być one uznane za niedozwolone postanowienia umowne w ramach kontroli incydentalnej, czego domaga się powód.

Strona pozwana podkreśliła przy tym, że takie rozumienie głównego świadczenia zakładu ubezpieczeń znajduje uzasadnienie w Dyrektywie 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich, która w swej preambule wyraźnie odnosi się do umów ubezpieczenia, stanowiąc że „do celów niniejszej dyrektywy ocena nieuczciwego charakteru warunków nie będzie dotyczyła warunków określających główny przedmiot umowy oraz stosunku jakości towarów i usług do ich ceny”, a więc „umowy ubezpieczenia, które jasno określają ryzyko ubezpieczeniowe oraz odpowiedzialność ubezpieczającego, nie będą podlegały takiej ocenie, ponieważ takie ograniczenia brane są pod uwagę przy obliczaniu składki opłacanej przez konsumenta”. Ponadto pozwana wskazała, że bez zapewnienia w umowie wypłaty świadczenia w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia nie może być bowiem w ogóle kwalifikowana jako umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.

W tej kwestii strona pozwana powołała się na stanowisko wyrażone w glosie dr hab. M. S. - Kierownika Katedry Prawa (...) Wydziału Prawa i Administracji (...), do Postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2015 roku, sygn. akt III CZP 87/15, w której autorka podkreśla, że w ramach umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, która – mimo, że nie jest umową nazwaną regulowaną w Kodeksie Cywilnym, jest regulowana przepisami Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (w szczególności art. 23), ubezpieczyciel jest zobowiązany nie tylko do wypłaty określonego świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego czy dożycia określonego wieku, ale również do wypłaty wartości wykupu na wniosek ubezpieczającego, zaś świadczenie wykupu jest świadczeniem zdefiniowanym w powołanym art. 23 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, który to przepis nakłada na ubezpieczyciela obowiązek określenia w umowie ubezpieczenia postanowień regulujących wypłatę wartości wykupu, a świadczenie wykupu stanowi ekwiwalent składki uiszczanej na rzecz ubezpieczyciela z przeznaczeniem na inwestowanie.

Strona pozwana powołała również uzasadnienie prawomocnego orzeczenia w analogicznej sprawie rozpatrzonej przez Sąd Okręgowy w Warszawie, V Wydział Cywilny Odwoławczy (sygn. akt V Ca 1213/14), w którym potwierdzono twierdzenia pozwanej dotyczące kwalifikacji Świadczenia Wykupu jako świadczenia głównych ubezpieczyciela, a Sąd Okręgowy stwierdził, że: „istotnymi elementami tejże umowy jest długość trwania umowy oraz to, że podzielona jest ona na dwie części, tj. okres bazowy co do którego zgromadzone przez określoną w umowie ilość lat środki podlegają inwestowaniu i co do zasady pokrywają wszystkie koszty i świadczenia przysługujące ubezpieczycielowi oraz cena wykupu, która ma inny charakter od opłat likwidacyjnych, gdyż jej celem nie jest tylko zapewnienie ubezpieczycielowi pokrycie poniesionych kosztów lecz również stanowi bodziec dla ubezpieczającego do nie rozwiązywania umowy przed okresem, na który została zawarta, czyli do wypełnienia przez niego warunków umowy. Ze względu na czas trwania umowy a także jasno określone świadczenia jakie winien spełnić ubezpieczyciel w ciągu pierwszych określonych lat

umowy - wysokość świadczenia wykupu powinna być adekwatna do ubezpieczenia ubezpieczyciela. W szczególności zadanie zwrotu składek wpłaconych przez ubezpieczającego oraz wartości jednostek w funduszu inwestycyjnym, które nabył za pośrednictwem ubezpieczyciela - przewyższa świadczenie, jakie ubezpieczyciel miałby obowiązek wypłacić w razie ustania umowy. Zasadą jest, że przy zakończeniu umowy ubezpieczenia, gdy ubezpieczeniowe ryzyko nie nastąpiło, ubezpieczonemu nie przysługuje zwrot składek. Skoro przedmiotowa umowa, mimo złożonego charakteru, jest umową ubezpieczenia - brak jest podstaw do odmiennego jej traktowania. W tym zakresie nawet częściowy zwrot składek nie może być traktowany jako naruszający prawa konsumenta element umowy." oraz „(...) przewidziane umową ubezpieczenia świadczenie wykupu jest (...) jednym z trzech głównych świadczeń zawartej umowy. Każde z nich wypłacone jest w innych okolicznościach faktycznych i na rzecz różnych podmiotów. Są to świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego - wypłacane uposażonemu; świadczenie z tytułu dożycia - wypłacane ubezpieczonemu i świadczenie wykupu - wypłacenie ubezpieczonemu na jego wniosek, przy czym całkowita wypłata świadczenia wykupu skutkuje rozwiązaniem umowy. Świadczenia te stanowią ekwiwalent składki wpłacanej przez ubezpieczającego, przy czym wypłacone jest stosownie do okoliczności.”

Ponadto strona pozwana podniosła, że nie ma podstaw do twierdzenia, iż naruszone zostały dobre obyczaje, jak i że nastąpiło rażące naruszenie interesów konsumenta, albowiem zawierając umowę ubezpieczenia powód rzetelnie i kompleksowo był informowany o przesłankach wypłaty Świadczenia Wykupu. oraz z łatwością mógł zapoznać się z postanowieniami umowy regulującymi wypłatę Świadczenia Wykupu i podjąć świadomą decyzję co do zawarcia umowy ubezpieczenia w proponowanym przez pozwaną kształcie, bowiem przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymał ogólne warunki ubezpieczenia, a to, czy powód skorzystał z tej możliwości zależało jedynie od niego, pozwana zaś nie może być obciążana ujemnymi skutkami jego zaniechania w tym zakresie. Strona pozwana podkreśliła również, że wprowadzenie przez pozwaną do ogólnych warunków ubezpieczenia zapisów dotyczących zasad obliczania Świadczenia Wykupu nie stanowi sankcji za rezygnację z kontynuowania umowy oraz przerzucenia ryzyka związanego z prowadzeniem działalności gospodarczej na klienta. Ryzyko ubezpieczyciela związane jest przede wszystkim z prawdopodobieństwem niezyskania przewidywanych i oczekiwanych wyników ekonomiczno- finansowych, nie może zatem obejmować odpowiedzialności za niezależne oraz swobodne decyzje klienta.

Pozwana wskazała, że w odróżnieniu od postanowień wpisanych do rejestru klauzul niedozwolonych, zgodnie z powoływanymi w pozwie Wyrokami, postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy z powodem, regulujące wysokość Świadczenia Wykupu nie zastrzegają żadnej opłaty, a więc nie są równoznaczne, ani nawet podobne do powoływanych przez powoda postanowień wpisanych do rejestru klauzul niedozwolonych. Ponadto podniosła, że o uznaniu postanowienia za niedozwolone decyduje każdorazowo odrębna ocena jego zgodności z dobrymi obyczajami pod kątem kwalifikowanego naruszenie interesów konsumenta, według stanu z chwili zawarcia umowy oraz z uwzględnieniem jej treści i okoliczności jej zawarcia. Powołała się przy tym na orzecznictwo Sądu Najwyższego oraz Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wykluczające uznanie, iż moc wiążąca wyroku i powaga rzeczy osądzonej może rozciągać się na podobne lub nawet takie same postanowienia stosowane przez innego przedsiębiorcę w innym wzorcu.

Strona pozwana podkreśliła, że w odróżnieniu od spraw będących przedmiotem powołanych przez powoda wyroków, w umowie ubezpieczenia zawartej z nim wskazano jednoznacznie, z uwagi na jakie okoliczności, jakie koszty ponoszone przez pozwaną,

Ponadto zarzuciła, że powód, pomimo spoczywającego na nim ciężaru dowodowego nie wykazał, aby którekolwiek postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia i Tabeli opłat, mające zastosowanie do zawartej przez powoda umowy ubezpieczenia, w szczególności postanowienia regulujące warunki wypłaty wartości wykupu, miały charakter niedozwolonych postanowień umownych, a fakt uznania za klauzule abuzywna postanowienia stosowanego przez innego ubezpieczyciela nie ma dla oceny tego faktu decydującego znaczenia.

Podniosła również brak podstaw do uznania, że postanowienia umowy ubezpieczenia, w oparciu o które wyliczane jest Świadczenie Wykupu są nieuczciwą praktyką rynkową z uwagi na to, że są sprzeczne z dobrymi obyczajami.

Strona pozwana zakwestionowała również roszczenie powoda o zasądzenie odsetek od dnia 8 września 2016 roku do dnia zapłaty, gdyż z uwagi na fakt, że powód żąda również ustalenia przez Sąd, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których doszło do zawarcia umowy stanowią klauzule niedozwolone w myśl art. 385<sup>1</sup> k.c., a to winno skutkować zasądzeniem odsetek od daty wyrokowania.

W odpowiedzi na stanowisko strony pozwanej w piśmie przygotowawczym z dnia 30 grudnia 2016 r. powód zaprzeczył by:

- zakwestionowane przez stronę powodową postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczące zasad wypłaty Świadczenia Wykupu w zakresie Wartości Części Bazowej Rachunku polisy zostały ze stroną powodową uzgodnione indywidualnie i miała ona na nie rzeczywisty wpływ,
- postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia regulujące wysokość Świadczenia Wykupu określały świadczenia główne stron, które zostały sformułowane w sposób jednoznaczny i nie miały charakteru sankcji, a jedynie odpowiadały kosztom poniesionym przez przedsiębiorcę w związku z zawarciem umowy;
- Towarzystwo (...) poniosło wysokie koszty związane z podpisaniem i realizacją umowy ze stroną powodową (głównie koszty pośrednictwa); potrącona przez Towarzystwo (...) kwota nie była kwotą rażąco wygórowaną;
- powód nie wykazał, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, które kwestionuje, miały charakter niedozwolonych postanowień umownych; była konsumentem nierozważnym;

Odnosząc się do poszczególnych zarzutów strony pozwanej, poza argumentami zawartymi w uzasadnieniu pozwu, powód zarzucił, że strona pozwana mylnie kwalifikuje postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczące kosztów związanych z przedwczesnym rozwiązaniem umowy przez stronę powodową, jako główne świadczenie ubezpieczonego. Zarzucił, że wysokość Świadczenia Wykupu, jako określonego procentu Części Bazowej Rachunku określonego w załączniku do ogólnych warunków ubezpieczenia nie ma charakteru świadczenia odszkodowawczego.

Strona powodowa powołała argumenty Sądu Apelacyjnego w Warszawie (Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów) zawarte w uzasadnieniu wyroku z dnia 26 czerwca 2012 roku, sygn. akt VI ACa 87/12, w którym stwierdzono, iż „znaczna część kosztów funkcjonowania pozwanej oraz jej ryzyko jest pokrywane przez konsumenta w ramach szeregu innych opłat pobieranych przez pozwaną (...). wysokość opłaty likwidacyjnej powinna być uzależniona jedynie od kosztów, które ponosi ubezpieczyciel w związku z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia i wykupem uczestnictwa. Tymczasem przy określeniu tej opłaty pozwana bierze pod uwagę wszystkie koszty jej działalności, w większości już pokryte przez ubezpieczonego z innych opłat. (...) nie można zgodzić się też z twierdzeniem strony pozwanej, iż mieści się w ramach dobrych obyczajów i równego traktowania stron umowy ubezpieczenia, aby opłata likwidacyjna nie tylko rekompensowała ubezpieczycielowi koszty własne, ale także miała na celu zapewnienie ubezpieczycielowi «godziwego» zysku”.

Powód podniósł jako niedopuszczalną argumentację zakładu ubezpieczeń, w której zakład, w umowie zawieranej z konsumentem, przewidując możliwość przedwczesnego rozwiązania umowy, jednocześnie wprowadza takie zapisy w ogólnych warunków ubezpieczenia, które nie tylko zapewniają jej zwrot wszelkiego rodzaju kosztów związanych choćby pośrednio z zawarciem umowy ubezpieczenia (np. prowizja agenta ubezpieczeniowego, o czym mowa poniżej), jak również odszkodowania w postaci utraconych dochodów.

Powód podkreślił, że niezależnie od wszystkiego, w przypadku trudności w zdefiniowaniu świadczenia głównego, wątpliwości należy interpretować na korzyść konsumenta. Świadczenie główne powinno być rozumiane wąsko. Powinno mieścić w sobie jedynie podstawowe świadczenia w ramach danej umowy, które z tego względu charakteryzują umowę, a inne warunki mają w tym zakresie jedynie charakter pomocniczy. Powód przychylił się do koncepcji zawartej w uchwale Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2007 r. sygn. akt III CZP 62/07, zgodnie z

którą brzmienie art. 385<sup>1</sup> k.p.c. nie pozwala na szeroką interpretację formuły „postanowień określających główne świadczenia stron”.

Zarzucał również, że twierdzenie, że celem umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest to, by konsument mógł ją rozwiązać przed terminem i skorzystać ze Świadczenia Wykupu, czyli wypłaty zgromadzonych na rachunku środków pomniejszonych o różnego rodzaju opłaty, mające rekompensować towarzystwu ubezpieczeniowemu wszelkie poniesione koszty i utracony zarobek jest nieracjonalne, gdyż konsument w momencie zawierania umowy nie ma w zamyśle jej wcześniejszego rozwiązania. Zarzuciła ponadto, że samo tylko odwołanie się przez stronę pozwaną 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, gdyż wysokość tych kosztów w dalszym ciągu jest nieznana konsumentowi w dacie zawierania umowy. Co więcej, Świadczenie Wykupu nie jest możliwe do ustalenia w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, jest określane na bieżąco. Stąd też, z racji swej nieokreśloności, nie jest możliwe do objęcia konsensusem stron. I dlatego nie może stanowić przedmiotu świadczenia.

Powód zarzucał, że strona pozwana w żaden sposób nie udowodniła, jakie bezpośrednie koszty poniosła w związku z zawarciem umowy ze stroną powodową, a w zakwestionowanych przez stronę powodową zapisach ogólnych warunków ubezpieczenia brak jednoznacznego wskazania, że wyodrębnienie Świadczenia Wykupu, jako określonego procentu Wartości Części Bazowej Rachunku ma służyć pokryciu konkretnych i sprecyzowanych w ogólnych warunków ubezpieczenia kosztów ponoszonych przez towarzystwo ubezpieczeniowe w związku z zawarciem umowy, w tym kosztów prowizji pośrednika i innych opłat wskazanych przez stronę pozwaną. Podniósł, że pomniejszenie świadczenia wykupu nie może prowadzić do sytuacji, w której wszystkie negatywne następstwa zawarcia umowy, czy też późniejszego jej wypowiedzenia przez konsumenta będą obciążały słabszą stronę stosunku zobowiązaniowego. Wskazał również, że błędnym założeniem przyjętym przez stronę pozwaną jest fakt, że to na nim spoczywa obowiązek wykazania kryteriów abuzywności powołanych zapisów, podczas, gdy to sąd z urzędu winien badać, czy postanowienia umowy zawieranej z konsumentem kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Zarzucał ponadto, że twierdzenia pozwanej, jakoby powód był konsumentem nierozważnym nie można zaakceptować, gdyż przeciętny konsument nie musi posiadać pełnej wiedzy na temat ubezpieczeń z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, charakteru opłat, które pobiera ubezpieczyciel, tym bardziej, że produkt ten w swej istocie różni się od typowej umowy ubezpieczenia i ryzyka z nią związanego.

Powód podniósł również, że powoływanie się strony pozwanej na wybrane orzeczenia sądów powszechnych nie zapadłe pomiędzy stronami niniejszego procesu nie ma żadnego znaczenia w niniejszej sprawie, a ponadto wyraża raczej niewielkie rozbieżności w linii orzeczniczej, gdyż może on przytoczyć wiele orzeczeń zapadłych w podobnych sprawach, w których sądy orzekały na korzyść ubezpieczonych, lecz orzeczenia takie nie mają mocy powszechnie obowiązującej.

Powód wskazał ponadto, że na powyższe problemy związane z opłatami za przedwczesne rozwiązanie umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zwrócił również ustawodawca uchwalając ustawę z 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w której ustalił, że maksymalna wysokość opłat związanych z przedwczesnym rozwiązaniem umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie może przekraczać 4 % wartości opłaconych składek (art. 25 ust. 3 i 4 cyt. ustawy), a zatem można dojść do przekonania, że ustawodawca w ten sposób rozwiązał problem na przyszłość wysokości opłat pobieranych przez towarzystwa ubezpieczeniowe w związku z wystąpieniem przez ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia na życie. Zdaniem powoda te uregulowania pośrednio potwierdzają jego argumentację o abuzywności zapisów umownych we wskazywanym zakresie. W art. 23 ust. 5 i 6 cyt. ustawy ustawodawca rozwiązał również problem jednorazowej prowizji pośrednika ubezpieczeniowego, co również potwierdza argumentację strony powodowej zaprezentowaną powyżej.

Powód powołał się także na raport Rzecznika (...), wskazując na zawartą tam argumentację, przemawiającą za uznaniem wszelkich postanowień umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, określających wszelkiego rodzaju opłaty lub świadczenia pobierane przez towarzystwa ubezpieczeniowe w związku z przedwczesnym rozwiązaniem umów za niedozwolone postanowienia umowne.

Na rozprawie w dniu 12 kwietnia 2017 r. strona pozwana wskazała, że wypłata powodowi wyższej kwoty wynikała z aneksu wprowadzonego do umowy ubezpieczenia z nim zawartej, w którym w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia w drugim roku trwania umowy, procent Wartości Części Bazowej Rachunku wynosił 72%, i wynikał wprost z decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 15 marca 2016 r. Strona pozwana podniosła, że skoro poziom ten został zaaprobowany przez Prezesa UOKiK nie sposób twierdzić, że zastosowanie takiego wskaźnika jest zastosowaniem niedozwolonego postanowienia umownego, albowiem oznaczałoby to, że Prezes UOKiK zaaprobował rozwiązanie abuzywne.

Strona pozwana zarzuciła, że w sytuacji, gdy powód zaakceptował aneks wprowadzony w wykonaniu porozumienia, a następnie wypowiedział umowę i występuje z powództwem, dochodzi do nadużycia prawa w świetle art. 5 k.c.

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

Powód A. S. wraz z żoną postanowili zainwestować posiadane oszczędności. Oboje interesowali się metodami inwestowania i dlatego wybrali się na jednodniowe szkolenie w szkole inwestowania. Tam poznali konsultanta, który był przedstawicielem tej szkoły, a który później doradzał im przy wyborze sposobu inwestowania. Szkolenie przez niego prowadzone odebrali jako łatwe i przyjemne, wskazujące na duży potencjał metod inwestowania. W związku z tym zadbali o to, aby z tą osobą współpracować. W konsekwencji, po kilku tygodniach udało im się ustalić termin i doszło do spotkania. Tam konsultant rozpoczął od analizy ich celów i obecnego stanu posiadania, a następnie zaproponował scenariusz, który miał im pomóc osiągnąć ich cel - zmaksymalizowanie zwrotu zainwestowanych środków. W trakcie tego spotkania konsultant prezentował różne potencjalne scenariusze inwestowania. W szczególności przedstawił im dwie metody: jedna zapewniała szybki dostęp do inwestowanych pieniędzy, a drugą charakteryzowała długoterminowość oraz to, że środki miały nie być tak łatwo dostępne. Przedstawił on możliwości zawarcia umów z dwoma podmiotami w danym rodzaju produktu. Produkt strony pozwanej był im wskazywany, jako najlepiej odpowiadający ich potrzebom i w związku z tym był promowany. W rozmowach z konsultantem trudność dostępu do środków była wyjaśniona tym, że jest to inwestycja na 15 lat. Dla powoda oznaczało to zobowiązanie na 15 lat dokonywania określonych wpłat. W związku z tym, że pozwałała na to ich sytuacja finansowa, powód wraz z żoną zdecydowali, że te środki będą inwestować przez 15 lat. Jednocześnie zostali zapewnieni, że skutkiem tego będzie bardzo duży zysk, który będzie budowany w trakcie trwania umowy, lecz dostępny dopiero po 15 latach. Z konsultantem ustalili, ile może miesięcznie zainwestować, a także termin płatności składki. Nie rozmawiali o konsekwencjach wcześniejszego rozwiązania umowy. Powód nie pytał o warunki wcześniejszego rozwiązania umowy.

Spotkanie odbyło się w miłej, przyjaznej atmosferze, co było zachęcające i odpowiadało oczekiwaniom klientów. Powód wraz z żoną uważali, że dzięki temu konsultantowi uzyskają to, czego poszukiwali - dostępu do środowiska ludzi, którzy inwestują z zyskiem.

W okresie między spotkaniami powód i jego żona analizowali, czy te rozwiązania są dla nich dobre oraz czy będą w stanie wywiązywać się z takich zobowiązań - głównie skupiali się na tym czy podołają zobowiązaniom płacenia wysokich składek miesięcznych przez 15 lat. Mieli dostęp do OWU, które zostały im przesłane drogą mailową, lecz wówczas nie skupili się na analizie ich postanowień. Nie rozmawiali też z konsultantem na temat poszczególnych postanowień OWU.

Kolejne spotkanie służyło podpisaniu wniosków o zawarcie umów. W rezultacie podpisali dwa wnioski, konsekwencją czego było zawarcie umów z U. oraz stroną pozwaną.

Na pytanie powoda, od konsultanta otrzymał odpowiedź, że nie poniesie on żadnych kosztów konsultacji.

(dowód: przesłuchanie powoda k. 126 – 128, 124)

W dniu 7 listopada 2014 r. powód A. S. zawarł ze (...) S.A. w W. umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną S. Futura, potwierdzoną polisą nr (...), na czas określony 15 lat. Zgodnie z tą umową, jako ubezpieczony, powód był zobowiązany do opłacania miesięcznych składek w wysokości 1000 zł miesięcznie, zaś Towarzystwo (...) do udzielenia mu ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci lub z tytułu dożycia, a także do alokacji uiszczonych niego składek i wypłaty związanego z tym świadczenia. Umowa ta została zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną S. Futurę ( (...)), zwanych dalej „owu”, obowiązujących w dniu zawarcia umowy.

Przedmiotem umowy było życie ubezpieczonego i inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w okresie, na jaki umowa została zawarta (§ 3 owu).

Umowa podlegała rozwiązaniu min. wskutek złożenia wniosku o całkowitą wpłatę świadczenia wykupu (§ 10 owu). Takie prawo przysługiwało ubezpieczonemu w każdym czasie po upływie 30 dniowego okresu uprawniającego do odstąpienia od umowy. Wówczas ubezpieczyciel miał obowiązek dokonać wypłaty kwoty w wysokości świadczenia wykupu, określonego jako wartość części wolnej rachunku oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku, która została zdefiniowana jako stanowiąca część bazową rachunku wartość środków zapisanych w danym dniu na rachunku jednostek funduszy, obliczona jako liczba jednostek funduszy pomnożona przez właściwe ceny jednostek funduszy, powiększona o wartość gotówki (§ 2 ust. 1 pkt 33 owu). Wartość części wolnej rachunku została zaś określona jako stanowiąca część wolną rachunku wartość środków zapisanych w danym dniu na rachunku jednostek funduszy, obliczona jako liczba jednostek funduszy pomnożona przez właściwe ceny jednostek funduszy, powiększona o wartość gotówki (§ 2 ust. 1 pkt 34 owu), zaś wartość rachunku jako wartość wszystkich środków zapisanych na rachunku jednostek funduszy równa sumie wartości części bazowej rachunku oraz wartości części wolnej rachunku (§ 2 ust. 1 pkt 35 owu).

Wysokość kwoty całkowitej wypłaty świadczenia wykupu obliczana miała być według cen jednostek funduszy z dnia wyceny danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego następującego nie później niż w trzecim dniu roboczym od dnia rozwiązania umowy. (§ 24 owu)

Wartość świadczenia wykupu miała rosnąć wraz z czasem trwania umowy, i być pomniejszana w zakresie części bazowej rachunku (§ 2 ust. 1 pkt 3 owu), biorąc pod uwagę okres bazowy (§ 2 ust. 1 pkt 12 owu), tylko w zakresie składek regularnych za pierwsze 7 lat umowy. Wszystkie składki dodatkowe oraz składki regularne począwszy od ósmego i następnych lat umowy ubezpieczenia miały zasilać tzw. część wolną rachunku (§ 2 ust. 1 pkt 4 owu).

Załącznik do Ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących przedmiotowej umowy zawierał określenie procentu części bazowej rachunku wypłacanego ubezpieczonemu w związku z całkowitą lub częściową wypłatą świadczenia wykupu. W szczególności, w przypadku umowy zawartej na 15 lat wysokość całkowitej wypłaty z tego tytułu w pierwszym i drugim roku miała wynosić 2% części bazowej rachunku.

(dowód: wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia k. 60 - 61

polisa nr (...) k.13,

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie k.14-27)

Powód otrzymał polisę, tekst Ogólnych warunków ubezpieczenia oraz dostęp do platformy, za pośrednictwem której można było sprawdzać stan środków.

Powód nadal interesował się innymi formami inwestowania, w szczególności w nieruchomości. Po roku trwania umowy ze stroną pozwaną stwierdził, że zysk wyniósł tylko 5%, a więc był niższy, niż oczekiwany. W związku zaś z decyzją inwestowania w nieruchomości zaszła potrzeba większych środków pieniężnych i w tym celu powód zdecydował się na wypłatę środków z N., z czym nie było problemu, oraz likwidację polisy u strony pozwanej. Wtedy wczytał się w Ogólne warunki ubezpieczenia i stwierdził, że bardzo dużo utraci z wpłaconych składek. Wcześniej co prawda razem z żoną czytali warunki umowy ubezpieczenia, ale te postanowienia im umknęły.

Następnie powód podpisał, zaproponowany przez pozwaną, aneks do przedmiotowej umowy, dotyczący wysokości Świadczenia Wykupu, wskazanych w załączniku. W tym aneksie podwyższeniu uległ procent części bazowej rachunku wypłacany ubezpieczającemu w związku z całkowitą lub częściową wypłatą świadczenia wykupu. Pozwalało to na uzyskanie przez niego zwrotu wyższych środków.

(dowód: przesłuchanie powoda k. 126 – 128, 124)

W szczególności, w przypadku umów zawartych na 15 lat, przy wypłacie w pierwszym roku trwania umowy wysokość ta miała wynosić 71% wartości umowy, zaś w drugim roku – 72%.

Powyższe zmiany były skutkiem decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nakazującej stronie pozwanej w odniesieniu do umów ubezpieczenia zawartych na 15 lat, których dotyczą ogólne warunki ubezpieczenia (...), sporządzenie aneksów podwyższających wysokość świadczenia wykupu tak, aby w pierwszym roku obowiązywania polisy była ona nie mniejsza niż 71% części bazowej rachunku i powiększana w każdym kolejnym roku obowiązywania polisy o 1%.

(bezsporne)

W dniu 18 lipca 2016 r. umowa ubezpieczenia została rozwiązana, wskutek złożenia przez powoda wniosku o całkowitą wypłatę świadczenia wykupu. W związku z tym, pozwana określiła wartości części bazowej rachunku, zamiennie zwanej wartością umowy, na kwotę 22 501,63 zł, przy wartości wpłaconych przez powoda składek w wysokości 21 050,00 zł. Świadczenie wykupu brutto zostało określone na kwotę 16 201,17 zł, czyli w wysokości 72% wartości części bazowej rachunku, i ta kwota została powodowi wypłacona.

(dowód: wniosek o wypłatę świadczenia wykupu k. 61

pismo strony pozwanej z dnia 11.08.2016 r. wraz z rozliczeniem

k.28-29)

W dniu 29 sierpnia 2016 r. powód wezwał pozwanego ubezpieczyciela do zapłaty kwoty 6 300,46 zł, wyznaczając termin zapłaty na 7 dni od odebrania wezwania, co nastąpiło 31 sierpnia 2016 r.

(dowód: wezwanie do zapłaty z dnia 29.08.2016 r. k.30)

W dniu 21 października 2016 r. zmianie uległa firma pozwanej na V. L. Towarzystwo (...) S.A. V. (...).

(odpis KRS strony pozwanej)

### **Sąd zważył co następuje :**

Stan faktyczny jest w istocie bezsporny, w szczególności zawarcie przez strony umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, jej treść, a także okoliczności związane z jej rozwiązaniem oraz brak wypłaty przez pozwaną na rzecz powoda całej wartości umowy (= wartości części bazowej rachunku) określonej przez powoda na kwotę 22501,63 zł. Odmienna jest natomiast ocena prawna stron dotycząca okoliczności tego stanu faktycznego. Istota sporu w niniejszej sprawie sprowadza się do ustalenia zasadności przyjęcia przez pozwaną, że

w związku z rozwiązaniem umowy przed terminem – w drugim roku trwania polisy, należne świadczenie wykupu wypłacane w takim przypadku nie jest równe 100 % wartości umowy. Powód zarzucił abuzywność ogólnych warunków umowy, które przewidują niższy poziom wypłacanego świadczenia.

Zgodnie z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, o ile zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. W myśl § 3 tego artykułu 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. Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje (art. 385 1 § 4 k.c.). Określone postanowienie umowy może zatem zostać uznane za niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu powyższego przepisu, w sytuacji gdy spełnione zostaną łącznie cztery warunki:

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

W oparciu o powyższą regulację sąd może dokonywać oceny postanowień zawartych umów, a także postanowień samych wzorców umów, co do ich zgodności z prawem. Ocena taka może być dokonywana in concreto, w toczącym się między przedsiębiorcą a konsumentem sporze, którego przedmiotem są skutki prawne określonego postanowienia zawartej umowy, albo też in abstracto, kiedy to sąd ochrony konkurencji i konsumentów bada treść stosowanego przez przedsiębiorcę w stosunkach z konsumentami wzorca umowy.

Skutkiem prawnym ustalenia, że postanowienie umowne jest niedozwolone w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. jest jego bezskuteczność („nie wiąże” – art. 385<sup>1</sup> § 2 k.c.), która następuje ex lege i ex tunc, a w ich miejsce wchodzi odpowiednie przepisy dyspozytywne. Oznacza to, że sankcja z art. 385<sup>1</sup> § 1 i 2 k.c. z mocy prawa usuwa z umowy niedozwolone postanowienie.

W okolicznościach niniejszej sprawy poza sporem jest, że powód, zawierając przedmiotową umowę posiadał status prawny konsumenta w rozumieniu art. 22<sup>1</sup> k.c., gdyż dokonywana przez niego czynność prawna nie była bezpośrednio związana z jego działalnością gospodarczą, ani zawodową. Pozwany z kolei bez wątpienia jest przedsiębiorcą w rozumieniu art. 43<sup>1</sup> k.c.

Bezsporny był również fakt stosowania przez stronę pozwaną wzorca umownego zawierającego sporną klauzulę dotyczącą wysokości świadczenia wykupu wypłacanego przy rozwiązaniu umowy, w postaci ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną (...) ( (...)). Zgodnie z art. 384 § 1 k.c. ustalony przez pozwaną wzorzec umowny wiąże drugą stronę (powoda), wobec jego doręczenia przed zawarciem umowy, z wyłączeniem niedozwolonych klauzul umownych w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

W toku pozwany nie wykazał, aby powód miał rzeczywisty wpływ na treść umowy zawartej przez strony w zakresie objętym ogólnymi warunkami ubezpieczenia. Niewątpliwie, co wynika z jego przesłuchania, miał możliwość zapoznania się z ich treścią i w istocie to zrobił, lecz ze względu na to, iż nie miał rzeczywistego wpływu na kształtowanie treści tych postanowień, nie można uznać, że zostały one z nim uzgodnione indywidualnie w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.



Wyłączone spod możliwości uznania ich za niedozwolone są postanowienia określające świadczenia główne stron. Kluczowe jest zatem ustalenie, czy obowiązek strony pozwanej polegający na wypłaceniu świadczenia wykupu w przypadku rozwiązania umowy przez ubezpieczonego jest świadczeniem głównym, a więc w istocie czy zgodnie z art. 385<sup>1</sup> k.c. zakwestionowane przez powoda postanowienia w ogóle mogą być uznane za niedozwolone.

Sąd uznał, że świadczenie wykupu wypłacane w przypadku rozwiązania umowy przed upływem okresu, na który została ona zawarta nie jest świadczeniem głównym umowy zawartej między stronami. Przy umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym świadczeniami głównymi jest składka, a po stronie zakładu ubezpieczeń obok świadczeń wypłacanych w razie zaistnienia zdarzeń ubezpieczeniowych określonych przez strony, również świadczenie wykupu, jednak tylko to wypłacane po zakończeniu okresu, na który umowa została zawarta.

Wbrew twierdzeniom powoda, umowa taka ma charakter mieszany i składa się w części z elementów charakterystycznych dla umowy ubezpieczenia, ale również z elementów nie dających się przyporządkować konkretnej umowie, które nadają jej indywidualny charakter. Z tego względu umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie odpowiada żadnemu ustawowemu typowi umowy, i w konsekwencji uznawana jest za umowę nienazwaną. W tego rodzaju umowie to nie ochrona ubezpieczeniowa jest jedynym świadczeniem głównym, a fundusz jest niejako przy okazji, lecz odwrotnie – to właśnie ochrona ubezpieczeniowa jest jedynie przy okazji funduszu, tj. inwestycja jest zasadniczym celem umowy, a przy jej okazji powód ubezpieczony otrzymuje ochronę ubezpieczeniową. Często to właśnie aspekt oszczędnościowo-inwestycyjny ma charakter dominujący i jest definiowany jako długoterminowe gromadzenie środków finansowych przez nabywanie jednostek uczestnictwa ze środków pochodzących ze składek. Wniosek taki nasuwa treść tych umów, gdzie przewidziana umową ochrona ubezpieczeniowa ma - ze względu na sumę ubezpieczenia, charakter symboliczny. Główny cel umowy zaś 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.

Wbrew twierdzeniom powoda, umowa zawarta przez strony nie zawiera jedynie cech stosunku ubezpieczenia i nie w takim celu – jako zasadniczym, została zawarta. Obok ochrony ubezpieczeniowej i obowiązku wypłaty świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego środki pochodzące ze składek wpłacanych przez powoda miały być inwestowane przez stronę pozwaną. W zasadzie podstawowym celem po stronie powoda był cel inwestycyjny i jak to określił: „maksymalizacja zwrotu zainwestowanych środków, aby jak najwięcej zarobić”. Podstawową motywacją po jego stronie nie było zatem uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej na życie i takiej umowy, gdyby nie zawierała ona elementów inwestycji kapitałowej, powód by nie zawarł. Wysokość świadczenia wykupu, czyli kwoty, którą uzyska po zakończeniu trwania tej umowy, była w przypadku powoda bardziej istotna, niż świadczenia wynikające z udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony. Treść przesłuchania powoda nie pozostawia w tym zakresie żadnych wątpliwości. W związku z tym świadczenie wykupu po upływie okresu, na który umowa została zawarta, należy zaliczyć do elementów przedmiotowo istotnych umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, którą zawarły strony.

Jednakże, zdaniem Sądu, już świadczenia wypłacane w razie przedterminowego rozwiązania umowy, nie można uznać za świadczenia główne, tylko o charakterze ubocznym. To zaś jest istotą sporu. Podstawą kwestionowania są bowiem postanowienia dotyczące wysokości świadczenia wykupu, do którego wypłaty strona pozwana była zobowiązana w przypadku rozwiązania przez powoda umowy przed upływem 15 lat.

Za takim poglądem przemawia, zdaniem Sądu, to że jest to świadczenie nadzwyczajne powstałe w toku trwania umowy, która wbrew pierwotnym zamiarom stron ulega przedwczesnemu rozwiązaniu. W związku z tym, wartość wykupu nie jest możliwa do ustalenia w chwili zawarcia umowy, a jej wysokość jest ściśle związana ze zdarzeniem przyszłym, niepewnym i niezamierzonym przez strony w dacie zawarcia umowy. Wobec tego, z racji swej nieokreśloności, nie jest możliwa do objęcia konsensusem stron i dlatego nie może stanowić przedmiotu świadczenia. I jako takie postanowienia dotyczące obowiązków stron, w tym wypłaty świadczenia wykupu, w przypadku

wcześniejszego rozwiązana umowy, stanowią jedynie element stosunku zobowiązaniowego. Mogą zatem podlegać ocenie pod kątem abuzywności na podstawie art. 385<sup>1</sup> k.c.

W pierwszej kolejności jednak podkreślenia wymaga, że samo ustalenie świadczenia wykupu, na poziomie niższym, niż wysokość uiszczonych składek w przypadku rozwiązania umowy przez ubezpieczonego przed okresem, na jaki została zawarta, co do zasady nie można uznać za niedopuszczalne i niezgodne z prawem, w szczególności sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Przy umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wartość świadczenia wykupu nie jest, a nawet nie może być, bezpośrednio utożsamiana z sumą wpłaconych składek ubezpieczeniowych, gdyż zależy ona od cen jednostek funduszu na dzień wypłaty, a te uzależnione są od – upraszczając kwestię, sytuacji ekonomicznej. Strona pozwana bowiem miała obowiązek inwestowania środków przekazanych przez powoda, a to zawsze niesie za sobą ryzyko, którego skutki ponosić musi również on.

Przechodząc do oceny charakteru spornego świadczenia i sposobu jego ustalania, należy uznać, że bezzasadne jest posługiwanie się przez powoda zamiennie pojęciami „świadczenie wykupu” i „opłata likwidacyjna”, tożsamo je rozumiejąc, jak również popierając przyjętą argumentację oceną prawną i orzecznictwem dotyczącym właśnie opłaty likwidacyjnej w umowach ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym dotyczących innych zakładów ubezpieczeń. Wskazać należy, iż przedmiotem rozpoznania w niniejszej sprawie nie było rozstrzygnięcie w przedmiocie „opłaty likwidacyjnej”. Postanowienia umowy łączącej strony bowiem nie przewidywały takiego rozwiązania. Nie sposób również uznać, iż mechanizm ustalania wartości wykupu w sytuacji przedterminowego rozwiązania umowy przez ubezpieczającego jest tożsamy co w przypadku opłaty likwidacyjnej. W ogólnych warunkach ubezpieczenia, dotyczących umowy łączącej strony, brak jest bowiem zastrzeżenia, że kwota wykupu jest pomniejszana o opłatę likwidacyjną. Ustalono w nich natomiast, że świadczenie wykupu stanowi określony – i to w sposób jednoznaczny - procent zgromadzonych środków oraz wypracowanego zysku (=części bazowej rachunku). Przede wszystkim podkreślenia wymaga to, że nie zawierają w swej treści klauzuli wpisanej do Rejestru Klauzul Niedozwolonych, a dodatkowo spełniają wymogi ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, w tym art. 13 ust. 4 tej ustawy w zakresie umieszczenia 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.

Za tym, że świadczenie wykupu nie jest tożsame z opłatą likwidacyjną, na którą powołuje się powód, przemawia również konstrukcja ustalania jego wartości, a w szczególności to, że wartość świadczenia wykupu rośnie wraz z czasem trwania umowy, i jest pomniejszana jedynie w części bazowej rachunku i tylko w zakresie składek regularnych za pierwsze 7 lat umowy, a poczynając od ósmego i następnych lat umowy wszystkie składki dodatkowe oraz składki regularne ubezpieczenia zasilają tzw. część wolną rachunku.

Ponadto, uznanie przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów danego postanowienia wzorca umowy za abuzywny nie oznacza, iż to samo postanowienie funkcjonujące w innym wzorcu umowy ma charakter niedozwolony, zwłaszcza, że ocena incydentalna jest rozszerzona o uwzględnienie konkretnych realiów - w tym ekonomicznych - kreowanych przez daną umowę. Argumentacja powoda w tym zakresie, oparta na przywołanych w pozwie orzeczeniach zakłada automatyzm, który w obowiązującym stanie prawnym nie istnieje. Zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2013 r. (sygn. akt: III CZP 73/13) abstrakcyjna kontrola wzorca umowy nie może prowadzić do generalnego wyłączenia danej klauzuli z obrotu, a powaga rzeczy osądzonej nie może rozciągać się na podobne lub nawet takie same postanowienia stosowane przez innego przedsiębiorcę w innym wzorcu. Tym samym, wywodzenie roszczeń względem pozwanej w oparciu o nietyczące tożsamego zapisu umowy orzeczenia Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest chybione.

Nie istnieje zaś jakiegokolwiek orzeczenie, z którego wynikałaby abuzywność kwestionowanych przez powoda postanowień wzorca umownego oraz brak jest podobieństwa między tymi powołanymi w pozwie, a tymi z inkryminowanego wzorca.

Mając na uwadze okoliczności sprawy, w świetle dowodu z przesłuchania powoda, nie ma podstaw do uznania, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia w części dotyczącej świadczenia wykupu kształtowały prawa powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> k.c.

Zdaniem Sądu, tak ukształtowane warunki umowy nie naruszają interesów konsumenta.

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. Z kolei 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 zakres określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r. I CK 832/2004, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 sierpnia 2015 r. w sprawie I CSK 611/14). Nie jest zatem wystarczające ustalenie nierównomiernego rozkładu praw i obowiązków stron umowy (sprzeczność z dobrymi obyczajami), lecz konieczne jest stwierdzenie prawnie relewantnego znaczenia tej nierównowagi (rażące naruszenie interesów konsumenta).

Oceniając aspekt ekwiwalentności świadczeń stron należy podkreślić, iż przy tego typu umowie ubezpieczyciel musi prowadzić szeroko zorganizowaną działalność gospodarczą, polegającą m.in. na zorganizowaniu sieci agentów, doradców inwestycyjnych oraz osób zajmujących się zarządzaniem lokowaniem wpłaconych składek w jednostki uczestnictwa kilkuset towarzystw funduszy inwestycyjnych. Stawianie mu zarzutu – z uwagi na finansowe skutki dla powoda przedterminowego rozwiązania przez niego samego umowy - sugerujące obciążaniem w takich okolicznościach wyłącznie powoda kosztami prowadzonej przez pozwanego działalności gospodarczej jest nieuprawnione. Należy także podnieść, że w przypadku każdej działalności gospodarczej jej koszty pokrywane są de facto przez podmioty korzystające ze oświadczonych przez danego przedsiębiorcę usług, w tym konsumentów. Przedmiotowa umowa została skonstruowana w sposób zapewniający porównywalne korzyści obu jej stronom, jednakże wyłącznie wtedy, gdy trwa dostatecznie długo.

Należy zatem uznać, że powód zawierając przedmiotową umowę wyraził zgodę na takie ukształtowanie zapisów świadczeń stron, zwłaszcza w szczególności go interesującej części – świadczenia wykupu.

Ochrona konsumenta oparta jest z reguły o wzorzec konsumenta rozważnego, świadomego i krytycznego, który jest w stanie prawidłowo zrozumieć kierowane do niego informacje (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2012 r. , II CSK 515/11). Od konsumenta, decydującego się na zawarcie umowy długoterminowej, której przedmiotem jest świadczenie o skomplikowanej konstrukcji prawnej, wymagające stosunkowo dużej wiedzy o funkcjonowaniu rynków finansowych, zabiegającego przy tym samodzielnie o jej zawarcie – jak w niniejszym przypadku, należy wymagać również odpowiedniego poziomu staranności i rozwagi (por. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2012 r. , II CSK 515/11, wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 8 września 2015 r. w sprawie o sygn. akt II C 150/15).

W świetle okoliczności sprawy należało uznać, że takim świadomym konsumentem był powód i brak jest podstaw do przyznania mu uprzywilejowanej pozycji, w której zwolniony byłby z obowiązku przejawiania jakiegokolwiek staranności w dokonywaniu oceny treści umowy, którą zamierza zawrzeć.

W szczególności, przedmiotowa umowa była ona wynikiem poszukiwania przez powoda sposobów inwestowania zapewniających największy zysk. Był on konsumentem świadomym swoich potrzeb i prowadzących planowe działania dla osiągnięcia określonego celu finansowego. Świadczy o tym uczestnictwo w kursie inwestowania i wybór konsultanta, który miał zapewnić jak najlepsze ulokowanie środków pieniężnych. Decyzja o podpisaniu umowy nie była zawierana w okolicznościach niesprzyjających zastanowieniu się nad jej warunkami. Oprócz uczestnictwa w kursie inwestowania, powód wraz z żoną odbył dwa spotkania z konsultantem, a w okresie między nimi dokonywał analizy przedstawionych mu ofert, w tym strony pozwanej, a w ich świetle swoich możliwości finansowych i ryzyka związanego z zawarciem umowy długoterminowej. Z jego słów wynika, że szczególnie zastanawiał się nad

przedmiotową umową, gdyż zakładała ona zobowiązanie finansowe na wysokim poziomie i na długi okres 15 lat. Nie działał on zatem w pośpiechu, decyzja była przemyślana. Zanim podpisał wniosek o zawarcie umowy prezentowane mu były postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, które zresztą miał do dyspozycji i jak twierdzi czytał. Miał on również możliwość, z której korzystał, konsultacji z doradcą.

Poza tym, przedmiotowe ogólne warunki ubezpieczenia określały wielkość zwracanej części środków w sposób jednoznaczny w formie tabeli zawartej w Załączniku nr 1. Ponadto, w wyróżnionych kolorem przypisach wplecionych między postanowieniami wzorca znajdowały się wyjaśnienia dotyczące wysokości świadczenia wykupu napisane przystępnym językiem i z wykorzystaniem konkretnych prostych przykładów.

Mając powyższe na uwadze, zdaniem Sądu nie sposób uznać, że w okolicznościach niniejszej sprawy doszło do zawarcia przez strony przedmiotowej umowy z wykorzystaniem wzorca w postaci ogólnych warunków ubezpieczeń w warunkach rażącego naruszenia interesów powoda jako konsumenta czy dobrych obyczajów.

Zresztą, powodowi zostało wypłacone świadczenie wyższe, niż pierwotnie umówione, z uwagi na podpisanie przez strony aneksu, co było realizacją obowiązków nałożonych na stronę pozwaną decyzją Prezesa UOKiK z dnia 15 marca 2016 r. W decyzji tej dla umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną (...) minimalną wartością świadczenia wykupu miało być 72% części bazowej rachunku i taką wypłaciła powodowi strona pozwana.

Wobec powyższego, z uwagi na bezzasadność zarzutu abuzywności, powództwo zostało oddalone w całości.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c.

Sygnatura akt II Ca 1186/17

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 kwietnia 2018 r.

**3. Sąd Okręgowy we Wrocławiu II Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie następującym:**

**5. Przewodniczący: SSO Małgorzata Brulińska**

**6. : SSO Beata Stachowiak (spr.)**

**7. SSR del. Kamila Sierpowicz-Bigos**

**8. Protokolant: Wojciech Langer**

**10. po rozpoznaniu w dniu 11 kwietnia 2018 r. we Wrocławiu**

**11. na rozprawie**

**12. sprawy z powództwa A. S.**

**13. przeciwko V. L. Towarzystwu (...) S.A. V. (...) w W.**

**14. o zapłatę**

**15. na skutek apelacji powoda**

**16. od wyroku Sądu Rejonowego w Środzie Śląskiej**

**17.z dnia 26 kwietnia 2017 r.**

**18.sygn. akt I C 1177/16**

**I. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie I w ten sposób, że zasądza od strony pozwanej V. L. Towarzystwa (...) S.A. V. (...) w W. na rzecz powoda A. S. 6300,46 zł (sześć tysięcy trzysta złotych i czterdzieści sześć groszy) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 8 września 2016 r. do dnia zapłaty; zmienia go także w punkcie II w ten sposób, że zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda 2133 zł kosztów procesu;**

**II. zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda 1216 zł kosztów postępowania apelacyjnego.**

SSO Beata Stachowiak SSO Małgorzata Brulińska SSR del. Kamila Sierpowicz-Bigos

**Sygn. akt II Ca 1186/17**

**r.a. UZASADNIENIE**

Wyrokiem z dnia 26 kwietnia 2017 r., Sąd Rejonowy w Środzie Śląskiej Wydział I Cywilny w punkcie I oddalił powództwo; w punkcie II zasądził od powoda na rzecz strony pozwanej kwotę 2 417,00zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

**Wyrok został wydany w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:**

Powód A. S. wraz z żoną postanowili zainwestować posiadane oszczędności. Oboje interesowali się metodami inwestowania i dlatego wybrali się na jednodniowe szkolenie w szkole inwestowania. Tam poznali konsultanta, który był przedstawicielem tej szkoły, a który później doradzał im przy wyborze sposobu inwestowania. Szkolenie przez niego prowadzone odebrali, jako łatwe i przyjemne, wskazujące na duży potencjał metod inwestowania. W związku z tym zadbali o to, aby z tą osobą współpracować. W konsekwencji, po kilku tygodniach udało im się ustalić termin i doszło do spotkania. Tam konsultant rozpoczął od analizy ich celów i obecnego stanu posiadania, a następnie zaproponował scenariusz, który miał im pomóc osiągnąć ich cel - zmaksymalizowanie zwrotu zainwestowanych środków. W trakcie tego spotkania konsultant prezentował różne potencjalne scenariusze inwestowania. W szczególności przedstawił im dwie metody: jedna zapewniała szybki dostęp do inwestowanych pieniędzy, a drugą charakteryzowała długoterminowość oraz to, że środki miały nie być tak łatwo dostępne. Przedstawił on możliwości zawarcia umów z dwoma podmiotami w danym rodzaju produktu. Produkt strony pozwanej był im wskazywany, jako najlepiej odpowiadający ich potrzebom i w związku z tym był promowany. W rozmowach z konsultantem trudność dostępu do środków była wyjaśniona tym, że jest to inwestycja na 15 lat. Dla powoda oznaczało to zobowiązanie na 15 lat dokonywania określonych wpłat. W związku z tym, że pozwalała na to ich sytuacja finansowa, powód wraz z żoną zdecydowali, że te środki będą inwestować przez 15 lat. Jednocześnie zostali zapewnieni, że skutkiem tego będzie bardzo duży zysk, który będzie budowany w trakcie trwania umowy, lecz dostępny dopiero po 15 latach. Z konsultantem ustalili, ile może miesięcznie zainwestować, a także termin płatności składki. Nie rozmawiali o konsekwencjach wcześniejszego rozwiązania umowy. Powód nie pytał o warunki wcześniejszego rozwiązania umowy.

Spotkanie odbyło się w miłej, przyjaznej atmosferze, co było zachęcające i odpowiadało oczekiwaniom klientów. Powód wraz z żoną uważali, że dzięki temu konsultantowi uzyskają to, czego poszukiwali - dostępu do środowiska ludzi, którzy inwestują z zyskiem.

W okresie między spotkaniami powód i jego żona analizowali, czy te rozwiązania są dla nich dobre oraz czy będą w stanie wywiązywać się z takich zobowiązań - głównie skupiali się na tym czy podołają zobowiązaniom płatności wysokich składek miesięcznych przez 15 lat. Mieli dostęp do OWU, które zostały im przesłane drogą mailową, lecz

wówczas nie skupili się na analizie ich postanowień. Nie rozmawiali też z konsultantem na temat poszczególnych postanowień OWU.

Kolejne spotkanie służyło podpisaniu wniosków o zawarcie umów. W rezultacie podpisali dwa wnioski, konsekwencją, czego było zawarcie umów z U. oraz stroną pozwaną. Na pytanie powoda, od konsultanta otrzymał odpowiedź, że nie poniesie on żadnych kosztów konsultacji.

W dniu 7 listopada 2014 r. powód A. S. zawarł ze (...) S.A. w W. umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną S. Futura, potwierdzoną polisą nr (...), na czas określony 15 lat. Zgodnie z tą umową, jako ubezpieczony, powód był zobowiązany do opłacania miesięcznych składek w wysokości 1 000 zł miesięcznie, zaś Towarzystwo (...) do udzielenia mu ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci lub z tytułu dożycia, a także do alokacji uiszczonych niego składek i wypłaty związanego z tym świadczenia. Umowa ta została zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną S. Future ( (...)), zwanych dalej „owu”, obowiązujących w dniu zawarcia umowy.

Przedmiotem umowy było życie ubezpieczonego i inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w okresie, na jaki umowa została zawarta (§ 3 owu).

Umowa podlegała rozwiązaniu min. wskutek złożenia wniosku o całkowitą wpłatę świadczenia wykupu (§ 10 owu). Takie prawo przysługiwało ubezpieczonemu w każdym czasie po upływie 30 dniowego okresu uprawniającego do odstąpienia od umowy. Wówczas ubezpieczyciel miał obowiązek dokonać wypłaty kwoty w wysokości świadczenia wykupu, określonego, jako wartość części wolnej rachunku oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku, która została zdefiniowana, jako stanowiąca część bazową rachunku wartość środków zapisanych w danym dniu na rachunku jednostek funduszy, obliczona, jako liczba jednostek funduszy pomnożona przez właściwe ceny jednostek funduszy, powiększona o wartość gotówki (§ 2 ust. 1 pkt 33 owu). Wartość części wolnej rachunku została zaś określona, jako stanowiąca część wolną rachunku wartość środków zapisanych w danym dniu na rachunku jednostek funduszy, obliczona, jako liczba jednostek funduszy pomnożona przez właściwe ceny jednostek funduszy, powiększona o wartość gotówki (§ 2 ust. 1 pkt 34 owu), zaś wartość rachunku, jako wartość wszystkich środków zapisanych na rachunku jednostek funduszy równa sumie wartości części bazowej rachunku oraz wartości części wolnej rachunku (§ 2 ust. 1 pkt 35 owu).

Wysokość kwoty całkowitej wypłaty świadczenia wykupu obliczana miała być według cen jednostek funduszy z dnia wyceny danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego następującego nie później niż w trzecim dniu roboczym od dnia rozwiązania umowy. (§ 24 owu)

Wartość świadczenia wykupu miała rosnać wraz z czasem trwania umowy, i być pomniejszana w zakresie części bazowej rachunku (§ 2 ust. 1 pkt 3 owu), biorąc pod uwagę okres bazowy (§ 2 ust. 1 pkt 12 owu), tylko w zakresie składek regularnych za pierwsze 7 lat umowy. Wszystkie składki dodatkowe oraz składki regularne począwszy od ósmego i następnych lat umowy ubezpieczenia miały zasilać tzw. część wolną rachunku (§ 2 ust. 1 pkt 4 owu). Załącznik do Ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących przedmiotowej umowy zawierał określenie procentu części bazowej rachunku wypłacanego ubezpieczonemu w związku z całkowitą lub częściową wypłatą świadczenia wykupu. W szczególności, w przypadku umowy zawartej na 15 lat wysokość całkowitej wypłaty z tego tytułu w pierwszym i drugim roku miała wynosić 2% części bazowej rachunku

Powód otrzymał polisę, tekst Ogólnych warunków ubezpieczenia oraz dostęp do platformy, za pośrednictwem, której można było sprawdzać stan środków. Powód nadal interesował się innymi formami inwestowania, w szczególności w nieruchomości. Po roku trwania umowy ze stroną pozwaną stwierdził, że zysk wyniósł tylko 5%, a więc był niższy, niż oczekiwany. W związku zaś z decyzją inwestowania w nieruchomości zaszła potrzeba większych środków pieniężnych i w tym celu powód zdecydował się na wypłatę środków z N., z czym nie było problemu, oraz likwidację polisy u strony

pozwaną. Wtedy wczytał się w Ogólne warunki ubezpieczenia i stwierdził, że bardzo dużo utraci z wpłaconych składek. Wcześniej, co prawda razem z żoną czytali warunki umowy ubezpieczenia, ale te postanowienia im umknęły.

Następnie powód podpisał, zaproponowany przez pozwaną, aneks do przedmiotowej umowy, dotyczący wysokości Świadczenia Wykupu, wskazanych w załączniku. W tym aneksie podwyższeniu uległ procent części bazowej rachunku wypłacany ubezpieczającemu w związku z całkowitą lub częściową wypłatą świadczenia wykupu. Pozwalało to na uzyskanie przez niego zwrotu wyższych środków.

W szczególności, w przypadku umów zawartych na 15 lat, przy wypłacie w pierwszym roku trwania umowy wysokość ta miała wynosić 71% wartości umowy, zaś w drugim roku – 72%. Powyższe zmiany były skutkiem decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nakazującej stronie pozwanej w odniesieniu do umów ubezpieczenia zawartych na 15 lat, których dotyczą ogólne warunki ubezpieczenia (...), sporządzenie aneksów podwyższających wysokość świadczenia wykupu tak, aby w pierwszym roku obowiązywania polisy była ona nie mniejsza niż 71% części bazowej rachunku i powiększana w każdym kolejnym roku obowiązywania polisy o 1%.

W dniu 18 lipca 2016 r. umowa ubezpieczenia została rozwiązana, wskutek złożenia przez powoda wniosku o całkowitą wypłatę świadczenia wykupu. W związku z tym, pozwana określiła wartości części bazowej rachunku, zamiennie zwanej wartością umowy, na kwotę 22 501,63 zł, przy wartości wpłaconych przez powoda składek w wysokości 21 050,00 zł. Świadczenie wykupu brutto zostało określone na kwotę 16 201,17 zł, czyli w wysokości 72% wartości części bazowej rachunku, i ta kwota została powodowi wypłacona.

W dniu 29 sierpnia 2016 r. powód wezwał pozwanego ubezpieczyciela do zapłaty kwoty 6 300,46 zł, wyznaczając termin zapłaty na 7 dni od odebrania wezwania, co nastąpiło 31 sierpnia 2016 r.

W dniu 21 października 2016 r. zmianie uległa firma pozwanej na V. L. Towarzystwo (...) S.A. V. (...).

***Mając na uwadze powyższe ustalenia faktyczne Sąd pierwszej instancji zważył, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.***

Na wstępie Sąd Rejonowy wskazał, że stan faktyczny sprawy jest w istocie bezsporny, w szczególności zawarcie przez strony umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, jej treść, a także okoliczności związane z jej rozwiązaniem oraz brak wypłaty przez pozwaną na rzecz powoda całej wartości umowy (= wartości części bazowej rachunku) określonej przez powoda na kwotę 22 501,63 zł. Odmienna jest natomiast ocena prawna stron dotycząca okoliczności tego stanu faktycznego. Istota sporu w niniejszej sprawie sprowadza się do ustalenia zasadności przyjęcia przez pozwaną, że w związku z rozwiązaniem umowy przed terminem – w drugim roku trwania polisy, należne świadczenie wykupu wypłacane w takim przypadku nie jest równe 100 % wartości umowy. Powód zarzucił abuzywność ogólnych warunków umowy, które przewidują niższy poziom wypłacanego świadczenia.

Zgodnie z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, o ile zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. W myśl § 3 tego artykułu 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. Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje (art. 385 1 § 4 k.c.). Określone postanowienie umowy może zatem zostać uznane za niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu powyższego przepisu, w sytuacji gdy spełnione zostaną łącznie cztery warunki: umowa musi być zawarta z konsumentem, postanowienie umowy nie zostało uzgodnione indywidualnie, postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, postanowienie sformułowane w sposób jednoznaczny nie dotyczy „głównych świadczeń stron”.

W oparciu o powyższą regulację sąd może dokonywać oceny postanowień zawartych umów, a także postanowień samych wzorców umów, co do ich zgodności z prawem. Ocena taka może być dokonywana *in concreto*, w toczącym się między przedsiębiorcą a konsumentem sporze, którego przedmiotem są skutki prawne określonego postanowienia zawartej umowy, albo też *in abstracto*, kiedy to sąd ochrony konkurencji i konsumentów bada treść stosowanego przez przedsiębiorcę w stosunkach z konsumentami wzorca umowy.

Skutkiem prawnym ustalenia, że postanowienie umowne jest niedozwolone w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. jest jego bezskuteczność („nie wiąże” – art. 385<sup>1</sup> § 2 k.c.), która następuje *ex lege* i *ex tunc*, a w ich miejsce wchodzi odpowiednie przepisy dyspozytywne. Oznacza to, że sankcja z art. 385<sup>1</sup> § 1 i 2 k.c. z mocy prawa usuwa z umowy niedozwolone postanowienie.

W okolicznościach niniejszej sprawy poza sporem jest, że powód, zawierając przedmiotową umowę posiadał status prawny konsumenta w rozumieniu art. 22<sup>1</sup> k.c., gdyż dokonywana przez niego czynność prawna nie była bezpośrednio związana z jego działalnością gospodarczą, ani zawodową. Pozwany z kolei bez wątpienia jest przedsiębiorcą w rozumieniu art. 43<sup>1</sup> k.c.

Bezsporny był również fakt stosowania przez stronę pozwaną wzorca umownego zawierającego sporną klauzulę dotyczącą wysokości świadczenia wykupu wypłacanego przy rozwiązaniu umowy, w postaci ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną (...) ( (...)). Zgodnie z art. 384 § 1 k.c. ustalony przez pozwaną wzorzec umowny wiąże drugą stronę (powoda), wobec jego doręczenia przed zawarciem umowy, z wyłączeniem niedozwolonych klauzul umownych w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

W toku pozwany nie wykazał, aby powód miał rzeczywisty wpływ na treść umowy zawartej przez strony w zakresie objętym ogólnymi warunkami ubezpieczenia. Niewątpliwie, co wynika z jego przesłuchania, miał możliwość zapoznania się z ich treścią i w istocie to zrobił, lecz ze względu na to, iż nie miał rzeczywistego wpływu na kształtowanie treści tych postanowień, nie można uznać, że zostały one z nim uzgodnione indywidualnie w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

Wyłączone spod możliwości uznania ich za niedozwolone są postanowienia określające świadczenia główne stron. Kluczowe jest zatem ustalenie, czy obowiązek strony pozwanej polegający na wypłaceniu świadczenia wykupu w przypadku rozwiązania umowy przez ubezpieczonego jest świadczeniem głównym, a więc w istocie czy zgodnie z art. 385<sup>1</sup> k.c. zakwestionowane przez powoda postanowienia w ogóle mogą być uznane za niedozwolone.

Sąd uznał, że świadczenie wykupu wypłacane w przypadku rozwiązania umowy przed upływem okresu, na który została ona zawarta nie jest świadczeniem głównym umowy zawartej między stronami. Przy umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym świadczeniami głównymi jest składka, a po stronie zakładu ubezpieczeń obok świadczeń wypłacanych w razie zaistnienia zdarzeń ubezpieczeniowych określonych przez strony, również świadczenie wykupu, jednak tylko to wypłacane po zakończeniu okresu, na który umowa została zawarta.

Wbrew twierdzeniom powoda, umowa taka ma charakter mieszany i składa się w części z elementów charakterystycznych dla umowy ubezpieczenia, ale również z elementów niedających się przyporządkować konkretnej umowie, które nadają jej indywidualny charakter. Z tego względu umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie odpowiada żadnemu ustawowemu typowi umowy, i w konsekwencji uznawana jest za umowę nienazwaną. W tego rodzaju umowie to nie ochrona ubezpieczeniowa jest jedynym świadczeniem głównym, a fundusz jest niejako przy okazji, lecz odwrotnie – to właśnie ochrona ubezpieczeniowa jest jedynie przy okazji funduszu, tj. inwestycja jest zasadniczym celem umowy, a przy jej okazji powód ubezpieczony otrzymuje ochronę ubezpieczeniową. Często to właśnie aspekt oszczędnościowo-inwestycyjny ma charakter dominujący i jest definiowany, jako długoterminowe gromadzenie środków finansowych przez nabywanie jednostek uczestnictwa ze środków pochodzących ze składek. Wniosek taki nasuwa treść tych umów, gdzie przewidziana umową ochrona



ubezpieczeniowa ma - ze względu na sumę ubezpieczenia, charakter symboliczny. Główny cel umowy zaś 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.

Sąd Rejonowy wskazał, iż wbrew twierdzeniom powoda, umowa zawarta przez strony nie zawiera jedynie cech stosunku ubezpieczenia i nie w takim celu – jako zasadniczym, została zawarta. Obok ochrony ubezpieczeniowej i obowiązku wypłaty świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego środki pochodzące ze składek wpłacanych przez powoda miały być inwestowane przez stronę pozwaną. W zasadzie podstawowym celem po stronie powoda był cel inwestycyjny i jak to określił: „maksymalizacja zwrotu zainwestowanych środków, aby jak najwięcej zarobić”. Podstawową motywacją po jego stronie nie było zatem uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej na życie i takiej umowy, gdyby nie zawierała ona elementów inwestycji kapitałowej, powód by nie zawarł. Wysokość świadczenia wykupu, czyli kwoty, którą uzyska po zakończeniu trwania tej umowy, była w przypadku powoda bardziej istotna, niż świadczenia wynikające z udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony. Treść przesłuchania powoda nie pozostawia w tym zakresie żadnych wątpliwości. W związku z tym świadczenie wykupu po upływie okresu, na który umowa została zawarta, należy zaliczyć do elementów przedmiotowo istotnych umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, którą zawarły strony.

Jednakże, zdaniem Sądu Rejonowego, już świadczenia wypłacane w razie przedterminowego rozwiązania umowy, nie można uznać za świadczenia główne, tylko o charakterze ubocznym. To zaś jest istotą sporu. Podstawą kwestionowania są bowiem postanowienia dotyczące wysokości świadczenia wykupu, do którego wypłaty strona pozwana była zobowiązana w przypadku rozwiązania przez powoda umowy przed upływem 15 lat.

Za takim poglądem przemawia, zdaniem Sądu meriti, to że jest to świadczenie nadzwyczajne powstałe w toku trwania umowy, która wbrew pierwotnym zamiarom stron ulega przedwczesnemu rozwiązaniu. W związku z tym, wartość wykupu nie jest możliwa do ustalenia w chwili zawarcia umowy, a jej wysokość jest ściśle związana ze zdarzeniem przyszłym, niepewnym i niezamierzonym przez strony w dacie zawarcia umowy. Wobec tego, z racji swej nieokreśloności, nie jest możliwa do objęcia konsensusem stron i dlatego nie może stanowić przedmiotu świadczenia. I jako takie postanowienia dotyczące obowiązków stron, w tym wypłaty świadczenia wykupu, w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy, stanowią jedynie element stosunku zobowiązaniowego. Mogą zatem podlegać ocenie pod kątem abuzywności na podstawie art. 385<sup>1</sup> k.c.

Sądu pierwszej instancji w pierwszej kolejności podkreślił, że samo ustalenie świadczenia wykupu, na poziomie niższym, niż wysokość uiszczonych składek w przypadku rozwiązania umowy przez ubezpieczonego przed okresem, na jaki została zawarta, co do zasady nie można uznać za niedopuszczalne i niezgodne z prawem, w szczególności sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Przy umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wartość świadczenia wykupu nie jest, a nawet nie może być, bezpośrednio utożsamiana z sumą wpłaconych składek ubezpieczeniowych, gdyż zależy ona od cen jednostek funduszu na dzień wypłaty, a te uzależnione są od – upraszczając kwestię, sytuacji ekonomicznej. Strona pozwana bowiem miała obowiązek inwestowania środków przekazanych przez powoda, a to zawsze niesie za sobą ryzyko, którego skutki ponosić musi również on.

Przechodząc do oceny charakteru spornego świadczenia i sposobu jego ustalania, Sąd meriti uznał, że bezzasadne jest posługiwanie się przez powoda zamiennie pojęciami „świadczenie wykupu” i „opłata likwidacyjna”, tożsamo je rozumiejąc, jak również popierając przyjętą argumentację oceną prawną i orzecnictwem dotyczącym właśnie opłaty likwidacyjnej w umowach ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym dotyczących innych zakładów ubezpieczeń. Wskazać należy, iż przedmiotem rozpoznania w niniejszej sprawie nie było rozstrzygnięcie w przedmiocie „opłaty likwidacyjnej”. Postanowienia umowy łączącej strony bowiem nie przewidywały takiego rozwiązania. Nie sposób również uznać, iż mechanizm ustalania wartości wykupu w sytuacji przedterminowego rozwiązania umowy przez ubezpieczającego jest tożsamy, co w przypadku opłaty likwidacyjnej. W ogólnych warunkach ubezpieczenia, dotyczących umowy łączącej strony, brak jest bowiem zastrzeżenia, że kwota wykupu jest

pomniejszana o opłatę likwidacyjną. Ustalono w nich natomiast, że świadczenie wykupu stanowi określony – i to w sposób jednoznaczny - procent zgromadzonych środków oraz wypracowanego zysku (=części bazowej rachunku). Przede wszystkim podkreślenia wymaga to, że nie zawierają w swej treści klauzuli wpisanej do Rejestru Klauzul Niedozwolonych, a dodatkowo spełniają wymogi ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, w tym art. 13 ust. 4 tej ustawy w zakresie umieszczenia 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.

Za tym, że świadczenie wykupu nie jest tożsame z opłatą likwidacyjną, na którą powołuje się powód, przemawia również konstrukcja ustalania jego wartości, a w szczególności to, że wartość świadczenia wykupu rośnie wraz z czasem trwania umowy, i jest pomniejszana jedynie w części bazowej rachunku i tylko w zakresie składek regularnych za pierwsze 7 lat umowy, a poczynając od ósmego i następnych lat umowy wszystkie składki dodatkowe oraz składki regularne ubezpieczenia zasilają tzw. część wolną rachunku. Ponadto, uznanie przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów danego postanowienia wzorca umowy za abuzywny nie oznacza, iż to samo postanowienie funkcjonujące w innym wzorcu umowy ma charakter niedozwolony, zwłaszcza, że ocena incydentalna jest rozszerzona o uwzględnienie konkretnych realiów - w tym ekonomicznych - kreowanych przez daną umowę. Argumentacja powoda w tym zakresie, oparta na przywołanych w pozwie orzeczeniach zakłada automatyzm, który w obowiązującym stanie prawnym nie istnieje. Zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2013 r. (sygn. akt: III CZP 73/13) abstrakcyjna kontrola wzorca umowy nie może prowadzić do generalnego wyłączenia danej klauzuli z obrotu, a powaga rzeczy osądzonej nie może rozciągać się na podobne lub nawet takie same postanowienia stosowane przez innego przedsiębiorcę w innym wzorcu. Tym samym, wywodzenie roszczeń względem pozwanej w oparciu o nietoczące tożsamego zapisu umowy orzeczenia Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest chybione.

Nie istnieje zaś jakiegokolwiek orzeczenie, z którego wynikałaby abuzywność kwestionowanych przez powoda postanowień wzorca umownego oraz brak jest podobieństwa między tymi powołanymi w pozwie, a tymi z inkryminowanego wzorca.

Mając na uwadze okoliczności sprawy, w świetle dowodu z przesłuchania powoda, nie ma podstaw do uznania, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia w części dotyczącej świadczenia wykupu kształtowały prawa powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> k.c.

Zdaniem Sądu, tak ukształtowane warunki umowy nie naruszają interesów konsumenta.

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. Z kolei 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 zakres określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. Nie jest zatem wystarczające ustalenie nierównomiernego rozkładu praw i obowiązków stron umowy (sprzeczność z dobrymi obyczajami), lecz konieczne jest stwierdzenie prawnie relewantnego znaczenia tej nierównowagi (rażące naruszenie interesów konsumenta).

Oceniając aspekt ekwiwalentności świadczeń stron Sąd Rejonowy podkreślił, iż przy tego typu umowie ubezpieczyciel musi prowadzić szeroko zorganizowaną działalność gospodarczą, polegającą m.in. na zorganizowaniu sieci agentów, doradców inwestycyjnych oraz osób zajmujących się zarządzaniem lokowaniem wpłaconych składek w jednostki uczestnictwa kilkuset towarzystw funduszy inwestycyjnych. Stawianie mu zarzutu – z uwagi na finansowe skutki dla powoda przedterminowego rozwiązania przez niego samej umowy - sugerujące obciążaniem w takich okolicznościach wyłącznie powoda kosztami prowadzonej przez pozwanego działalności gospodarczej jest nieuprawnione. Także podniósł, że w przypadku każdej działalności gospodarczej jej koszty pokrywane są de facto przez podmioty korzystające ze oświadczonych przez danego przedsiębiorcę usług, w tym konsumentów.

Przedmiotowa umowa została skonstruowana w sposób zapewniający porównywalne korzyści obu jej stronom, jednakże wyłącznie wtedy, gdy trwa dostatecznie długo.

W ocenie Sądu Rejonowego, należy zatem uznać, że powód zawierając przedmiotową umowę wyraził zgodę na takie ukształtowanie zapisów świadczeń stron, zwłaszcza w szczególnie go interesującej części – świadczenia wykupu. Ochrona konsumenta oparta jest z reguły o wzorzec konsumenta rozważnego, świadomego i krytycznego, który jest w stanie prawidłowo zrozumieć kierowane do niego informacje. Od konsumenta, decydującego się na zawarcie umowy długoterminowej, której przedmiotem jest świadczenie o skomplikowanej konstrukcji prawnej, wymagające stosunkowo dużej wiedzy o funkcjonowaniu rynków finansowych, zabiegającego przy tym samodzielnie o jej zawarcie – jak w niniejszym przypadku, należy wymagać również odpowiedniego poziomu staranności i rozwagi.

Sąd pierwszej instancji zważył, iż w świetle okoliczności sprawy należało uznać, że takim świadomym konsumentem był powód i brak jest podstaw do przyznania mu uprzywilejowanej pozycji, w której zwolniony byłby z obowiązku przejawiania jakiegokolwiek staranności w dokonywaniu oceny treści umowy, którą zamierza zawrzeć. W szczególności bowiem, przedmiotowa umowa ona wynikiem poszukiwania przez powoda sposobów inwestowania zapewniających największy zysk. Był on konsumentem świadomym swoich potrzeb i prowadzących planowe działania dla osiągnięcia określonego celu finansowego. Świadczy o tym uczestnictwo w kursie inwestowania i wybór konsultanta, który miał zapewnić jak najlepsze ulokowanie środków pieniężnych. Decyzja o podpisaniu umowy nie była zawierana w okolicznościach niesprzyjających zastanowieniu się nad jej warunkami. Oprócz uczestnictwa w kursie inwestowania, powód wraz z żoną odbył dwa spotkania z konsultantem, a w okresie między nimi dokonywał analizy przedstawionych mu ofert, w tym strony pozwanej, a w ich świetle swoich możliwości finansowych i ryzyka związanego z zawarciem umowy długoterminowej. Z jego słów wynika, że szczególnie zastanawiał się nad przedmiotową umową, gdyż zakładała ona zobowiązanie finansowe na wysokim poziomie i na długi okres 15 lat. Nie działał on zatem w pośpiechu, decyzja była przemyślana. Zanim podpisał wniosek o zawarcie umowy prezentowane mu były postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, które zresztą miał do dyspozycji i jak twierdzi czytał. Miał on również możliwość, z której korzystał, konsultacji z doradcą. Poza tym, przedmiotowe ogólne warunki ubezpieczenia określały wielkość zwracanej części środków w sposób jednoznaczny w formie tabeli zawartej w Załączniku nr 1. Ponadto, w wyróżnionych kolorem przypisach wplecionych między postanowieniami wzorca znajdowały się wyjaśnienia dotyczące wysokości świadczenia wykupu napisane przystępnym językiem i z wykorzystaniem konkretnych prostych przykładów.

Mając powyższe na uwadze, zdaniem Sądu Rejonowego, nie sposób uznać, że w okolicznościach niniejszej sprawy doszło do zawarcia przez strony przedmiotowej umowy z wykorzystaniem wzorca w postaci ogólnych warunków ubezpieczeń w warunkach rażącego naruszenia interesów powoda, jako konsumenta czy dobrych obyczajów. Zresztą, powodowi zostało wypłacone świadczenie wyższe, niż pierwotnie umówione, z uwagi na podpisanie przez strony aneksu, co było realizacją obowiązków nałożonych na stronę pozwaną decyzją Prezesa UOKiK z dnia 15 marca 2016 r. W decyzji tej dla umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną (...) minimalną wartością świadczenia wykupu miało być 72 % części bazowej rachunku i taką wypłaciła powodowi strona pozwana. Wobec powyższego, z uwagi na bezzasadność zarzutu abuzywności, powództwo zostało oddalone w całości.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł **powód** zaskarżając wyrok w całości.

Zaskarżonemu wyrokowi skarżący **zarzucił**:

I. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na treść orzeczenia a to art. 233 § 1 k.p.c. poprzez zaniechanie wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego zebranego w sprawie i przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, w tym przede wszystkim w odniesieniu do treści polisy ubezpieczeniowej oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wraz z Załącznikiem nr 1, a dotyczące oceny charakteru zapisów umownych dotyczących ustalenia wysokości świadczenia wykupu na wypadek wcześniejszego rozwiązania umowy, uznania powoda za konsumenta świadomego kosztów poniesionych przez pozwaną w związku z zawarciem i wykonywaniem

umowy ubezpieczenia i prawa pozwanej do ich pobrania, podczas gdy racjonalna analiza materiału dowodowego powinna prowadzić do odmiennych aniżeli wyprowadzonych przez Sąd wniosków;

II. naruszenie przepisu art. 233 § 1 k.p.c. poprzez zaniechanie wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego zebranego w sprawie i przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów z uwzględnieniem analizy zapisów decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz zeznań strony powodowej, a dotyczących charakteru kwestionowanych zapisów umownych, wpływu podpisania lub niepodpisania aneksu do umowy ubezpieczenia na ocenę rzeczonych klauzul pod kątem ich abuzywności, podczas gdy racjonalna analiza materiału dowodowego powinna prowadzić do odmiennych aniżeli wyprowadzonych przez Sąd wniosków;

III. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzekania, i mający wpływ na treść wyroku, poprzez błędne uznanie, że strona powodowa miała pełną świadomość zobowiązań wynikających z postanowień OWU i załącznika nr 1;

IV. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzekania, i mający wpływ na treść wyroku, poprzez błędne uznanie, że zapisy dotyczące określania wysokości świadczenia wykupu sformułowane były w sposób jednoznaczny i zrozumiały dla przeciętnego konsumenta;

V. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzekania, i mający wpływ na treść wyroku, poprzez błędne uznanie, że zapisy dotyczące ustalenia wysokości świadczenia wykupu nie posiadają przymiotów „opłaty o charakterze likwidacyjnym”;

VI. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzekania, i mający wpływ na treść wyroku, poprzez błędne uznanie, że powód był konsumentem świadomym (nieprzeciętnym), któremu nie przysługuje ochrona przewidziana przepisami o niedozwolonych klauzulach umownych;

VII. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzekania i mający wpływ na treść wyroku, poprzez błędne uznanie, że kwestionowane postanowienia umowne niekształtowały praw i obowiązków strony powodowej w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszający jej interesy;

VIII. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzekania i mający wpływ na treść wyroku polegający na uznaniu przez Sąd, że zatrzymanie przez stronę pozwaną kwoty 6 300,46 zł nie kształtowało prawa i obowiązków strony powodowej w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jej interesy;

IX. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzekania i mający wpływ na treść wyroku, poprzez błędne uznanie, że podpisanie przez stronę powodową aneksu do umowy ubezpieczenia prowadzi do uznania, że kwestionowane zapisy umowne nie kształtowały praw i obowiązków strony powodowej w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jej interesy;

X. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzekania i mający wpływ na treść wyroku, poprzez błędne uznanie, że w okolicznościach sprawy, a dotyczących rozwiązania umowy ubezpieczenia strony powodowej ze stroną pozwaną, świadczenie wykupu należne stronie powodowej powinno zostać pomniejszone o dochodzoną pozwem kwotę oraz że uzasadnione jest przyznanie stronie pozwanej prawa do pobrania opłat tytułem zrekompensowania kosztów poniesionych w związku z zawarciem umowy ze stroną powodową

podczas, gdy powyższe nie wynika ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego,

a w konsekwencji wynikające z powyższych zarzutów naruszenie prawa materialnego, a mianowicie:

XI. art. 385<sup>1</sup>§ 1, § 3 i § 4 k.c. w zw. z art. 385<sup>3</sup> pkt 12, pkt 16, pkt 17 poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i błędne uznanie przez Sąd, że postanowienia OWU i załącznika nr 1 dotyczące Świadczenia wykupu zostały sformułowane w sposób jednoznaczny i nie stanowią niedozwolonych postanowień umownych;

XII. art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. w zw. z art. 405 k.c. i art. 410 k.c. poprzez ich niezastosowanie i brak zwrotu nienależnie pobranego od strony powodowej przez stronę pozwaną świadczenia według przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu.

Wskazując na powyższe zarzuty **powód wniosł:**

1. o zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie od strony pozwanej V. L. Towarzystwa (...) S.A. V. (...) w W. na rzecz powoda A. S. kwoty 6 300,46 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 8 września 2016 r. do dnia zapłaty;

2. zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda kosztów procesu za obie instancje, w tym kwoty tytułem kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz kwoty 17 zł opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

ewentualnie na wypadek nieuwzględnienia powyższego, wniosł o:

3. uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji;

4. zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda kosztów procesu za II instancję, w tym kwoty tytułem kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych;

ponadto wniosł o:

5. dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z stanowiska Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zawierającego istotny pogląd dla sprawy” z dnia 25 stycznia 2017 r. oraz oświadczenia Rzecznika (...), na okoliczności wyszczególnione w uzasadnieniu apelacji, gdyż potrzeba powołania się na tenże dowód wynika później niż w postępowaniu przed Sądem I Instancji i nie wydłuży to postępowania.

W odpowiedzi na apelację strona pozwana wniosła o jej oddalenie oraz o zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów procesu za drugą instancję w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

**Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja powoda była uzasadniona.

Na wstępie podkreślić należy, że stosownie do treści art. 382 k.p.c., sąd drugiej instancji ma nie tylko uprawnienie, ale wręcz obowiązek rozważenia na nowo całego zebranego w sprawie materiału oraz dokonania własnej, samodzielnej i swobodnej jego oceny, w tym oceny zgromadzonych dowodów. Sąd Odwoławczy nie ogranicza się jedynie do kontroli rozstrzygnięcia sądu pierwszej instancji, lecz bada ponownie całą sprawę, a rozważając wyniki postępowania dowodowego przeprowadzonego przed sądem pierwszej instancji, władny jest ocenić je samoistnie. Swoboda jurysdykcyjna Sądu Odwoławczego ograniczona jest jedynie granicami zaskarżenia.

Sąd Okręgowy ocenił ustalony przez Sąd pierwszej instancji stan faktyczny, jako prawidłowy i zgodny z zebrany materiałem dowodowym. W tym też zakresie przyjął jego ustalenia za własne. Nie podzielił jednak w całości oceny prawnej faktów i zgromadzonych dowodów w rezultacie, po rozważeniu na nowo całego zebranego w sprawie materiału, przyjął odmiennie aniżeli Sąd Rejonowy, iż roszczenie powoda o zwrot pozostałej części zgromadzonej na rachunku kwoty, w związku z przedterminowym rozwiązaniem łączącej strony Umowy (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), jest uzasadnione.

W pierwszej kolejności podzielić należy ocenę, że przedmiotem sporu w analizowanej sprawie nie było świadczenie wykupu, a zatem świadczenie główne z łączącej strony umowy (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną S. Futurę (...). W doktrynie przyjmuje się, że świadczenie wykupu jest to suma pieniężna, jakiej może żądać ubezpieczający od ubezpieczyciela w razie zakończenia łączącego strony stosunku umownego przez ubezpieczającego. Z definicji świadczenia wykupu zawartej w § 2 ust. 1 pkt. 25 Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ze Składką Regularną (...) (dalej także, jako OWU) wynika,

że świadczenie wykupu to kwota świadczenia z Umowy wypłacana przez ubezpieczyciela, w przypadkach określonych w OWU, z przyczyn innych niż dożycie przez ubezpieczającego Daty Dożycia, śmierć ubezpieczonego lub odstąpienie przez Ubezpieczającego od umowy. Kolejno w § 4 ust. 3 OWU wskazano, że w przypadku zajścia zdarzeń określonych w OWU, innych niż wskazane w § 3 ust. 2 lub § 6 ust. 2, 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. Z powołanego załącznika wynika z kolei, że świadczenie wykupu w zakresie części bazowej to 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 i wynosi ono: 2% w okresie pierwszych dwóch lat trwania umowy, 20% w trzecim, 30% w czwartym oraz 40% w piątym roku trwania umowy niezależnie od tego czy umowa została zawarta na okres 15, 20, 25 czy też 30 lat.

Jednocześnie stanowisko prezentowane przez stronę pozwaną w toku procesu wskazuje, że zatrzymaną część wartości bazowej rachunku ubezpieczyciel traktował w kategorii bliżej nieokreślonych (na moment zawarcia umowy) kosztów przez niego ponoszonych, związanych z zawartą z ubezpieczonym umową. A zatem także strona pozwana zatrzymanej przez nią na skutek rezygnacji z umowy ubezpieczenia, a dochodzonej pozwem kwoty, nie uważa za kwotę świadczenia wykupu.

Skoro tak, to zgodzić się należy, że postanowienia Ogólnych Warunków łączącej strony umowy, na mocy których strona pozwana dokonała zatrzymania części zgromadzonych środków w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy, mogły być poddane ocenie przez pryzmat niedozwolonych klauzul umownych.

Natomiast bez znaczenia dla oceny żądania powoda pozostaje fakt, że powód dochodząc roszczenia posługiwał się zamiennie pojęciami „świadczenia wykupu” czy też „opłata likwidacyjna”. Znamienne w niniejszej sprawie było to, że strona pozwana w łączącej strony umowie nie wskazała żadnego powiązania pomiędzy pomniejszeniem kwoty zgromadzonej na rachunku z ekwiwalentem strony pozwanej z tytułu poniesionych przez nią kosztów, a związanych z zawartą umową. Taka sytuacja powoduje, że konsument dopiero na etapie ewentualnego sporu sądowego dowiaduje się, w jakim celu część zgromadzonych przez niego środków zostaje zatrzymana i jakie koszty Towarzystwa (...) miały ponieść.

Materialnoprawne reguły ochrony konsumentów przed niedozwolonymi postanowieniami umownymi, które znajdują zastosowanie w ramach sądowej kontroli wzorców umownych określają przepisy art. 385<sup>1</sup>–385<sup>3</sup> k.c. Przepisy te znajdują 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2003 r., V CK 277/02, OSNC 2004, nr 11, poz. 184 oraz z dnia 7 grudnia 2006 r., III CSK 266/06, LEX nr 238949). Klauzulą niedozwoloną jest postanowienie umowy zawartej z konsumentem (lub wzorca umownego), które spełnia (łącznie) wszystkie przesłanki określone w przepisie art. 385<sup>1</sup> k.c.: 1) nie jest postanowieniem uzgodnionym indywidualnie; 2) nie jest postanowieniem w sposób jednoznaczny określającym główne świadczenia stron; 3) kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Mając na uwadze powyższe, w pierwszej kolejności wskazać należało, że zakwestionowane postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, ze składką regularną (...) ( (...)), jako że stanowią wzorzec umowy zaproponowany konsumentowi i niezgodniony z ubezpieczającym indywidualnie, bowiem A. S. nie miał rzeczywistego wpływu na jego treść, podlegają sądowej ocenie przewidzianej w art. 385<sup>1</sup>–385<sup>3</sup> k.c. Ocenie takiej podlega w szczególności postanowienie przewidujące możliwość zatrzymania przez stronę pozwaną części zgromadzonych przez powoda na rachunku środków, w związku z przedterminowym rozwiązaniem łączącego strony stosunku ubezpieczenia, bowiem postanowienie to nie dotyczy głównego świadczenia stron. Niewątpliwie umowa łącząca strony związana była z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, której elementy istotne zostały określone w art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U.

2015.1206). Zgodnie z tym uregulowaniem Towarzystwo (...) było obowiązane 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 oraz 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 ( art. 13 ust.1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. 2015.1206). A więc już z literalnego brzmienia art. 13 ust. 4 pkt. 2 i pkt 5 omawianej ustawy, wynika możliwość pobrania różnego rodzaju opłat oraz wskazania zasad ustalenia wysokości świadczenia. Jednakże naliczanych kosztów nie można zaliczyć do świadczeń głównych. Tym samym świadczenia główne z umowy ubezpieczenia na życie z (...), do której przystąpił powód to niewątpliwie ze strony konsumenta obowiązek uiszczenia składki ubezpieczeniowej, a ze strony Towarzystwa (...) - wypłata środków pieniężnych na skutek zamiany jednostek uczestnictwa. Wobec tego ewentualne obciążenia czy koszty związane z realizacją umowy, choć ostatecznie wpływają na wysokość świadczenia głównego zakładu ubezpieczeń, mają charakter uboczny. Skoro, zaś uprawnienie ubezpieczyciela do zatrzymania pozostałej wartości części bazowej rachunku nie stanowi świadczenia głównego w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> k.c., to mogło być poddane sądowej ocenie przewidzianej w tym przepisie.

Dalej wskazania wymaga, że zgodnie z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. kryterium oceny decydującym o uznaniu klauzuli za niedozwoloną jest kształtowanie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Uznanie konkretnej klauzuli umownej za niedozwolone postanowienie umowne wymaga, więc stwierdzenia łącznego wystąpienia obu przesłanek – „sprzeczności z dobrymi obyczajami” oraz „rażącego naruszenia interesów konsumenta” (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 sierpnia 2013 r., I CSK 660/12, LEX nr 1408133). Tak też w szczególności kwalifikowane są wszelkie postanowienia, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między partnerami umowy. Właśnie brak równowagi kontraktowej jest najczęściej wskazywanym przejawem naruszenia dobrych obyczajów drogą zastosowania określonych klauzul umownych. Dla uznania klauzuli za niedozwoloną, zgodnie z przepisem art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., poza kształtowaniem praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, musi ona rażąco naruszać jego interesy. Należy przy tym uwzględnić nie tylko interesy o wymiarze ekonomicznym, ale inne, zasługujące na ochronę dobra konsumenta, w tym również satysfakcję z zawarcia umowy o określonej treści (por. M. Bednarek (w:) System prawa prywatnego, t. 5, s. 768–769; E. Łętowska, Prawo umów konsumenckich, s. 341). Przyjmuje się, że postanowienia umowy rażąco naruszają interes konsumenta, jeżeli poważnie, znacząco odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron. W wyroku z dnia 13 lipca 2005 r. (I CK 832/04, Pr. Bank. 2006, nr 3, s. 8) Sąd Najwyższy stwierdził, że „rażące naruszenie interesów konsumenta” oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym. Ocena stopnia naruszenia powinna być dokonywana z uwzględnieniem kryteriów przedmiotowych (np. dotyczących wielkości świadczeń), jak i podmiotowych (np. profesjonalista-lider w branży, konsument).

Zakwestionowane w sprawie postanowienie OWU uprawnia ubezpieczyciela do zatrzymania w razie całkowitej wypłaty świadczenia wykupu, znacznej części zgromadzonych przez konsumenta na rachunku środków bez względu na ich wartość, a także przyczyn rezygnacji z umowy. W związku z powyższym stanowczo stwierdzić należy, że przejęcie przez ubezpieczyciela całości lub znacznej części zgromadzonych środków w oderwaniu od rozmiaru uiszczonych przez ubezpieczającego składek rażąco narusza interes konsumenta, a ponadto jest wyrazem nierówności stron tego stosunku zobowiązaniowego, gdyż kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Ocena ta jest zgodna z szeroko prezentowanym stanowiskiem zarówno w orzecznictwie Sądów powszechnych, jak również Sądu Najwyższego.

Wobec powyższego nie sposób zaaprobować wyводу Sądu pierwszej instancji, iż w okolicznościach sprawy, tak ukształtowane warunki umowy nie naruszają interesów konsumenta. Jak słusznie zauważył Sąd Rejonowy „rażące naruszenie interesów konsumenta” polega na nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta, natomiast sprzeczne z dobrymi obyczajami są te postanowienia wzorca umownego, które kształtują prawa i obowiązki konsumenta, nie pozwalając na realizację takich wartości jak szacunek wobec partnera, uczciwość, szczerowość, zaufanie, lojalność, rzetelność. Mając to na uwadze stwierdzić należy, iż kwestionowane zapisy wzorca umowy, którym posługuje się strona pozwana niewątpliwie godzą w równowagę kontraktową stron, stawiając konsumenta (powoda) na pozycji daleko mniej korzystnej niż przedsiębiorcę. Niewątpliwie zaś brak równowagi kontraktowej stron wyrażający się w możliwości arbitralnego, decydowania o zatrzymaniu przez ubezpieczyciela części wartości rachunku w związku z rozwiązaniem umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta, w nieprzewidywalny dla konsumenta sposób, świadczy o jego sprzeczności z dobrymi obyczajami. Jak wskazano powyżej, w łączącej strony umowie nie wyjaśniono, czym kieruje się strona pozwana ustalając wysokość dokonywanych potrąceń w związku z rozwiązaniem umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta. Owszem zgodzić się należy, że cel umowy ubezpieczeniowej z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym zakładał istnienie długotrwałego, stabilnego stosunku prawnego w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowanie możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczonego, co zapewnić miało także i ubezpieczycielowi określone korzyści. Zaakcentować jednak należy, iż mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może polegać na obciążaniu ich, w przypadku rezygnacji z umowy przed upływem okresu jej trwania, „opłatami”, których charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w ogólnych warunkach umowy wyjaśnione. Jest to okoliczność o kardynalnym znaczeniu dla oceny niedozwolonego charakteru tego postanowienia umownego w świetle art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

Sąd Odwoławczy nie neguje faktu, iż strona pozwana ma możliwość pobrania określonych należności w związku z zakończeniem stosunku prawnego. Postanowienie umowy i jej ogólnych warunków przewidujące opłaty z tego tytułu, samo w sobie nie jest niedozwolone czy też sprzeczne z interesem konsumenta. Niemniej jednak powtórzyć należy, iż pobierane z tego tytułu opłat (kosztów) nie może być ustalane arbitralnie na tak zawyżonym poziomie, w oderwaniu od rzeczywiście poniesionych kosztów w związku z zawarciem tej konkretnej umowy.

Jednocześnie zupełnie pozbawioną podstaw jest ocena, iż skoro powód odbył jednodniowe szkolenie i interesował się możliwością i sposobami inwestowania pieniędzy, to, jako „świadomy konsument” nie może korzystać z dobrodziejstwa kontroli postanowień umowy pod kątem ich abuzywności. Powód nie jest specjalistą w dziedzinie ubezpieczeń i inwestowania i nie sposób przyjąć, by po odbyciu takiego kursu był w stanie samodzielnie wyliczyć wartość przysługującego mu świadczenia wobec rezygnacji z kontynuowania umowy. Rozumowanie Sądu w tym zakresie jest sprzeczne i uchybia zasadom swobodnej oceny dowodów wyrażonej art. 233 § 1 k.p.c., co słusznie zarzuca apelujący. Z jednej bowiem strony Sąd Rejonowy prawidłowo ocenił, że powód przy zawarciu umowy, występował, jako konsument w znaczeniu art. 22<sup>1</sup> k.c., a z drugiej strony uznając go za świadomego konsumenta, stawia powoda na pozycji równej przedsiębiorcy. Taka sytuacja jest niedopuszczalna. Nie podlega dyskusji, iż każdy konsument przystępując do zawarcia umowy, powinien mieć wiedzę na temat tego, jakie koszty oraz w jakiej wysokości będzie zobowiązany pokryć na wypadek wcześniejszego rozwiązania umowy. Natomiast w łączącym strony stosunku zobowiązaniowym elementów tych zabrakło. Przesłanką istotną dla możliwości uznania powoda, jako osoby fizycznej za konsumenta było ustalenie czy umowa zawarta przez niego ze stroną pozwaną była czynnością prawną niezwiązaną bezpośrednio z jego działalnością gospodarczą lub zawodową. Zatem odmowa udzielenia powodowi ochrony prawnej mogłaby nastąpić jedynie w sytuacji gdyby wykazano, że powód nie działał, jako konsument w rozumieniu art. 22<sup>1</sup> k.c., bądź też zakwestionowane postanowienia zostały z nim uzgodnione indywidualnie. Takich zaś ustaleń i takiej oceny nie poczyniono. Sama natomiast znajomość treści zapisów OWU nie wyklucza możliwości ich badania pod kątem niedozwolonych postanowień umownych. Jedynie zaś na marginesie wskazać należy, że modyfikacja treści ukształtowanego pomiędzy stronami stosunku prawnego, aneksem, nie mogła wpłynąć na wyrażoną tu ocenę. W okolicznościach sprawy nie zostało wykazane by postanowienia aneksu zostały indywidualnie z powodem uzgodnione, wiadomo natomiast, że jego zawarcie wynikało z nałożonych na stronę pozwaną przez Prezesa UOKiK decyzją z dnia 15



marca 2015 r. zobowiązań. Przede wszystkim jednak dowód w postaci rzonego aneksu nie został zaferowany, co dodatkowo uniemożliwiło ocenę jego postanowień.

Podsumowując stwierdzić należy, że postanowienia umowne w zakresie możliwości zatrzymania znacznej części zgromadzonych na rachunku środków bez wyjaśnienia mechanizmu i przy jednoczesnym braku wykazania realnego związku zatrzymanej kwoty z ponoszonymi przez pozwane towarzystwo ubezpieczeń wydatkami, związanymi z zawarciem i wykonywaniem tej konkretnej umowy ubezpieczenia, jako abuzywne nie wiążą stron tego postępowania. Stąd też zatrzymana przez stronę pozwaną kwota 6 300,46 zł stanowiąca 28 % zgromadzonych na rachunku powoda środków, stanowi świadczenie nienależne w rozumieniu art. 410 § 2 k.c., którego zwrotu powód zasadnie się domagał.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy uznając apelację powoda za usprawiedliwioną w całości, na podstawie art 386 § 1 k.p.c. orzekł jak w punkcie I sentencji wyroku, dokonując jednocześnie stosownej zmiany także w zakresie kosztów procesu za postępowanie przed Sądem pierwszej instancji.

O kosztach postępowania za pierwszą instancję orzeczono zgodnie z art.98 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 4 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U.2015.1800). Na zasądzone koszty złożyły opłata od pozwu ,opłata skarbowa od pełnomocnictwa i wynagrodzenie pełnomocnika.

Natomiast rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego znajduje podstawę w treści art.98 k.p.c. § 2 pkt 4 w zw. z § 10 ust. 1 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie, w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia apelacji. (Dz.U.2015.1800). Koszty te obejmują opłatę od apelacji w kwocie 316 zł oraz wynagrodzenie reprezentującego powoda profesjonalnego pełnomocnika .

Sędzia SO Sędzia SO Sędzia SR

B. S. M. B. del. Kamila Sierpowicz-Bigos