

Sygn. akt III Ca 269/16

Dnia 9 czerwca 2016 r.

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

następującym:

Przewodniczący: SSO Jacek Małodobry

Sędziowie: SO Katarzyna Kwilosz-Babiś

SR del. Rafał Obrzud - sprawozdawca

Protokolant: insp. Jadwiga Sarota

po rozpoznaniu w dniu 9 czerwca 2016 r. w Nowym Sączu

na rozprawie

sprawy z powództwa R. D.

przeciwko (...) S.A. w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Nowym Targu

z dnia 11 lutego 2016 r., sygn. akt I C 181/15

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2 400 zł (dwa tysiące czterysta złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

(...)

Sygn. akt III Ca 269/16

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego w Nowym Sączu

z dnia 9 czerwca 2016 r.

Pozwem z dnia 19 marca 2015 r. skierowanym przeciwko spółce (...) S.A. w W. powód R. D. domagał się zasądzenia od pozwanej kwoty 45.054,85 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 31 grudnia 2014 r. i kosztami procesu. W uzasadnieniu wskazał, że w dniu 8 sierpnia 2013 r. na wniosek powoda została rozwiązana łącząca dotąd strony umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Mimo rozwiązania umowy pozwana nie dokonała wpłaty na rachunek bankowy powoda całości należnej mu kwoty zatrzymując, według twierdzeń pozwu bezpodstawnie, kwotę dochodzoną niniejszym pozwem.

Nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym z dnia 25 marca 2015 r. (sygn. akt I Nc 309/15) Sąd Rejonowy w Nowym Targu nakazał pozwanej zapłacić powodowi kwotę żadaną pozwem wraz z odsetkami i kosztami postępowania.

W sprzeciwie od nakazu zapłaty strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów postępowania według norm przepisanych.

Wyrokiem z dnia 11 lutego 2016 r. (sygn. akt I C 181/15) Sąd Rejonowy w Nowym Targu zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę 45.054,86 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 31 grudnia 2014 r. do dnia zapłaty (pkt I) oraz kwotę 4.670 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (pkt II).

Sąd Rejonowy ustalił m.in., że w dniu 15 czerwca 2011 r., powód, za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego P. B., złożył pozwanej wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną (...). We wniosku tym powód zadeklarował uiszczanie pozwanemu co miesiąc składki regularnej w wysokości 2.000 zł przez okres ubezpieczenia trwający 15 lat. Jednocześnie powód złożył pozwanej dyspozycję inwestowania uiszczanych składek. Z wnioskiem powód złożył również oświadczenie, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymał i zapoznał się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną oraz treścią regulaminu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Dnia 24 czerwca 2011 r. wręczono powodowi egzemplarz umowy (polisa nr (...)). Z treści tej umowy wynikało, że powód zobowiązywał się do systematycznego uiszczania przez okres 15 lat (od 24 czerwca 2011 r. do 23 czerwca 2026 r. składki regularnej w wysokości 2.000 zł miesięcznie, natomiast strona pozwana zobowiązywała się do udzielenia powodowi ochrony ubezpieczeniowej, a w sytuacji zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego (śmierci powoda, dożycia przez powoda odpowiedniego wieku), wypłaty mu odpowiednich świadczeń. Nadto umowa przewidywała też tzw. świadczenie wykupu, określając to świadczenie jako kwotę nie wyższą niż kwota odpowiadająca wartości części wolnej rachunku powiększona o określony procent wartości części bazowej rachunku, zgodnie z tabelą wskazaną w załączniku nr 1 do OWU. Zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną (...), w przypadku rozwiązania przez powoda umowy ubezpieczenia przed ustalonym okresem, strona pozwana zobowiązana była do wypłaty powodowi kwoty w wysokości świadczenia wykupu, zgodnie z zasadami wypłaty tego świadczenia określonymi w § 23 OWU (§ 10 ustęp 2 OWU). Ustalono, że wysokość świadczenia wykupu na dany dzień równa jest wartości części wolnej rachunku, oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku wskazanego w ustęp 15 załącznika nr 1 do OWU (§ 23 ustęp 5 OWU). W pierwszych 2 latach obowiązywania umowy ubezpieczenia powód nie miał w ogóle prawa do otrzymania świadczenia wykupu. W następnych latach wysokość tego świadczenia kształtowała się odpowiednio: w trzecim roku - 20% części bazowej rachunku, w czwartym roku 30%, w piątym roku - 40%, a w kolejnych latach procent ten miał się nieznacznie powiększać, także po 16 latach miał wynosić już 100% części bazowej rachunku. Dnia 8 sierpnia 2013 r. na wniosek powoda przedmiotowa umowa ubezpieczenia została rozwiązana. W tej dacie łączna wysokość wpłaconych przez powoda składek wynosiła 56.318,58 zł. W związku z rozwiązaniem umowy, pozwany wypłacił powodowi część z wpłaconych przez niego środków w wysokości 11.263,72 zł. Pismem z dnia 19 grudnia 2014 r. powód bezskutecznie wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 45.054,86 zł w związku z rozwiązaniem przedmiotowej umowy. Ponadto, jak ustalił Sąd, że w związku z zawarciem przedmiotowej umowy ubezpieczenia pozwany ponosił koszty, na które składały się: prowizja dla agenta ubezpieczeniowego (w kwocie 24.120 zł), wydatki związane z obsługą umowy ubezpieczenia (w kwocie 249,01 zł), koszty akwizycji (w kwocie 1.7644,49 zł), uśrednione koszty obsługi umowy (w kwocie 689,33 zł).

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd I instancji wskazał przede wszystkim, że z uwagi na istotę świadczenia wykupu, które służy rozliczeniu świadczeń głównych stron umowy ubezpieczenia, nie może być ono traktowane jako świadczenie główne, lecz jako świadczenie akcesoryjne, przy czym kwestia ustalenia wysokości owego świadczenia nie była przedmiotem indywidualnych negocjacji między stronami. Ponieważ zasady ustalenia wysokości świadczenia wykupu były zawarte w postanowieniach OWU, to kształtowały tym samym prawa i obowiązki powoda w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczeniowej. W takiej bowiem sytuacji, strona pozwana - stosownie do zapisu § 23 OWU - upoważniona została do wypłaty powodowi jedynie określonego procentu części bazowej rachunku. Oceniając zawarty w sprawie materiał dowodowy Sąd uznał, że przedmiotowe postanowienia OWU w sposób niesprawiedliwy nakładają na konsumenta obowiązek płacenia świadczenia wykupu, bez możliwości określenia, jakie świadczenie wzajemne konsumentowi się należą. Postanowienia OWU nie były przedmiotem żadnych negocjacji, a powód nie miał

realnego wpływu na ich treść. Przedstawiciel strony pozwanej wręczył powodowi OWU już po podpisaniu umowy i wydaniu polisy, bez jakichkolwiek indywidualnych uzgodnień, bez wyjaśnienia co to jest świadczenie wykupu, jaki jest jego charakter i funkcja, oraz w jaki sposób przyjęty został przez pozwanego mechanizm ustalania wysokości tego świadczenia. Tego rodzaju zachowanie pozwanego było niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta, poprzez konstruowanie jasnych i przejrzystych postanowień umownych, bez zatajania jakichkolwiek okoliczności wpływających na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta, a nadto tworzyło niczym nie usprawiedliwione dysproporcje praw i obowiązków konsumenta na jego niekorzyść, oraz naruszało zasadę równorzędności stron stosunku prawnego. Zauważył Sąd, że z uwagi na stosunkowo skomplikowany charakter świadczenia wykupu, którego konstrukcja dla typowego konsumenta bez jakiegokolwiek przygotowania specjalistycznego, czy wiedzy z zakresu ubezpieczeń jest niezrozumiała, a na pewno nie jasna, pozwana powinna była w sposób przystępny wyjaśnić powodowi zasady ustalania wysokości świadczenia wykupu, tak aby mógł on realnie ocenić, czy zawarcie przedmiotowej umowy ubezpieczeniowej będzie dla niego korzystne, czy też będzie wiązało się z nadmiernym ryzykiem. Oceniając sposób, w jaki świadczenie wykupu zostało przedstawiona w OWU, stwierdził Sąd, iż nie zostało wskazane, dlaczego kwota tego świadczenia jest tak znacznie pomniejszana, i co uzasadnia tak rażąco niski procent części bazowej rachunku wypłacany ubezpieczającemu. Zdaniem Sądu z treści OWU nie wynika, aby istniał jakikolwiek związek pomiędzy ustaleniem procentu wartości części bazowej rachunku, a kosztami które pozwany poniósł w związku z zawarciem umowy OWU nie przewiduje bowiem sytuacji, aby w ogóle powód jako konsument był zobowiązany do ponoszenia jakichkolwiek kosztów w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia. Obowiązkiem powoda miało być jedynie cykliczne uiszczanie składki regularnej w wysokościach wskazanych w polisie, i nic więcej. Nie ma zatem uzasadnionych powodów, aby w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia na życie, obciążać powoda wydatkami które powinien ponosić pozwany w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą. Niewątpliwie celem działalności pozwanego jest osiągnięcie zysku. Nie może to jednak oznaczać, że wszystkie podejmowane przez niego działania muszą mieć taki efekt. W związku z prowadzeniem działalności gospodarczej pozwany obciążony jest przecież ryzykiem wpisanym w taką działalność. Nie ma jednak żadnych podstaw, aby ryzykiem tym był obciążany powód, zwłaszcza że - jak to przyznał świadek A. K. przed zawarciem umowy ubezpieczenia o ryzyku tym powód nie był uprzedzony. Mając na uwadze to wszystko Sąd uznał, że powołane postanowienia ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną „(...)”, w zakresie sposobu naliczania świadczenia wykupu, stanowią niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385^{((1))} § 1 k.c. W konsekwencji, skoro pozwany bezpodstawnie odmówił przekazania powodowi wszystkich płaconych przez niego należności tytułem składki regularnej, w wysokości wskazanej w żądaniu pozwu, należność ta należała na rzecz powoda zasądzić, wraz z ustawowymi odsetkami od chwili wymagalności tego roszczenia. O kosztach orzeczono zgodnie z zasadą odpowiedzialności stron za wynik procesu, tj. na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. wskazując, że złożyły się na nie koszty zastępstwa procesowego w kwocie 2.400 zł (§ 6 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu), opłaty sądowej uiszczonej od pozwu (2.253 zł) i opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

Powyższy wyrok zaskarżyła strona pozwana apelacją, w której zarzuciła:

1. nierozpoznanie istoty sprawy poprzez uznanie, iż postanowienie stosowane przez pozwaną w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczące świadczenia wykupu stanowi niedozwolone postanowienie umowne, podczas gdy postanowienie określa główne świadczenie strony sformułowane w sposób jednoznaczny, a zatem nie podlega badaniu po kątem abuzywności, co wynika z charakteru umowy łączącej strony niniejszego postępowania, tj. umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
2. naruszenie prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. mające wpływ na wynik sprawy poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie, w tym uznanie:
 - a) iż pozwany nie ma prawa pokrywać kosztów prowadzonej przez siebie działalności ze składek wpłaconych przez ubezpieczających na ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy i całkowitym pominięciu charakteru umowy łączącej

powoda z pozwanym oraz uznaniu, iż świadczenie wykupu nie jest świadczeniem ubezpieczyciela w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia z przyczyn leżących po stronie ubezpieczającego;

b) polegające na pominięciu faktów, że koszty zawarcia umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ponoszone przez pozwanego są de facto kosztami związanymi z rozwiązaniem takiej umowy w sytuacji, gdy następuje przedwczesne rozwiązanie umowy w stosunku do założonego przez pozwanego, a pozwany jest zobowiązany do rozliczenia tych kosztów na podstawie przepisów o rachunkowości zakładów ubezpieczeń w chwili rozwiązania danej umowy, a nadto pozwany w sytuacji rozwiązania umowy ubezpieczenia w pierwszych latach jej trwania w żadnej mierze nie może pokryć tych kosztów poprzez pobranie opłaty za zarządzenia lub opłaty administracyjnej, które byłyby należne za kolejne okresy obowiązywania;

3. naruszenie art. 6 k.c. poprzez jego niezastosowanie i nieuznanie, iż to na powodzie spoczywa ciężar udowodnienia, podczas gdy to na stronie powodowej w niniejszej sprawie spoczywa ciężar udowodnienia, iż postanowienia OWU są niezgodne z dobrymi obyczajami;

4. naruszenie art. 232 k.p.c. poprzez jego błędne zastosowanie i przyjęcie, iż powód przedstawił dowody świadczące o tym, iż postanowienie wzorca umownego stosowanego przez pozwaną stanowi postanowienie niedozwolone pomimo braku przedstawienia takiego dowodu przez powoda;

5. naruszenie prawa procesowego, tj. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c., poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego aktuariusza, podczas gdy rozstrzygnięcie sprawy wymaga wiadomości specjalnych;

6. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 385¹ k.c. mające wpływ na orzeczenie poprzez jego błędną interpretację i uznanie, iż postanowienie Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi ze składką podstawową opłacaną regularnie („OWU”), jakie mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy powodem a pozwanym, dotyczące Świadczenia Wykupu stanowią postanowienia niedozwolone, pomimo, iż świadczenie polegające na wypłacie wartości polisy stanowi główne świadczenie ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i nie narusza dobrych obyczajów;

7. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 385¹ k.c. poprzez jego błędną interpretację i dokonanie indywidualnej kontroli wzorca umownego całkowicie pomijając reguły interpretacyjne wyznaczone przez przepisy prawa;

8. art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2013 o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz.U. z 2013 roku poz. 950 z późn. zm.) („ustawa o działalności ubezpieczeniowej”) poprzez jego niezastosowanie, tj. pominięcie tego przepisu przy dokonywaniu oceny, czy analizowane postanowienia umowy stanowią niedozwolone postanowienia umowne i bezpodstawne uznanie, iż pozwany nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzenia przez siebie działalności ze środków wpłaconych przez ubezpieczających z tytułu składki ubezpieczeniowej, pomimo iż pozwany jako ubezpieczyciel jest do tego zobowiązany przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa;

9. § 2 ust. 1 pkt. 19-21 oraz art. 16 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. nr 226 poz. 1825) („Rozporządzenie o rachunkowości ubezpieczycieli”) poprzez jego niezastosowanie, a tym samym uznanie, iż pozwany nie ma prawa pokrycia kosztów związanych z prowadzoną przez siebie działalnością związanych z daną umową ubezpieczenia i nie ma prawa amortyzować kosztów akwizycji w czasie, pomimo. Iż wyżej wspomniane Rozporządzenie zarówno określa szczegółowo koszty ponoszone przez pozwanego i koszty które pozwany ma rozliczyć z wpłaconych składek jak również określa czas ich amortyzacji jak i termin w jakim należy je rozliczyć;

10. art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego niezastosowanie, polegające na pominięciu tego przepisu przy dokonywaniu oceny, czy analizowane postanowienia umowy stanowią niedozwolone postanowienia umowne i bezpodstawne uznanie, iż postanowienie OWU regulujące Świadczenie Wykupu stanowią postanowienia niedozwolone i tym samym uznanie, iż pozwany jako zakład ubezpieczeń nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzonej

działalności ze środków wpłaconych przez powoda z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia oraz tym samym nie ma obowiązku prowadzenia działalności rentownej, pomimo, iż jest do tego zobowiązany przez obowiązujące przepisy prawa;

11. art. 805 k.c. w związku z art. 829 § 1 k.c. i w związku z art. 2 ust. 1 pkt. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez ich błędną wykładnię i uznanie, iż Świadczenie Wykupu nie stanowi głównego świadczenia stron z umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Wskazując na powyższe strona pozwana wniosła o rozpoznanie na podstawie art. 380 k.p.c. postanowienia Sądu I instancji oddającego wnioski dowodowe pozwanego i dopuszczenie:

dowodu z opinii biegłego z zakresu wiedzy aktuarialnej na okoliczność:

- prawidłowości kalkulacji ponoszonych przez pozwanego kosztów, związanych z umową zawartą przez pozwaną z powodem (zgodność z metodami aktuarialnym);
- wpływu tych kosztów na wysokość świadczeń określonych w umowie;
- poniesienie oraz prawidłowości kalkulacji ponoszonych przez pozwanego kosztów związanych z umową (zgodność z metodami aktuarialnymi);
- wypłata wykupu umowy ubezpieczenia jest najczęściej realizowanym świadczeniem umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
- istnienia wzajemnych powiązań pomiędzy wartością świadczeń określonych w umowie a kosztami i ryzykiem pozwanego; oraz
- wpływu uznania, że kwestionowane postanowienia umowy stanowią niedozwolone postanowienia umowne na sytuację finansową pozwanego oraz innych ubezpieczonych,

przeprowadzenie na podstawie art. 241 k.p.c. w zw. z art. 382 k.p.c. wnioskowanego przez pozwanego dowodu, na ww. okoliczność.

Z uwagi na to wszystko pozwana wniosła o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku, poprzez oddalenie powództwa w całości oraz poprzez zasądzenie na rzecz pozwanego od powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych,
2. zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym postępowania apelacyjnego według norm przepisanych,
lub ewentualnie
3. uchylenie orzeczenia w całości i przekazanie do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji;
4. zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie na jego rzecz kosztów postępowania odwoławczego, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

W ocenie Sądu Okręgowego Sąd I instancji wydając powyższy wyrok nie dopuścił się żadnego z zarzucanych mu uchybień czy to w odniesieniu do przepisów prawa materialnego, czy procesowego, a zaskarżone rozstrzygnięcie – zarówno w sferze jego podstawy faktycznej jak i prawnej – jest w ocenie Sądu odwoławczego trafne i w pełni odpowiadające prawu.

Sąd Okręgowy podziela ustalenia stanu faktycznego poczynione przez Sąd Rejonowy i przyjmuje je w całości za własne. W ocenie Sądu Okręgowego fakty wynikające z ustaleń Sądu Rejonowego, są wystarczające dla rozpoznania niniejszej sprawy. Akceptacji Sądu odwoławczego podlega także dokonana przez Sąd I instancji ocena prawna roszczenia zgłoszonego pod osąd w przedmiotowej sprawie.

Przed wszystkim Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw do podzielenia podnoszonego w apelacji zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Podkreślenia wymaga, że zwalczanie swobodnej oceny dowodów nie może polegać jedynie na przedstawieniu własnej korzystnej dla apelującego wersji zdarzeń, ustaleń stanu faktycznego opartych na własnych ocenach, lecz konieczne jest wykazanie, że wskazane w art. 233 § 1 k.p.c. kryteria wiarygodności i mocy dowodów zostały naruszone, a nadto, że miało to wpływ na wynik sprawy. Innymi słowy konieczne jest wykazanie, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonania swobodnej oceny dowodów. Przedstawiona przez Sąd Rejonowy ocena dowodów nie narusza wspomnianych reguł. Apelujący zresztą żadnych konkretnych zarzutów w tym kierunku nie sformułował. Podnoszona w tym kontekście kwestia pominięcia przez Sąd dyspozycji art. 18 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, podobnie jak większość dalszych domniemyanych błędów zarzuconych w apelacji, nie stanowi naruszenia przepisów procesowych czy związanych z tym błędów w ustaleniach faktycznych, a odnosi się do oceny prawnej stanu faktycznego.

Przechodząc do oceny pozostałych zarzutów apelacji w pierwszej kolejności rozważyć należy zasadność najdalej idącego zarzutu nierozpoznania istoty sprawy. Pojęcie nierozpoznania istoty sprawy zawarte w art. 386 § 4 k.p.c. przywołanego w uzasadnieniu apelacji pozwanej, dotyczy nierozpoznania istoty roszczenia będącego podstawą powództwa. Nie może być ono kojarzone z rozpoznaniem wyłącznie kwestii formalnych. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 lipca 1998 r. (I CKN 804/97; LEX nr 151644), nierozpoznanie istoty sprawy oznacza brak merytorycznego rozpoznania zgłoszonych w sprawie roszczeń. Oznacza to zaniechanie przez Sąd I instancji zbadania materialnej podstawy żądania, albo pominięcie merytorycznych zarzutów (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 23 września 1998 r., II CKN 896/98; OSNC 1999/1/22, LEX: 34232). Identyczne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 września 2002 r. (sygn. akt IV CKN 1298/00; LEX nr 80271) podnosząc, iż pojęcie istoty sprawy, o którym mowa w art. 386 k.p.c. dotyczy jej aspektu materialnego i w tej jedynie płaszczyźnie może być oceniany zarzut jej nierozpoznania. Będzie ono zachodzić wówczas, gdy sąd nie zbadał podstawy materialnej pozwu, jak też skierowanych do niego zarzutów merytorycznych i w swoim rozstrzygnięciu nie odniósł się do tego, co jest przedmiotem sprawy. Treścią powództwa jest żądanie urzeczywistnienia w konkretnym przypadku określonej normy prawnej przez wydanie orzeczenia sądowego określonej treści. Nierozpoznanie więc istoty sprawy sprowadza się do pozostawienia poza oceną sądu okoliczności faktycznych stanowiących przesłanki zastosowania norm prawa materialnego. Takich uchybień Sąd I instancji w rozpoznawanej sprawie nie dopuścił się. Sąd bowiem ustalił stan faktycznie niezbędny do zastosowania prawa materialnego, jak również zastosował to prawo i odniósł się do zarzutów strony pozwanej, a w konsekwencji orzekł o żądaniach stron.

Wszystkie dalsze zarzuty apelacji, zarówno te dotyczące zarzuty uchybień proceduralnych, jak i zarzuty naruszenia prawa materialnego, zmierzały generalnie do wykazania wadliwego przyjęcia, że zapisy OWU dotyczące opłaty warunkowej stanowią niedozwolone postanowienie umowne. Zdaniem Sądu Okręgowego zarzuty kwestionujące przyjęte przez Sąd Rejonowy stanowisko w tym zakresie są jednak niezasadne.

Stosownie do brzmienia art. 385¹ § 1-3 k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających

główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny (§ 1). Jeżeli postanowienie umowy zgodnie z § 1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie (§ 2). Nieuzgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta (§ 3). Uzasadnieniem powyższych przepisów jest zamiar zapewnienia konsumentom skuteczniejszej ochrony w stosunkach umownych z profesjonalistami. Wynika z nich, że klauzulą niedozwoloną jest postanowienie, które spełnia łącznie przesłanki dotyczące ukształtowania praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy oraz nie dotyczące bezpośrednio meritum umowy (głównych świadczeń stron), i które nie było uzgodnione indywidualnie.

Przedmiotem konkretnej umowy zawartej między stronami było ubezpieczenie życia powoda oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w okresie, na jaki umowa została zawarta (...) (§ 3 ust. 1 OWU, k. 75 akt sprawy). Wedle § 4 ust. 3 OWU w przypadku zdarzeń w tym dokumencie określonych, innych niż zdarzenia ubezpieczeniowe lub odstąpienie ubezpieczającego od umowy w terminie 30 dni od daty doręczenia polisy ubezpieczyciel zobowiązywał się wypłacić ubezpieczającemu „świadczenie wykupu w wysokości kwoty nie wyższej niż kwota odpowiadająca wartości części wolnej rachunku, powiększonej o określony procent wartości części bazowej rachunku, wskazany w ust. 15 załącznika Nr 1 do OWU.”

W niniejszym składzie Sąd Okręgowy przyjmuje, że przewidziane obowiązującą pomiędzy stronami umową ubezpieczenia świadczenie wykupu nie jest świadczeniem głównym. Świadczenia główne stron umowy ubezpieczenia należy bowiem oceniać w oparciu o art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w związku z art. 829 § 1 pkt 1 k.c. (por. uzasadnienie wyroku SO we Wrocławiu z dnia 20 listopada 2013 r., sygn. akt II Ca 1108/13; opubl. www.orzeczenia.ms.gov.pl – Portal Orzeczeń Sądów Powszechnych). Świadczeniem głównym z umowy stron jest wypłata, która następuje na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, a są nimi dożycie określonego wieku lub śmierć. Nie ma przy tym wątpliwości, że umowa zawarta pomiędzy stronami to umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, która w rozumieniu doktryny jest umową mieszaną, z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 roku, I CSK 149/13, OSNC 2014/10/103). Przewidziana umową ochrona ubezpieczeniowa ma w takim przypadku zazwyczaj z uwagi na sumę ubezpieczenia charakter symboliczny, tak więc dominuje w niej aspekt kapitałowy, uzasadniający pogląd, że cel umowy zakłada istnienie długotrwałego stabilnego stosunku prawnego łączącego strony w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewnia także ubezpieczycielowi określone korzyści. Zrozumiałe, że w takich stosunkach prawnych ubezpieczyciel pozostaje zainteresowany jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania i będzie dokonywał wszelkich zabiegów, aby klienta związać na jak najdłuższy czas. W dalszym ciągu jednak przedmiotową umowę trzeba traktować jako umowę ubezpieczenia wobec szerokiej definicji określonej w art. 805 k.c., co oznacza, że należy stosować do niej regulacje prawne przewidziane dla tego typu umów. W realiach niniejszej sprawy świadczeniami głównymi ubezpieczyciela jest zatem wypłata odszkodowania na wypadek śmierci lub dożycia określonego wieku, natomiast dalszym świadczeniem (niejako dodatkowym) jest zarządzanie środkami finansowymi zgromadzonymi na funduszu kapitałowym na zlecenie osoby ubezpieczonej, które jest ekwiwalentem świadczenia ubezpieczającego do wnoszenia opłaty za zarządzanie. Świadczenie wykupu nie może zostać uznane za świadczenie główne, gdyż jest to w istocie jedynie rozliczenie wpłaconych przez ubezpieczonego środków finansowych z uwagi na wolę rozwiązania umowy. Podnieść można dodatkowo, że skoro wartość wykupu jest niemożliwa do ustalenia w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i jest niemożliwa do objęcia konsensusem stron, to nie może ona stanowić przedmiotu świadczenia. Jak zaznaczono, świadczeniem głównym jest w tym wypadku zarządzanie środkami na zlecenie. Ponadto nie sposób twierdzić też, że świadczenie wykupu stanowi essentialia negotii przedmiotowej umowy. Umowa tego rodzaju zawarta bez zastrzeżenia świadczenia wykupu nie byłaby przez to tylko umową nieważną. Warto zauważyć też, że do wypłaty świadczenia wykupu (częściowej) może dojść na wniosek ubezpieczonego w każdym czasie (§ 23 ust. 2 OWU), nawet wielokrotnie, trudno zatem uznać, że wiązało się ze świadczeniem wykupu (częściowym) jakiegokolwiek zdarzenie ubezpieczeniowe.

Niezależnie od powyższego, gdyby przyjąć teoretycznie, że świadczenie główne ubezpieczyciela w wypadku wcześniejszego rozwiązania umowy polega na wypłacie ubezpieczającemu określonej sumy, która odpowiada wartości środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczonego, to sama możliwość pomniejszenia należnej ubezpieczającemu kwoty w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy o określony procent, która według ubezpieczyciela zmierza do zrekompensowania towarzystwu określonych w § 10 ust. 5 OWU kosztów, stanowi jedynie o obniżeniu świadczenia, które podlega wypłacie na rzecz ubezpieczającego. To obniżenie (potrącenie) nie należy do istoty świadczenia, jakie w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy należne jest ubezpieczającemu. Z tego względu za świadczenie główne należy uznać co najwyżej wyłącznie obowiązek wypłaty na rzecz ubezpieczającego kwoty, jaka wynika ze stanu zgromadzonych przez niego środków. Obniżenie tej kwoty o poniesione przez ubezpieczyciela koszty jest kwestią wtórną, która nie wchodzi w zakres realizacji świadczenia z umowy, ale służy jedynie zaspokojeniu określonych kosztów ubezpieczyciela, czyli realizacji zupełnie innego świadczenia.

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

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

Incydentalnej (indywidualnej) oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się z kolei według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny (art. 385² k.p.c.).

W rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., „rażące naruszenie interesów konsumenta” oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym, natomiast „działanie wbrew dobrym obyczajom” w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. Obie, wskazane w tym przepisie, formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają 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. sygn. I CK 832/04, LEX: 159111). Pojęcia te mają charakter nieookreślony i ocenny; wymagają dokonania ich wykładni w każdej sprawie indywidualnie, z uwzględnieniem celu umowy, charakteru stosunku zobowiązaniowego, jak również zwyczajów i norm przyjętych w konkretnej dziedzinie aktywności gospodarczej (jest to szczególnie istotne w takich dziedzinach, które wytworzyły własne wzorce etyczne postępowania wobec konsumentów – takich jak bankowość, działalność ubezpieczeniowa itp.). Klauzulę generalną zawartą w art. 385 1 k.c. uzupełnia przykładowa lista „niedozwolonych postanowień umownych” zamieszczona w art. 385 3 k.c. Strona, kwestionując klauzulę wzorca, nie musi jednocześnie przyporządkować jej do jednej z klauzul objętej wyliczeniem. W tym zakresie odpowiedniej kwalifikacji dokonuje Sąd.

Podstawowym elementem przyjętych w obrocie gospodarczym dobrych obyczajów jest zasada lojalności, uczciwości i szacunku wobec kontrahenta; sprzeczne z dobrymi obyczajami będą więc takie działania, które zmierzają do niedoinformowania, dezinformacji, wykorzystania naiwności lub niewiedzy klienta, wprowadzenia go w błąd co do realnych obciążeń i ryzyk związanych z umową oraz co do tego, jakie świadczenia na swoją rzecz zastrzegł przedsiębiorca. Jeśli chodzi o pojęcie „interesu konsumenta”, to obejmuje ono elementy ekonomiczne (przede wszystkim związane z zachowaniem ekwiwalentności świadczeń oraz proporcjonalności obciążeń nałożonych na konsumenta do realnych kosztów związanych z umową i wartości świadczeń uzyskanych przez konsumenta), ale również pozaekonomiczne, takie jak pewność obrotu, zaufanie, czas poświęcony na realizację swoich uprawnień, przekonanie o rzetelnym potraktowaniu przez drugą stronę umowy. Ustawodawca wymaga, by naruszenie interesów

konsumenta przez klauzulę abuzywną nastąpiło w stopniu „rażącym”, a zatem musi być to naruszenie znaczne, polegające na drastycznym odejściu od zasad uczciwego obrotu, lojalności, szacunku dla drugiej strony umowy. Działanie wbrew „dobrym obyczajom” w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 13 września 2012 r., VI ACa 461/12, Lex nr 1223500; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 27 maja 2009 r., VI ACa 1473/08, LEX nr 785833).

W obliczu przedstawionych twierdzeń Sąd Okręgowy uznał, że postanowienia dotyczące świadczenia wykupu z umowy ubezpieczenia wiążącej strony niniejszego postępowania, w tym przepisy § 10 ust 2 i 4 oraz § 23 ust. 5 i 6 ogólnych warunków ubezpieczenia stanowiących podstawę tej umowy przewidujące zaniżenie wartości części bazowej rachunku poprzez potrącenie pewnego rodzaju niezdefiniowanej bliżej „opłaty za wykup”, są klauzulami niedozwolonymi. Niezwłocznie należy zwrócić uwagę, że choć w umowie nie zostały użyte pojęcia opłaty likwidacyjnej czy też kary umownej, to postanowienia umowy przewidujące, że konsumentowi, jako ubezpieczonemu przysługuje zwrot ulokowanych środków pieniężnych w wysokości zaledwie ich ułamka, ustalonego osobno dla każdego roku polisowego, są jednak równoznaczne w skutkach z zastrzeżeniem opłaty likwidacyjnej. Świadczenie wykupu, o którym mowa w § 10 ust. 2 OWU i dalszych postanowieniach OWU, jest niczym innym jak pozostałością po pobraniu „opłaty likwidacyjnej”. Wspomnianego pojęcia zatem dosłownie w OWU ani w umowie nie użyto, jednakże sama istota opłaty likwidacyjnej została zachowana. Pomniejszenie świadczenia należnego ubezpieczającemu w wypadku wcześniejszego zakończenia umowy o określony z góry procent spełnia takie samo zadanie i służy temu samemu celowi, jakiemu służyła opłata likwidacyjna. W obu bowiem wypadkach pomniejszenie świadczenia konsumenta służyło pokryciu kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem umowy, w tym kosztów akwizycji i prowizji pośrednika. Uprawnione jest zatem zdaniem Sądu w okolicznościach niniejszej sprawy posługiwanie się przez powoda terminami „opłaty likwidacyjnej” czy „opłaty na wypadek rozwiązania umowy” na określenie procentu, o jaki świadczenie ubezpieczającego zostaje potrącone przez ubezpieczyciela. Dlatego też dotychczasowy dorobek doktryny i judykatury wypracowany na temat instytucji opłat likwidacyjnych pozostaje adekwatny dla prawnej oceny ustalonego stanu faktycznego (zob. wyrok SN z dnia 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13; OSNC 2014/10/103, LEX nr 1413038). Nie ma wątpliwości, że wysokość „opłaty likwidacyjnej” powinna być uzależniona jedynie od kosztów, jakie ponosi ubezpieczyciel w związku z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia i wykupem jednostek uczestnictwa. Opłata likwidacyjna lub jakiegokolwiek dalsze potrącenie wartości środków wypłaconych z subkonta składek regularnych (stanowiących przecież środki finansowe ubezpieczonego) są niedozwolone, niezależne od poniesionych przez stronę pozwaną kosztów, nadmiernie obciążają konsumenta, a tym samym rażąco naruszają jego interesy.

Analizując konkretne postanowienia wzorca konkretnej umowy warto zwrócić przy tym uwagę na zapis § 24 pkt. 1 OWU, gdzie wymienionych jest osiem opłat, które pobiera fundusz za zarządzenie środkami. Już tylko z tego względu nie znajduje dostatecznego uzasadnienia postanowienie umowne, które przewiduje możliwość pobrania przez pozwaną od powoda kolejnych, dodatkowych opłat ze środków zgromadzonych przez powoda w celu oszczędzania i inwestowania, bez dokładnego i rzeczywistego wyjaśnienia przyczyny jej pobierania i uzasadnienia konkretnej jej wysokości. Ujęty w § 10 ust. 4 OWU zapis tylko pozornie definiuje te zależności. Mowa w nim między innymi, że w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy, wypłacana wysokość świadczenia wykupu w zakresie części bazowej rachunku uwzględnia jej pomniejszenie koszty poniesione przez ubezpieczyciela związane z dystrybucją i zawarciem umowy oraz 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 OWU, jakie byłyby pobierane przez ubezpieczyciela w trakcie całego okresu, na jaki umowa została zawarta. W żadnym fragmencie umowy OWU nie zostało jednak wyraźnie ustalone, jak kształtują się te koszty. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego nie wynika, aby powód był informowany o wysokości kosztów prowizji dla agenta w ustalonej kwocie, czy kosztach akwizycji. Z góry założono pomniejszenie kwoty wypłaconą tytułem wykupu w stosunku do wartości inwestycji, przy jednoczesnym braku możliwości weryfikacji przez konsumenta, czy istotnie wartość pobranej „opłaty”, której wskaźnik zrelatywizowany jest wyłącznie do wartości zgromadzonych środków, odpowiada wartości kosztów poniesionych przez ubezpieczyciela. Samo tylko odwołanie się przez stronę pozwaną w § 10 ust. 5 OWU do kosztów związanych z dystrybucją i zawarciem umowy oraz kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela

działalnością gospodarczą tylko pozornie spełnia wymogi, jakie uznać można za pożądane w świetle przywołanego wyżej wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 roku. Dlatego uznać je należy za niewystarczające z punktu widzenia wskazanego standardu ochrony konsumenta.

W § 10 ust. 4 zd. 2 OWU zapisano, że wypłacając świadczenie wykupu ubezpieczyciel nie nalicza ani nie potrąca z wypłacanego świadczenia jakiegokolwiek kary umownej lub odstępnego, w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, związanych z przedterminowym rozwiązaniem umowy. Zapis ten jest zbyt ogólny, aby traktować go jako klauzulę interpretacyjną, stanowi w gruncie rzeczy negację rzeczywistej treści konkretnych postanowień umownych. Jednocześnie wprowadza w błąd konsumenta sugerując, że przedterminowe rozwiązanie umowy nie wiąże się dla niego z poważniejszymi negatywnymi konsekwencjami. Ubocznie Sąd Okręgowy zwrócił uwagę także na tabelę, zgodnie z którą wypłacane są środki w zależności od tego, w którym roku dochodzi do rozwiązania umowy (k.48) – z niewyjaśnionych przyczyn po upływie 15 roku polisy wypłacie podlega końcowo 96 % zgromadzonych środków, zatem 4 % stanowi kolejną ukrytą opłatę.

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

W ocenie Sądu Okręgowego wprowadzenie do wzorca umowy tego rodzaju konstrukcji prawnej miało na celu pokrzywdzenie drugiej strony stosunku prawnego. Bez utraty przynajmniej części wpłaconych składek konsument nie miał możliwości rozwiązania umowy przed upływem 15 lat od jej zawarcia. Umowa przewidująca przy tym „pobieranie” 98 % środków ze składek płaconych w pierwszym i drugim roku, następnie 80 % w trzecim roku inwestowania, rażąco narusza zasadę równości obu stron stosunku prawnego, zwłaszcza, że ekwiwalentne świadczenie po stronie ubezpieczyciela nie istnieje. Sąd Okręgowy zwraca również uwagę na fakt, że świadczenie to jest rażąco wygórowane i obciążające wyłącznie jedną ze stron stosunku prawnego, przez co prowadzi do nieuzasadnionego wzbogacenia ubezpieczyciela. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumenta należy więc uznać takie ukształtowanie stosunku prawnego z konsumentem, w ramach którego, w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia konsument traci w sposób nieuzasadniony większą część środków wpłaconych uprzednio tytułem składek. Nie oznacza to całkowitej niemożności wprowadzania tego typu potrąceń, lecz obowiązek takiego ich ukształtowania, który będzie odpowiadał przepisom prawa. Pozwany oferując powodowi określony produkt ubezpieczeniowy był, co do zasady, uprawniony do obciążenia swojego kontrahenta kosztami manipulacyjnymi związanymi z obsługą umowy. Za niedopuszczalną uznał Sąd Okręgowy jednak sytuację, w której jedna ze stron wykorzystując swoją pozycję profesjonalisty, kształtuje wzorzec umowy w taki sposób, że wprowadza do niego konstrukcję prawną, która prowadzi do pokrzywdzenia drugiej strony stosunku prawnego, w tym wypadku konsumenta. W szczególności nie może mieć miejsca przypadek, w którym konsument zostaje obciążony nadmiernymi, a wręcz nawet rażąco wygórowanymi kosztami manipulacyjnymi, nie przystającymi w żaden sposób do rzeczywistych wydatków ponoszonych w tym zakresie. Dokładnie tak właśnie stało się w niniejszej sprawie, bowiem strona pozwana arbitralnie narzuciła powodowi zawyżony, swoisty „taryfikator” potrąceń, kierując się w tej sferze wyłącznie własnym partykularnym interesem. Należywym wytlumaczeniem dla zakładu ubezpieczeń nie może być to, że cel umowy ubezpieczeniowej o charakterze takim, jak łączył strony, zakładał istnienie długotrwałego, stabilnego stosunku prawnego w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewniać miało także ubezpieczycielowi określone korzyści. Zrozumiałe jest więc, że strona pozwana była zainteresowana jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania. Jednakże podkreślić trzeba, że mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może polegać na swoistym sankcjonowaniu, w przypadku wypowiedzenia przez nich umowy, utratą znacznej części wpłaconych w formie składek ubezpieczeniowych środków finansowych.

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

Sąd nie podziela przy tym stanowiska, jakoby w obrocie z konsumentami nie było wymagane wskazanie, na co przeznaczane są kwoty płacone przedsiębiorcom. Prezentując taki tok myślenia pozwany wskazuje, że sama wiedza konsumenta, lub przynajmniej możliwość poznania wszystkich kosztów (bez określania, na co są przeznaczane), jakie wiążą się z zawieraną umową inwestycyjną, jest wystarczająca dla przyjęcia rzetelnego poinformowania konsumenta o obciążających go kosztach. W ocenie Sądu Okręgowego przyjęcie takiego stanowiska godziłoby w ochronę praw konsumenta jako podmiotu słabszego w obrocie z przedsiębiorcą, jak również mogłoby prowadzić do sytuacji, w której ryzyko kosztów działalności zakładu ponosi jego klient, który nie ma wpływu na strukturę organizacyjną ubezpieczyciela, w tym także w zakresie negatywnych konsekwencji niewłaściwego funkcjonowania autonomicznego podmiotu. Towarzystwo samo w swoim zakresie winno być rentowane, a nie przerzucać finansowych skutków działalności gospodarczej na klienta, pod postacią opłaty warunkowej.

Niezależnie od tego wszystkiego wskazać trzeba, że Sąd Okręgowy, już tylko na przykładach prezentowanych przez strony w toku niniejszego postępowania, dostrzega, że zarówno literatura jak i judykatura nie są zgodne co do tego, czy świadczenie wykupu w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym stanowi główne świadczenie stron. Nawet jednak gdyby hipotetycznie uznać, że przedmiotowe świadczenie jest zasadniczym świadczeniem z umowy stron, to zapisy jego dotyczące budzą wątpliwość, bowiem są sformułowane w sposób niejednoznaczny. Uznanie świadczenia wykupu za świadczenie główne nie oznaczałoby zatem w okolicznościach niniejszej sprawy niedopuszczalności badania pod kątem niedozwolonego postanowienia umownego samego pomniejszenia jego wysokości w zakresie wartości części bazowej rachunku o koszty poniesione przez ubezpieczyciela związane z dystrybucją i zawarciem umowy oraz koszty związane z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, o których mowa w § 10 ust. 5 OWU oraz w ust. 15 Załącznika nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia.

Po pierwsze, nadal - pomimo formalnego wskazania, iż pomniejszenie świadczenia następuje o określone koszty - mechanizm ustalania kosztów nie został konsumentowi wyjaśniony, skoro jego odniesienie następuje tylko do określonego procentu potrącenia. W dalszym ciągu konsument nie jest zatem w chwili zawarcia umowy w stanie realnie ocenić wszystkich aspektów proponowanej przez pośrednika umowy ubezpieczenia, a w szczególności nie jest świadomy realnej wysokości kosztów, jakie ubezpieczyciel określa mianem kosztów związanych z dystrybucją i zawarciem umowy oraz kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą. Takie sformułowanie ogólnych warunków ubezpieczenia uniemożliwia konsumentowi dokonanie rzeczywistej weryfikacji wysokości kosztów i poprawności ich wyliczenia oraz ustalenie, czy takie warunki są dla niego opłacalne. W okolicznościach niniejszej sprawy jedynie ogólne i procentowe odniesienie się do kosztów nie pozwalało powodowi choćby na stwierdzenie, że samo tylko wynagrodzenie prowizyjne na rzecz agencji, która zawarła z nim umowę wynosić będzie 24.120 zł, a taka właśnie kwota wynika z ustaleń Sądu I instancji.

Po drugie, takie określenie wysokości kosztów nie realizuje obowiązku ubezpieczyciela do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze

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

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

Trudno zatem nie zauważyć, że tak określony mechanizm nie ma na celu ani zwrotu ubezpieczycielowi realnie poniesionych kosztów ale raczej zniechęcenie konsumenta do wcześniejszego rozwiązania stosunku umownego, bez jednoczesnego umożliwienia mu już w chwili zawarcia umowy oceny wysokości tych kosztów. Takie ukształtowanie obowiązku nałożonego na konsumenta jest niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz z zasadą konstruowania jasnych i przejrzystych postanowień umownych bez zatajania jakichkolwiek okoliczności mających wpływ na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta w razie zawarcia umowy (art. 385¹ § 1 k.c.).

Uznanie w okolicznościach niniejszej sprawy za niedozwolonego postanowienia umownego stanowiącego klauzulę upoważniającą stronę pozwaną do potrącenia z należnego powodowi świadczenia wykupu określonych kosztów ma ten skutek, że postanowienie to upada w całości. Dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy nie ma zatem znaczenia to, jakie rzeczywiście koszty poniosła strona pozwana w związku z zawarciem umowy. W szczególności brak jest podstaw do pomniejszenia świadczenia powoda o wysokość rzeczywiście poniesionych przez stronę pozwaną kosztów. Takie ukształtowanie stosunku umownego stanowi swoistą sankcję dla przedsiębiorcy za ukształtowanie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, w sposób rażąco naruszający jego interesy.

Wobec przedstawionej powyżej oceny prawnej żądania powoda, brak było podstaw do przeprowadzenia dowodu z opinii aktuarusza, a zatem w sprawie nie doszło do naruszenia art. 278 § 1 k.p.c., ani dalszych przepisów wskazanych w apelacji, a to art. 6 k.c., 232 k.p.c., art. 2 ust. 1 pkt. 13 i art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, § 2 ust. 1 pkt. 19-21 oraz art. 16 rozporządzenia w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. Wskaźnik, o który ustalane miało być świadczenie wykupu, zrelatywizowany jest wyłącznie do wartości zgromadzonych środków, nie odpowiada wartości kosztów poniesionych przez ubezpieczyciela. Dlatego też zbędnym było w sprawie dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza na okoliczności wskazane przez pozwaną. Dla kontroli incydentalnej konkretnych postanowień wzorca umownego objętego postępowaniem zbędnym okazało się dysponowanie regulaminem ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Żądanie powoda nie jest sprzeczne ani z zasadami współżycia społecznego, ani ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem prawa. Sąd Rejonowy nie naruszył zasad rozkładu ciężaru dowodu, a uzasadnienie zaskarżonego wyroku zawiera wszelkie elementy wymagane przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, umożliwiając tym samym kontrolę instancyjną orzeczenia.

Zaskarżone orzeczenie nie narusza również art. 18 ust. 2 poprzednio obowiązującej ustawy z dnia 22.05.2003r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U.2015.1206). Zaznaczyć należy, że niewłaściwe sformułowanie przez profesjonalistę OWU może wiązać się z niekorzystnymi konsekwencjami, a nawet stratą. Ryzyko takie jest jednak wpisane w działalność pozwanego. To, że jego celem jest osiągnięcie rentowności nie oznacza, że wszystkie podejmowane przez niego działania muszą mieć taki rezultat. Pamiętać trzeba, że rozwiązanie umowy i zwrot świadczenia powoda w takim wypadku nie było głównym świadczeniem umowy, a prawidłowe określenie sposobu ustalania wysokości opłaty warunkowej i powiązanie jej z rzeczywistymi kosztami poniesionymi przez pozwanego dawałoby szansę na jej zatrzymanie. Powiązanie to winno przy tym nastąpić w umowie, a nie następczo w toku procesu z powodem. Zaznaczyć też trzeba, że ryzyko stosowania klauzul abuzywnych obciąża pozwanego, który winien prawidłowo formułować swoją ofertę. Jest to ryzyko, które ponosi prowadząc działalność w sposób zawodowy.

Poprawnie określono termin wymagalności, od którego zasądzone odsetki za opóźnienie. Przepis art. 817 k.c. nie znajduje zastosowania w niniejszej sprawie. Świadczenie dochodzone przez powoda nie wiąże się bowiem z zaistnieniem wypadku (zdarzenia ubezpieczeniowego) i nie stanowi świadczenia ubezpieczeniowego. Źródłem roszczenia powoda była umowa, która zobowiązywała pozwanego do spełnienia zobowiązania na jego rzecz. Nie formułował on żądania zwrotu nienależnego świadczenia, lecz domagał się wykonania umowy.

W związku z tym, na podstawie art. 455 k.c. termin spełnienia tego świadczenia wyznaczony został przez Sąd I instancji prawidłowo.

Z uwagi na powyższe, na podstawie art. 385 k.p.c. orzeczono jak w sentencji.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 5 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. 2015.1804).

(...)