

Sygn. akt VIII C 974/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

dnia 8 czerwca 2020 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi w VIII Wydziale Cywilnym

w składzie: przewodniczący: Sędzia Bartek Męcina

protokolant: staż. Katarzyna Górniak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 4 czerwca 2020 roku w Ł.

sprawy z powództwa M. M.

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

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki M. M. kwotę 1.197,84 zł (jeden tysiąc sto dziewięćdziesiąt siedem złotych osiemdziesiąt cztery grosze) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 17 kwietnia 2019 r. do dnia zapłaty,
2. oddala powództwo w pozostałej części,
3. zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powódki M. M. kwotę 607,60 zł (sześćset siedem złotych sześćdziesiąt groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt VIII C 974/19

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 17 kwietnia 2019 roku powódka M. M., reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika, wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 1.500,37 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

W uzasadnieniu pełnomocnik powódki wyjaśnił, że strony zawarły umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką podstawową opłacaną regularnie (...) z (...) S.A., potwierdzoną polisą nr (...). Umowa została zawarta na czas oznaczony z możliwością późniejszego przekształcenia w umowę na czas nieokreślony. W dniu 4 kwietnia 2016 roku umowa została na wniosek powódki rozwiązana. Podstawowa wartość polisy została przez pozwanego wyliczona na kwotę 9.926,33 zł, zaś kwota potrąceń na poziomie 1.488,95 zł (15% wartości rachunku). Pomimo wezwania do zapłaty pozwany nie zwrócił powódce potrąconej kwoty. W dalszej kolejności pełnomocnik wskazał, iż umowa przewidywała możliwość naliczania przez ubezpieczyciela 4 rodzajów opłat: za ryzyko ubezpieczeniowe, administracyjną, za zarządzanie i operacyjną. Umowa dawała również powódce prawo do jej wypowiedzenia poprzez rezygnację z ubezpieczenia lub poprzez złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu. Jednocześnie w § 30 ust. OWU pozwany przewidział pomniejszenie kwoty wartości polisy przeznaczonej do wypłaty o kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wartością jednostek uczestnictwa odpisywanych w celu realizacji dyspozycji wypłaty wartości wykupu i kwotą przeznaczoną do wypłaty. Na wartość wykupu składały się iloczyn wartości podstawowej polisy i wskaźnika wykupu oraz wartość dodatkowa polisy. Zgodnie z ustępem 14 Tabeli opłat i limitów, wskaźnik wykupu w pierwszych dwóch latach w ogóle nie był przewidziany, w 3 roku wynosił 20%, w 4 roku 40% i w następnych latach stopniowo rósł aż do 100% w 20 roku polisy. W konsekwencji,

pomimo formalnego zagwarantowania powódce prawa do wypowiedzenia lub rozwiązania umowy, ustalona wysokość wskaźnika wykupu w pierwszych latach polisy w zasadzie odstraszała od dokonania takiej czynności, albowiem wiązało się to z utratą znacznych środków zgromadzonych na rachunku. W ocenie powódki postanowienia OWU wraz z Tabelą opłat i limitów ustalające zasady wypłaty wartości polisy, wartości wykupu i ustalające wskaźnik wykupu stanowią niedozwolone klauzule umowne. Postanowienia te nie były indywidualnie uzgadniane z powódką i kształtują jej prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jej interesy. Kwestionowane postanowienia nie określają głównych świadczeń stron, a dokonywane przez pozwanego potrącenia są swoją konstrukcją zbliżone do kary umownej. Pełnomocnik podniósł ponadto, że pozwany nie może przenosić na konsumentów ryzyka związanego z prowadzoną działalnością, w tym związanego ze wcześniejszym rozwiązaniem umowy, jak również kosztów związanych z prowadzoną działalnością. Przypomniał, że zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego, agent ubezpieczeniowy nabywa prawo do prowizji w miarę wykonywania umowy, a w razie jej rozwiązania z przyczyn nie dotyczących ubezpieczyciela, agent nie mógłby żądać prowizji, a prowizja już wypłacona podlegałaby zwrotowi. Na gruncie przedmiotowej umowy powódka nie miała przy tym informacji, czy agent, który otrzymał prowizję, nie jest powiązany kapitałowo z zakładem ubezpieczeń. Pełnomocnik zwrócił także uwagę, że wprawdzie na gruncie omawianej umowy pozwany nie zastrzegł opłat likwidacyjnych, to zastrzeżona w jej treści zasada ustalania wartości wykupu pełni taką samą funkcję, ostatecznie prowadząc do wypłaty niewielkiej części składki. Nie ulega zaś wątpliwości, że wypłata jedynie części zgromadzonych środków i zatrzymanie ich pozostałej części odpowiada w istocie opłacie likwidacyjnej. Pełnomocnik wyjaśnił ponadto, iż na dochodzone roszczenie składa się potrącona przez pozwanego kwota 1.488,95 zł oraz odsetki za okres od dnia 7 marca 2019 roku do dnia 15 kwietnia 2019 roku – 11,42 zł.

(pozew k. 5-10)

Pozwany, reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Wywodził, że sporne postanowienia umowne nie mają charakteru abuzywnego, ich brzmienie zostało sformułowane w jednoznaczny sposób, a powódka wyraziła zgodę na związanie się umową, miała świadomość jej warunków, w tym postanowień OWU odnoszących się do zasady wyliczania wartości wykupu. Argumentował, iż świadczenie wykupu stanowi świadczenie główne, a podstawa prawna wypłaty wartości wykupu wynika wprost z przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej, oraz że powódka miała prawo bezkosztowego odstąpienia od umowy, z czego jednak nie skorzystała. Ponadto wskazał, że wypłata wartości wykupu nastąpiła w oparciu o postanowienia zawartego przez strony aneksu. Zasady dotyczące wartości wykupu nie pochodziły zatem z pierwotnej wersji wzorca umownego, a zostały uzgodnione i zaakceptowane przez strony w drodze indywidualnych uzgodnień. Co istotne, wysokość ujętego w aneksie wskaźnika wykupu została ustalona w zgodzie z treścią decyzji Prezesa UOKiK z dnia 2 listopada 2015 roku. Na mocy aneksu pozwany w związku z rozwiązaniem umowy pobrał wyłącznie 15% wartości polisy, nie sposób zatem przyjąć, aby kwestionowane postanowienia naruszały dobre obyczaje, czy też interesy powódki. Pozwany podniósł ponadto, że obowiązująca od dnia 1 stycznia 2016 roku ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej dopuszcza sytuacje, w których wartość wykupu nie jest wypłacana przez pewien okres trwania umowy oraz że wartość wykupu nie jest opłatą likwidacyjną. Podkreślił także, iż w przypadku umów jak przedmiotowa, ich wcześniejsze wypowiedzenie przez konsumenta nie rekompensuje towarzystwom ubezpieczeń nawet kosztów zapłaconych agentowi pośredniczącemu przy ich podpisywaniu. Dlatego też wypłacana wartość wykupu uwzględnia koszty poniesione przez pozwanego związane z dystrybucją i zawarciem umowy oraz koszty prowadzenia działalności gospodarczej, które w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy nie będą mogły zostać pokryte z opłat, jakie pobierane byłyby przez cały okres, na jaki umowa została zawarta. Wypłata wartości wykupu nie oznacza naliczenia lub potrącenia z wypłacanego świadczenia jakiegokolwiek karty umownej lub odstępnego, a więc nie należy traktować pomniejszenia wartości wykupu, jako sankcji. Jednocześnie pozwany wskazał, że do kosztów prowadzenia działalności zalicza się koszty bezpośrednie, w tym m.in. prowizje pośredników, wynagrodzenia, koszty badań lekarskich itp., oraz koszty pośrednie, w tym m.in. koszty reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych, koszty ogólne związane z badaniem wniosków i wystawianiem polis. Dodał, że jako zakład ubezpieczeń, jest zobligowany na mocy prawa tak konstruować oferowane produkty, aby uniknąć straty lub też pokrywania kosztów prowadzonej przez siebie działalności ze środków innych klientów. Niezależnie od powyższego pozwany wyjaśnił, iż na mocy § 16

ust. 1 OWU przyznał powódce bonus (premię) w wysokości 300 zł, a więc ze środków własnych zakupił dodatkowe jednostki uczestnictwa, które dopisał do rachunku powódki. W ocenie pozwanego powództwo winno zostać oddalone przynajmniej w tej części, albowiem żądanie powódki w tym zakresie narusza zasady współżycia społecznego, w tym zasadę uczciwości i lojalności kontraktowej. Przedmiotowy bonus miał na celu zwiększenie atrakcyjności umowy zawieranej na czas nieoznaczony, której referencyjny czas trwania był nie krótszy niż 10 lat. Przyznając bonus pozwany działał zatem z przekonaniem, iż umowa będzie obowiązywać co najmniej przez ten okres.

(odpowiedź na pozew k. 55-71v.)

Replikując na powyższe pełnomocnik powódki podtrzymał dochodzone w sprawie roszczenie. Wskazał, że powódka nie była stroną porozumienia pozwanego z Prezesem UOKiK, przypominając, iż oceny, czy postanowienie umowne jest niedozwolone dokonuje się według stanu z chwili zawierania umowy. Na dzień zawarcia umowy stron wzorzec umowny, którym posługiwał się pozwany zawierał zaś klauzule abuzywne. Przywołany przez pozwanego aneks dopuszcza przy tym po stronie konsumenta prawo dochodzenia swoich roszczeń na drodze cywilnoprawnej. W dalszej kolejności podniósł, że ubezpieczyciel nie wykazał racjonalnego i dającego się zaakceptować powiązania kosztów i ryzyka z wysokością świadczenia wykupu. Brak formalnego wskazania, że pomniejszenie świadczenia następowało o określono kwotowo koszty działalności pozwanego i brak możliwości weryfikowania mechanizmu ustalania kosztów, uniemożliwiało powódce w chwili zawarcia umowy realną ocenę wszystkich aspektów proponowanej umowy ubezpieczenia. Zaznaczył, że powódka nie miała wpływu na kształt postanowień OWU, a jedynymi postanowieniami, które mogły być przez nią zmieniane były te dotyczące wysokości składki i wyboru funduszy. Wyjaśnił ponadto, że podniesiony przez powódkę zarzut abuzywności nie dotyczył świadczenia pozwanego polegającego na wypłacie wartości polisy, a mechanizmu pomniejszającego sumę zwracaną powódce o opłaty mające służyć pokryciu kosztów działalności gospodarczej pozwanego, w tym świadczenia wykupu.

(pismo procesowe k. 103-108v.)

Do zamknięcia rozprawy stanowiska procesowe stron nie uległy zmianie.

(protokół rozprawy k. 121-122v., k. 127-129)

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 21 września 2012 roku powódka M. M. złożyła wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (...). Przedmiotowy wniosek powódka skierowała do pozwanego za pośrednictwem współpracującego z nim agenta. W wyniku złożonego wniosku pomiędzy stronami doszło do zawarcia umowy, na potwierdzenie której pozwany wystawił polisę ubezpieczeniową nr (...). Miesięczna składka za polisę została w umowie oznaczona na kwotę 250 zł, przy czym przy zawieraniu umowy pozwana tytułem pierwszej składki uiściła kwotę 6.000 zł. W związku z zawarciem umowy pozwany przyznał powódce bonus w kwocie 300 zł, która to kwota została przeznaczona na zakup jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych które następnie pozwany dopisał do rachunku powódki. Z tytułu polisy powódce przysługiwały dwa świadczenia: z tytułu śmierci w wysokości sumy ubezpieczenia powiększonej o wartość polisy (§ 7 ust. 1 OWU) oraz z tytułu dożycia w wysokości wartości polisy (§ 7 ust. 2 OWU).

Przy zawieraniu umowy agent ubezpieczeniowy zapewniał powódkę, że proponowana polisa jest dobrą inwestycją. Przekonywał, że oferowany produkt jest nastawiany na osiągnięcie zysku, bez ryzyka strat, także w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy. Agent nie informował powódki o kwestiach związanych z rozwiązaniem umowy, w tym o wskaźnikach wykupu w poszczególnych latach obowiązywania umowy. Powódka nie była również informowana o ewentualnych prowizjach agenta związanych z podpisaniem umowy, a także opłatach pobieranych przez pozwanego w trakcie trwania polisy. Podpisując przedmiotową umowę powódka działała w zaufaniu do agenta i przedstawianych przez niego informacji. Dla powódki była to ważna umowa, dotyczyła bowiem jej środków finansowych. Powódka nie

miała wpływu na kształt umowy, która została jej przedłożona do podpisu, nie negocjowała jej warunków za wyjątkiem wysokości składki.

(dowód z przesłuchania powoda 00:03:28-00:31:41 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 6 lutego 2020 roku w zw. z 00:18:50; 00:19:00-00:29:00 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 4 czerwca 2020 roku, wnioski o zawarcie umowy ubezpieczenia k. 15-16, zestawienie operacji k. 19v.-21v., OWU 22-28v.)

Przedmiotem umowy stron było życie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia obejmował dwa zdarzenia ubezpieczeniowe: dożycie przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia oraz śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia (§ 6 OWU). Obowiązkiem ubezpieczającego było opłacanie składki podstawowej, z kolei towarzystwo ubezpieczeń obowiązane było do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wartości polisy, wartości wykupu lub części wartości polisy, zgodnie z zasadami określonymi w OWU (§ 12 ust. 1, § 13 ust. 1 OWU). Wysokość składki podstawowej i częstotliwość jej opłacania były ustalane przed zawarciem umowy na podstawie wniosku ubezpieczeniowego. Składka podstawowa mogła być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie (§ 14 ust. 1 i 3 OWU). Pozwany prowadził dla ubezpieczającego rachunek podstawowy, na którym ewidencjonował jednostki uczestnictwa zapisane za środki pieniężne pochodzące ze składek podstawowych. Składka podstawowa podlegała alokacji zgodnie z dyspozycją złożoną przez ubezpieczającego i przeliczana na jednostki uczestnictwa. Liczba jednostek uczestnictwa danego funduszu zapisywanych za składkę podstawową była równa ilorazowi kwoty przypadającej zgodnie z dyspozycją alokacji na dany fundusz i ceny jego jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia (§ 24 ust. 1-3 OWU). Dyspozycja alokacji składki była dokonywana we wniosku ubezpieczeniowym, przy czym ubezpieczający był uprawniony do zmiany tej dyspozycji w okresie obowiązywania umowy, co pociągało za sobą pobranie przez pozwanego stosownej opłaty określonej Tabelą opłat i limitów (§ 26 ust. 1 i 2, ust. 5 OWU).

W myśl § 28 ust. 1 OWU, zawarcie umowy ubezpieczenia wiązało się ze znacznymi kosztami, na które składały się koszty wdrożenia produktu ubezpieczeniowego i koszty akwizycji. Koszty zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz marża Towarzystwa były uwzględnione w wysokości wskaźnika wykupu. Rozliczenie kosztów zawarcia i wykonania umowy ubezpieczeniowej było rozłożone w czasie trwania umowy w związku z sukcesywnym pobieraniem opłaty administracyjnej i opłaty za zarządzanie. Rozliczanie kosztów zawarcia i wykonania umowy przez Towarzystwo znajdowało odzwierciedlenie w stopniowym zwiększaniu wartości wskaźnika wykupu zgodnie z Tabelą opłat i limitów, o ile ubezpieczający nie zawiesił opłacania składki podstawowej (§ 28 ust. 2 i 3 OWU).

Począwszy od drugiej rocznicy polisy ubezpieczający miał prawo dokonać wypłaty wartości wykupu. Do wyliczenia kwoty wypłaty wartości wykupu stosowany był wskaźnik wykupu. Wartość wykupu składała się z dwóch składników: iloczynu wartości podstawowej polisy i wskaźnika wykupu oraz wartości dodatkowej polisy. Towarzystwo zatrzymywało kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wartością jednostek uczestnictwa odpisywanych w celu realizacji dyspozycji wypłaty wartości wykupu i kwotą przeznaczoną do wypłaty (§ 30 ust. 1-4 OWU). Złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu było równoznaczne z wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia (§ 30 ust. 6 OWU).

Ubezpieczający mógł wypowiedzieć umowę ubezpieczenia poprzez doręczenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia lub poprzez złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu w formie pisemnej pod rygorem nieważności (§ 31 ust. 1 OWU). Umowa ubezpieczenia ulegała rozwiązaniu: z dniem złożenia Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, chyba że w oświadczeniu ubezpieczający wskazał termin późniejszy, z dniem śmierci ubezpieczonego, po upływie 90 dni od dnia zakończenia okresu prolongaty, z dniem dożycia przez ubezpieczającego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, chyba, że umowa ubezpieczenia po upływie okresu ubezpieczenia na który została zawarta uległa przekształceniu w umowę zawartą na czas nieoznaczony (§ 34 ust. 1 OWU). W celu inwestowania środków pieniężnych pochodzących ze składek podstawowych oraz składek dodatkowych Towarzystwo oferowało ubezpieczającym ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, mogące różnić się strukturą i kategoriami lokat, a tym samym wynikami inwestycyjnymi i profilami ryzyka (§ 37 ust. 1).

W związku z przedmiotową umową pozwany pobierał następujące opłaty (§ 41 ust. 1 OWU): za ryzyko ubezpieczeniowe, administracyjną, za zarządzanie, operacyjną. Wysokość opłat była ustalana w Tabeli opłat i

limitów. Pobierane przez towarzystwo opłaty były odpisywane odpowiednio z rachunku podstawowego lub z rachunku dodatkowego, proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy odpowiednio w wartości podstawowej polisy lub wartości dodatkowej polisy (§ 41 ust. 3-4 OWU). Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe była pobierana za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej i ustalana kwotowo na podstawie wieku ubezpieczonego. Opłata ta była pobierana na koniec każdego miesiąca polisy, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, poprzez proporcjonalne odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, zewidencjonowanych na rachunku podstawowym ubezpieczającego, według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu umorzenia (§ 42 ust. 1-3 OWU). Opłata administracyjna była pobierana na pokrycie kosztów zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia i określona procentowo w stosunku do wartości jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zapisanych za środki pieniężne pochodzące ze składek podstawowych wymagalnych w pierwszym i drugim roku polisy. Opłata administracyjna była pobierana na koniec każdego miesiąca polisy przez okres wskazany w Tabeli opłat i limitów. Pobranie opłaty następowało poprzez proporcjonalne odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, zewidencjonowanych na rachunku podstawowym ubezpieczającego, zapisanych wyłącznie za środki pieniężne pochodzące ze składek podstawowych wymagalnych w pierwszym i drugim roku polisy, według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu umorzenia. Wskaźnik procentowy opłaty administracyjnej ustalany był na podstawie Tabeli opłat i limitów w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i nie ulegał zmianie przez cały okres pobierania tej opłaty (§ 43 ust. 1-4 i ust. 7 OWU). Opłata za zarządzanie była pobierana za zarządzanie i obsługę ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, a jej wysokość była ustalana odrębnie dla każdego funduszy, którego jednostki uczestnictwa były zewidencjonowane na rachunku podstawowym i rachunku dodatkowym ubezpieczającego. Opłata ta była określona procentowo w stosunku do wartości jednostek uczestnictwa każdego z ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, zewidencjonowanych na rachunkach ubezpieczającego. Jeżeli od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia upłynęło więcej niż 5 lat, a w okresie od dnia ostatniego pobrania opłaty za zarządzanie do najbliższego dnia pobrania opłaty za zarządzanie wartość polisy była niższa niż minimalna wartość określona w Tabeli opłat i limitów, Towarzystwo miało prawo pobrać za ten okres opłatę za zarządzanie w wysokości stanowiącej dwukrotność jej wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów. Opłata za zarządzanie była naliczana w każdym dniu obowiązywania umowy ubezpieczenia i pobierana na koniec każdego miesiąca polisy, poprzez proporcjonalne odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, zewidencjonowanych na rachunku podstawowym ubezpieczającego, według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu umorzenia (§ 44 ust. 1-5). Opłata operacyjna była pobierana z tytułu: obniżenia składki podstawowej, zmiany częstotliwości opłacania składki podstawowej, konwersji, zmiany alokacji, wypłaty okresowej z rachunku podstawowego i dodatkowego, wznowienia opłacania składki podstawowej przed piątą rocznicą polisy, odwołania oświadczenia o wypowiedzeniu umowy przed piątą rocznicą polisy, przewalutowania. Opłata operacyjna była określona kwotowo za wyjątkiem opłaty za przewalutowanie, która była określana procentowo. Opłata operacyjna była pobierana w dniu wykonania dyspozycji ubezpieczającego, za wykonanie której opłata była należna, za wyjątkiem opłaty za przewalutowanie i opłaty za wznowienie opłacania składki podstawowej. Opłata operacyjna była pobierana poprzez proporcjonalne odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, zewidencjonowanych na rachunku podstawowym ubezpieczającego, według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu umorzenia. W każdym roku kalendarzowym Towarzystwo mogło dokonać indeksacji opłat operacyjnych wyrażonych kwotowo o wskaźnik ustalony przez Towarzystwo na podstawie 12-miesięcznego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług, publikowanego przez Prezesa GUS na koniec trzeciego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego z ostatnich 12 miesięcy (§ 45 ust. 1-3, ust. 6-7 OWU).

Zgodnie z Tabelą opłat i limitów: opłata za ryzyko ubezpieczeniowe dla ubezpieczonych w wieku 41-60 lat wynosiła 0,25 zł miesięcznie, opłata roczna za zarządzanie wynosiła od 2,30% do 2,80% zależnie od wybranego wariantu planu inwestycyjnego, opłata administracyjna wynosiła 0,39% wartości jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Ustalony w Tabeli wskaźnik wykupu wynosił: dla 3 roku – 20%, dla 4 roku – 40%, dla 5 roku – 60%, (...) od 11 do 19 roku – 99,5%, od 20 roku – 100%.

(OWU k. 22-28v., Tabela opłat i limitów k. 30-31v.)

Powódka terminowo uiszczala ustaloną w umowie składkę za polisę. W czwartym roku obowiązywania umowy, w piśmie z dnia 10 lutego 2016 roku pozwany poinformował powódkę, iż proponuje ograniczenie kwot pobieranych w wyniku zastosowania opłaty likwidacyjnej lub wskaźnika wykupu w przypadku wcześniejszego rozwiązania umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. I tak dla pierwszego i drugiego roku obowiązywania umowy wartość wskaźnika wykupu wynosiła po 75%, dla trzeciego roku – 80%, dla czwartego roku – 85%, aż do osiągnięcia poziomu 100% dla jedenastego roku i następnych. Po otrzymaniu przedmiotowego pisma M. M. skontaktowała się z infolinią pozwanego i w rozmowie z jego pracownikiem wyraziła zgodę na związanie się treścią otrzymanego dokumentu.

Z uwagi na problemy życiowe i zdrowotne we wniosku z dnia 31 marca 2016 roku M. M. zdecydowała się rozwiązać umowę. W piśmie z dnia 8 kwietnia 2016 roku pozwany potwierdził realizację złożonej przez powódkę dyspozycji i poinformował, że na dzień wyceny – 4 kwietnia 2016 roku – powódka miała zapisanych na rachunku (...) jednostek, co przy cenie umorzenia jednostek na poziomie 131,61 zł dało wartość funduszu w kwocie 9.926,23 zł. Jednocześnie z tej kwoty została potrącona 1.488,95 zł (15% wartości polisy), w następstwie czego do wypłaty pozostała suma 8.437,38 zł.

Pismem z dnia 25 lutego 2019 roku powódka wezwała pozwanego do zapłaty w terminie 7 dni kwoty 1.488,95 zł tytułem nienależnie potrąconej kwoty z wartości polisy w oparciu o niedozwolone postanowienia umowne. Żądanie to pozwany uznał za bezzasadne.

(dowód z przesłuchania powoda 00:03:28-00:31:41 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 6 lutego 2020 roku w zw. z 00:18:50; 00:19:00-00:29:00 protokołu elektronicznego rozprawy z dnia 4 czerwca 2020 roku, pismo k. 18, k. 35, k. 90, zestawienie operacji k. 19v.-21v., wezwanie do zapłaty wraz z potwierdzeniem nadania k. 32-33, aneks k. 90v., zapis rozmowy telefonicznej k. 92-92v.)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, a także w oparciu o dowód z przesłuchania powódki. Za nieistotne z punktu widzenia ustaleń faktycznych Sąd uznał depozycje D. R., świadek nie pamiętał bowiem szczegółów zawierania umowy z powódką oraz rodzaju przekazywanych jej informacji. Jednocześnie twierdzenia świadka odnoszące się do standardów obowiązujących w (...), wobec niemożności ustalenia, czy standardy te zostały zachowane w przypadku przedmiotowej umowy, okazały się nieprzydatne dla czynionych w sprawie ustaleń.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo jest zasadne w przeważającej części.

Rozważania w niniejszej sprawie rozpocząć należy przypomnienia, iż roszczenie powódki opiera się na twierdzeniu, że postanowienia umowy dotyczące ustalania wartości wykupu w zakresie, w jakim przewidują po stronie pozwanej uprawnienie do potrącenia kwot w rozmiarze wynikającym z § 14 Tabeli opłat i limitów, stanowią klauzulę abuzywną.

W myśl art. 385¹ § 1 zd. 1 k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

W niniejszej sprawie nie ulega wątpliwości, że przedmiotowe postanowienie umowne, kwestionowane przez powódkę, nie określa głównego świadczenia tejże, gdyż nie odnosi się do essentialia negotii umowy ubezpieczenia. Świadczeniami głównymi dla tego typu umów są składki ubezpieczeniowe po stronie ubezpieczonego i wypłata sumy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela; kwota przekraczająca wskaźnik wykupu była jedynie potrącana przez ubezpieczyciela z kwoty stanowiącej jego świadczenie główne. W orzecznictwie w zasadzie jednolicie przyjmuje się, że nie jest świadczeniem głównym opłata dodatkowa, mająca charakter zbliżony do kary umownej czy do odstępnego. Dla przykładu, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 11 sierpnia 2011 roku (I CSK 605/10, L.), uznał, że „zastrzeżona kara umowna jest świadczeniem ubocznym i jako taka dzieli los świadczenia głównego.”. Także w wyroku z dnia

13 maja 2010 roku (III SK 29/09, L.) Sąd Najwyższy uznał, że nie jest świadczeniem głównym zapis umowy, który dotyczy zapłaty kary umownej. W konsekwencji jest dla Sądu jasne, że przedmiotowa kwota, o którą pozwany pomniejszyła wartość wykupu (rozumiana w niniejszej sprawie, jako część wartości rachunku podstawowego polisy zatrzymywana przez pozwanego w związku z rozwiązaniem umowy) nie jest świadczeniem głównym. Przyznać należy, iż kwestia ta budzi spory w orzecznictwie. Spotkać można judykaty, w których Sądy uznały, iż świadczenie wykupu jest świadczeniem głównym (np. uzasadnienie wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie w sprawie V Ca 996/14, opublikowane na portalu orzeczeń). Tym niemniej lektura przywołanego uzasadnienia skłania do wniosku, iż podstawy do uznania świadczenia wykupu za świadczenie główne, są co najmniej wątpliwe. W przytoczonym uzasadnieniu SO w Warszawie stwierdza bowiem, iż „świadczenie wykupu jest niewątpliwie po stronie ubezpieczyciela świadczeniem głównym, skoro jest najważniejszym dla ubezpieczającego celem umowy”. Sąd w niniejszej sprawie nie podziela poglądu, iż o cesze świadczenia głównego decyduje jakikolwiek związek z wypłatą. Biorąc powyższe pod uwagę – każda kara umowna obniżająca wypłatę dla ubezpieczającego byłaby świadczeniem głównym, skoro obniża świadczenie główne. Pogląd taki z oczywistych względów nie odpowiada pojęciu świadczenia głównego i sprzeczny jest z art. 385³ pkt. 16 i 17 k.c. Podzielić należy natomiast pogląd wyrażony przez Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 16 lutego 2017 roku (I ACa 1585/16, OSAWr 2017/3/364), iż wprawdzie pojęcie „głównych świadczeń stron” nie jest zdefiniowane, przez co podlega wykładni, to nie może ulegać wątpliwości, że chodzi o takie świadczenia, które charakteryzują, definiują i typizują umowę, a bez których nie doszłoby do jej zawarcia. Potwierdzeniem takiej interpretacji omawianego pojęcia, jest wymienienie przez ustawodawcę ceny i wynagrodzenia, jako istotnych elementów stosunków zobowiązaniowych, które wyłączone są spod kontroli abuzywności, jeśli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. W tym kontekście nie sposób uznać, aby omawiane świadczenie które obciąża ubezpieczonego na wypadek rezygnacji z ubezpieczenia, charakteryzowało lub typizowało umowę ubezpieczenia lub umowę inwestycyjną, której elementy znajdujemy w umowach na życie. Podobne stanowisko zajął również Trybunał Sprawiedliwości, który w wyroku z dnia 26 lutego 2015 roku (C- 143/13, (...)) stwierdził, że za warunki umowne, które objęte są zakresem pojęcia „głównego przedmiotu umowy”, w rozumieniu art. 4 ust. 2 dyrektywy 93/13, należy uważać te, które określają podstawowe świadczenia w ramach danej umowy i które z tego względu charakteryzują tę umowę. Natomiast warunki, które wykazują charakter posiłkowy względem warunków definiujących samą istotę stosunku umownego, nie mogą być objęte pojęciem „określenia głównego przedmiotu umowy”. W kontekście powołanych judykatów nie można zatem przyjąć, aby podstawowym (głównym) świadczeniem ubezpieczonego, należącym do istoty umowy ubezpieczenia, było poniesienie opłat zbliżonych do opłaty likwidacyjnej (niezależnie od ich nazwy lub konstrukcji), które aktualizują się dopiero w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia. Zasadność powyższej konkluzji jest jeszcze bardziej widoczna, jeśli podda się głębszej analizie postanowienia OWU pozwanego. Z treści § 6 OWU wynika jednoznacznie, że przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego, zaś zakres ubezpieczenia obejmuje dwa zdarzenia ubezpieczeniowe to jest: dożycie przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia oraz śmierć ubezpieczonego. W § 35 OWU uregulowano natomiast odpowiednio świadczenie z tytułu śmierci oraz świadczenie z tytułu dożycia. Zebrany materiał dowodowy, a w szczególności przesłuchanie powódki daje asumpt do wniosku, że postanowienia OWU w zasadzie nie podlegały negocjacji, co w szczególności dotyczy wskaźnika wykupu, którego wyliczenie stanowiło jeden z załączników do umowy. Treść stosunku umownego była zatem jednostronnie kształtowana przez pozwane Towarzystwo, co stanowi zakłócenie równowagi stron, w sytuacji, gdy zapisy umowy sformułowane są w sposób niejasny, nieprecyzyjny. Zestawiając wskazaną wyżej treść § 4 OWU oraz § 35 OWU zdaniem Sądu nie sposób podzielić twierdzenia pozwanego, że świadczenie wykupu stanowi główne świadczenie stron. Co więcej z § 35 OWU określającego zasady wypłaty świadczeń wynika wprost, że te świadczenia są powiązane ze zdarzeniami ubezpieczeniowymi, a przedmiotowa regulacja nie obejmuje omawianej kwoty. Oczywistym jest bowiem, że świadczenie główne musi wiązać się ze zdarzeniem ubezpieczeniowym, a w odniesieniu do wskaźnika wykupu taka korelacja nie zachodzi. Zasadnie przyjmuje judykatura wskazując, że brzmienie art. 385¹ k.p.c. nie pozwala na szeroką interpretację formuły "postanowień określających główne świadczenia stron" (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2007 roku, III CZP 62/07, OSNC 2008/7-8/87). Z tego powodu postulowane jest, by sformułowanie to roznieść wąsko, jako obejmujące swym zakresem tylko te zapisy, które wprost odnoszą się do obowiązku głównego, podstawowego, realizowanego w ramach umowy. Sąd Najwyższy wskazuje także, iż "wszelkie wątpliwości należy rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną". Należy podkreślić, że ustawodawca

nie bez powodu posłużył się sformułowaniem "postanowienia określające główne świadczenia stron", nie zaś "dotyczące" ich, które może mieć szerszy zakres interpretacyjny. Wskazać wreszcie należy, że w najnowszym judykacie (uchwała z dnia 24 stycznia 2010 roku, III CZP 51/19, Biul. SN 2020, nr 1) Sąd Najwyższy odpowiadając na pytanie „czy świadczenie wykupu, wypłacone przez ubezpieczyciela konsumentowi na podstawie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w związku z przedterminowym rozwiązaniem tej umowy, jest świadczeniem głównym w rozumieniu art. 385¹ k.c.?” podjął uchwałę o treści „świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest świadczeniem głównym w rozumieniu art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.". Z tych względów argumentacja podnoszona przez pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie.

Poza sporem pozostawało nadto, że sporny zapis nie był negocjowany indywidualnie. Wprawdzie strony łączył stosunek zobowiązaniowy o charakterze dobrowolnym i to one same autonomicznie decydowały, na jakich warunkach ma zostać zawarta umowa między nimi, niedopuszczalna jest jednak sytuacja, iż jedna ze stron wykorzystując swoją pozycję profesjonalisty, kształtuje wzorzec umowny w taki sposób, że wprowadza do niego konstrukcję prawną, która prowadzi do pokrzywdzenia jednej ze stron stosunku prawnego, w tym wypadku konsumenta. W szczególności nie może mieć miejsca przypadek, w którym konsument zostaje obciążony nadmiernymi kosztami, nijak nieprzystającymi do rzeczywistych wydatków ponoszonych w tym zakresie. Godzi się przy tym przypomnieć, że realne możliwości ingerencji powódki w treść zawieranej umowy były minimalne i ograniczały się w istocie do wyboru wysokości składki. Nie budzi przy tym wątpliwości okoliczność, iż możliwość zapoznania się przez powódkę z umową (jej wzorcem) nie przesądza o możliwości negocjowania jej treści. To samo dotyczy umożliwienia konsumentowi odstąpienia od umowy, jak i uświadomienia mu treści jej postanowień. Sąd nie ma również wątpliwości odnośnie tego, iż także treść aneksu do umowy nie była uzgadniana z powódkę, skoro dokument ten – bez czynienia żadnych wcześniejszych ustaleń – został przesłany powódce, a powódka mogła go zaakceptować albo nie, o czym przesądza zapis rozmowy telefonicznej na k. 92-92v.

W konsekwencji Sąd uznał, że dopuszczalne jest przeprowadzenie indywidualnej kontroli spornego postanowienia pod kątem ewentualnej abuzywności – ukształtowania praw i obowiązków powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, z rażącym naruszeniem jej interesów.

Pierwszym, co wręcz rzuca się w oczy podczas analizy spornego postanowienia umownego, to procent wartości podstawowej polisy, który pozwany zatrzymywał w związku z rozwiązaniem umowy, który w czwartym roku trwania umowy wynosił 60% wg pierwotnego brzmienia umowy oraz 15% wg brzmienia aneksu. W omawianym przypadku pozwany pobrał zatem środki, które pochłaniały blisko 1/6 sumy zgromadzonej na rachunku powódki, co należy uznać za niedopuszczalne z punktu widzenia zasad współżycia społecznego. W istocie bowiem ubezpieczyciel przewidział tu dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy - bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami (które, co wymaga podkreślenia, w ogóle nie zostały przez pozwanego w sprawie wykazane co do ich wysokości), przy czym zastrzeżenie to jest całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek funduszy. Tak sformułowane postanowienie narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela dużej części wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Wzorzec umowny przewiduje tu swoisty ryczałt, niezależny od okoliczności dotyczących umowy z konkretnym konsumentem. Nie stanowi dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter. Zauważyć trzeba, że ubezpieczyciel w trakcie trwania umowy pobiera przecież bieżące opłaty, m.in. opłatę administracyjną, opłatę za ryzyko, opłatę za zarządzanie. Zatem koszty związane z działalnością inwestycyjną ubezpieczyciela na rzecz konkretnego klienta znajdują swoje odzwierciedlenie już w tych opłatach. Brak natomiast uzasadnienia dla naliczania tak wysokiej opłaty z tytułu wykupu środków zgromadzonych w ramach ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, bowiem ubezpieczyciel nie wykazał, aby likwidacja takiego rachunku niosła za sobą koszty w wysokości 15% w czwartym roku trwania umowy. Co przy tym istotne, powódka na etapie przed zawarciem umowy nie była w stanie samodzielnie ocenić, jaka konkretna wartość rachunku podstawowego (tj. wyrażona w określonej kwocie pieniężnej) może zostać potrącona przez pozwanego w kolejnych

latach trwania umowy, albowiem algorytm wyliczenia spornej sumy jest całkowicie niezrozumiały dla konsumenta, który nie dysponuje wiedzą specjalistyczną. Przedstawiciel pozwanego nie poinformował przy tym powódki o kosztach związanych z rozwiązaniem umowy i sposobie ich wyliczenia, na co wyraźnie wskazała M. M. w złożonych wyjaśnieniach. Powódka w ogóle nie miała wiedzy w zakresie tego, że rozwiązanie przez nią umowy przed upływem 10 lat będzie się wiązać po jej stronie ze stratami finansowymi. Reprezentujący pozwanego agent ubezpieczeniowy całkowicie pominął tę kwestię, mającą niewątpliwie relewantny charakter z punktu widzenia interesów konsumenta, a skupił się wyłącznie na przedstawieniu pozytywów związanych z oferowanym produktem. Wskazać również należy, iż konsument nie ma jakiegokolwiek wpływu na decyzje pozwanego podejmowane w ramach umów, które wiążą go z innymi podmiotami. Trudno więc zakładać, że tego rodzaju koszty działalności strony pozwanej konsument miałby pokrywać dodatkowo – niezależnie od kilku rodzajów ponoszonych opłat, w tym za zarządzanie. Odnośnie do podnoszonych przez pozwanego prowizji pośredników ubezpieczeniowych, należy dodatkowo zauważyć, że ubezpieczyciel nie może ze składek ubezpieczonego pokrywać kosztów poniesionych przez siebie z tytułu prowizji dla agenta – nie są to bowiem koszty związane z konkretną umową ubezpieczenia, ale koszty własne ubezpieczyciela, koszty ogólne prowadzenia przezeń działalności: ubezpieczony nie ma bowiem na nią wpływu i nie jest stroną umowy zawartej przez ubezpieczyciela z agentem. Nadto, zgodnie z art. 761³ i 761⁴ k.c., jeżeli umowa zawarta pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym ma być wykonywana częściami, agent nabywa prawo do prowizji w miarę wykonywania tej umowy; natomiast w razie rozwiązania umowy z przyczyn nie leżących po stronie ubezpieczyciela – agent nie może żądać prowizji, a prowizja już wypłacona podlega zwrotowi. Oczywistym jest, że przy uwzględnieniu regularnych wpływów ze składek i ich alokowania na rachunku inwestycyjnym pobierana przez pozwanego kwota w pierwszym roku trwania polisy byłaby wyższa od kwoty, która zostałaby pobrana w drugim roku jej trwania i mogłaby być wyższa nawet w kolejnych latach, kiedy procentowe wyliczenie zatrzymywanej przez pozwanego wartości rachunku bazowego zgodnie z wzorem malało, ale wysokość tegoż wyliczenia zależała od wartości środków na tym rachunku. Oczywiście skutek nietrafionych inwestycji / złej koniunktury wartość rachunku w kolejnych latach mogła się zmniejszać, ale okoliczność ta wynikałaby z czynników związanych z ryzykiem inwestycyjnym, a nie sposobem uregulowania wysokości świadczenia wykupu w umowie. Świadczy to, w ocenie Sądu, o całkowitej arbitralności ustalonej przez pozwanego zasad kształtowania wysokości wskaźnika wykupu i braku jego powiązania z realnie poniesionymi kosztami. Powyższe potwierdza zatem przyjętą wyżej konkluzję, iż procentowa wartość rachunku zatrzymywana przez pozwanego w związku z rozwiązaniem umowy była niewątpliwie ustalana w oderwaniu od wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów związanych z daną umową.

W ocenie Sądu sporne postanowienia umowne to nic innego, jak mechanizm służący ubezpieczycielowi do – jeżeli nie ukrycia – to w każdym razie przesunięcia rzeczywistych kosztów umowy. Działanie to w istocie prowadzi do zaniżenia składek ubezpieczenia poniżej kosztów, wprowadzając klienta w błąd, co do rzeczywistych kosztów zawarcia umowy, co przy potwierdzonej praktyką orzecniczą skłonności przedstawicieli ubezpieczycieli do podkreślania relatywnie niskich kosztów ubezpieczenia, prowadzi do wciągnięcia konsumentów w swoistą pułapkę, w której o rzeczywistych kosztach umowy przekonują się dopiero po otrzymaniu informacji o kwocie przeznaczonej do wypłaty. Niezależnie od przyjętego przez ubezpieczyciela sposobu opisanego i ustalania wysokości wskaźnika wykupu – skomplikowanego i w świetle życiowego doświadczenia mającego w istocie utrudnić przeciętnemu konsumentowi możliwość ustalenia rzeczywistych skutków – koniec końców jej rezultat jest taki, że ubezpieczyciel nie tylko zdejmuje z siebie częściowo ryzyko przerwania procesu inwestycyjnego przez ubezpieczonego w ciągu kolejnych lat obowiązywania umowy, lecz również uzyskuje niczym nieuzasadnione przysporzenie w postaci aktualnej wartości ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, zgromadzonego przez danego ubezpieczonego; zasadnym jest twierdzenie o przysporzeniu, skoro opłaty za zarządzanie aktywami są równocześnie pobierane na bieżąco. Tymczasem istota umowy ubezpieczenia polega na tym, że to właśnie ubezpieczyciel jest tym podmiotem, który przejmuje na siebie ryzyko, w zamian za opłacanie przez ubezpieczonego składki, a nie dokonuje przy wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego jego potrącenia z jakąś opłatą, które to potrącenie prowadzi w efekcie do pozbawienia ubezpieczonego świadczenia, skądinąd należnego mu, skoro ubezpieczyciel posługuje się konstrukcją potrącenia (art. 498 § 1 k.c.).

W ocenie Sądu powódka decydując się na zawarcie przedmiotowej umowy mogła być przekonana, iż agent ubezpieczeniowy będzie działał wyłącznie w jej interesie i na jej korzyść, a także, że wybór przedstawianego produktu

finansowego nie jest przypadkowy, a stanowi rezultat wszechstronnej analizy przedstawionych przez powódkę preferencji. Co przy tym istotne, powódka była zapewniana, że proponowany produkt jest formą oszczędzania, przedstawiciel pozwanego wskazywał bowiem, że polisa jest bardzo korzystna, że na przestrzeni kolejnych lat będzie przynosiła wyłącznie zysk. M. M., jako konsument, nie miała świadomości, że pozwany proponuje jej skomplikowany i ryzykowny produkt. Wyraźnie zaznaczenia wymaga, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym to kontrakt zawierający zapisy o bardzo wysokim stopniu trudności, regulowany wieloma różnorodnymi wzorcami umownymi, odwołujący się w swej treści do pojęć niejasnych. Analiza treści takiego kontraktu przez przeciętnego konsumenta jest w praktyce wręcz niemożliwa. Nie jest on bowiem w stanie bez odpowiedniego przygotowania zrozumieć mechanizmów prawno-finansowych zawartych we wzorcach umownych, w związku z czym konsument na ogół zawiera taką umowę bazując na informacjach przekazywanych mu przez osobę oferującą zawarcie umowy, czyli pośrednika ubezpieczeniowego, pracownika banku lub doradcy finansowego. Tak stało się również w przypadku powódki, która bazowała na informacjach udzielonych jej przez agenta działającego w imieniu pozwanego, który koncentrował się wyłącznie na pozytywnych cechach oferowanego produktu. Istotne jest tutaj działanie agenta, który skupiał uwagę powódki nie na cechach produktu, relewantnych z punktu widzenia jego działania (przedstawiciel pozwanego nie omawiał sposobu inwestowania składek, ich elementów składowych, nie informował o wartości wskaźnika wykupu, jak również o tym, w jaki sposób kreowana jest wysokość środków wypłacanych klientowi w związku z rozwiązaniem umowy), a na wynikach podpisywanej umowy. Przedstawiciel pozwanego starał się wywołać u M. M. przekonanie, że podpisując umowę zabezpieczy finansowo swoją przyszłość. Powyższa praktyka doprowadziła do powstania fałszywego wyobrażenia, prowadzącego do podjęcia (lub możliwości podjęcia) przez powódkę, jako przeciętnego konsumenta, decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjęła. Doskonale ilustruje to stwierdzenie powódki „pamiętam taką sytuację, że był przełom roku, w grudniu na rachunku było 16.000 zł, a w styczniu było 8.000 zł, skontaktowałam się wtedy z agentem i zapytałam, jak to jest możliwe, ale on nie był w stanie logicznie na to odpowiedzieć” (k. 121v. skróconego protokołu rozprawy). W przedmiotowej sprawie z całą stanowczością zachowaniu pozwanego przypisać można przymiot sprzeczności z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształcający lub mogący zniekształcić zachowanie rynkowe powódki, jako przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu. Przesądza o tym zachowanie przedstawiciela pozwanego, który na żadnym etapie zawierania umowy nie poinformował powódkę o ryzykach związanych z inwestycją, w tym o możliwości utraty części, a nawet całości wpłacanych środków, a skupił się wyłącznie na korzyściach produktu. Nie sposób pominąć przy tym, że pozwany jako podmiot profesjonalny, trudniący się zawodowo obrotem środkami finansowymi i doradztwem klientom w zakresie instrumentów finansowych, obowiązany jest do przedstawienia wszelkich informacji dotyczących oferowanych produktów, zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych. Konsument, który zawiera takiemu podmiotowi, nie może ponosić negatywnych konsekwencji wynikających z zatajenia istotnych danych o ryzykach związanych z inwestycjami. Zdecydowanie postępowanie pozwanej spółki wpłynęło na zachowanie powódki. Było ono prawdopodobnie jedynym bodźcem do zawarcia przedmiotowej umowy. Na marginesie wskazać należy, że jak wyjaśnił Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w cyt. wyroku z dnia 16 lutego 2017 roku, dla przyjęcia spełnienia przesłanki sformułowania postanowień w jednoznaczny sposób, nie jest wystarczającym nawet taki argument, że ubezpieczony zdawał sobie sprawę, w jakiej wysokości zostanie pobrana opłata likwidacyjna w przypadku rozwiązania umowy i godził się na taki skutek. Ta przesłanka nie wyłącza uznania postanowienia za niedozwolone. O abuzywności postanowienia przesądza kształtowanie na jego postawie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, czego skutkiem jest rażące naruszenie jego interesów i ustawodawca nie przewidział możliwości wyłączenia abuzywności w przypadku, gdy ten znał, rozumiał i godził się na takie postanowienie.

Pomocniczo Sąd uwzględnił ponadto, że analogiczne postanowienia wzorców umownych figurują w rejestrze klauzul niedozwolonych (wyroki (...) o sygn. akt: XVIII Amc 1704/09, pozycja 3834 w rejestrze, XVIII AmC 974/11, pozycja 4633 w rejestrze, XVII AmC 355/11, pozycja 5608 w rejestrze). Wprawdzie na gruncie w/w spraw towarzystwa ubezpieczeniowe posługiwały się różną terminologią dla oznaczenia kwot potrącanych z rachunków polisy, niemniej jednak w każdym przypadku potrącanie w ten sposób opłaty miały ten sam cel. Osobnego komentarza wymaga wywód pozwanego, że skoro wskaźnik wykupu ujęty w aneksie zawartym przez strony czyni zadość decyzji Prezesa UOKiK z dnia 2 listopada 2015 roku, to brak jest podstaw do uznania, iż kwestionowane przez powódkę postanowienia OWU mają charakter naruszających dobre obyczaje/jej interesy. Stawiając powyższą tezę pozwany zdaje się całkowicie

pomijać fakt, iż powódka nie była stroną porozumień zawieranych przez pozwanego z Prezesem UOKiK, nie miała wpływu na ich treść. Wprawdzie zaproponowana przez pozwanego treść aneksu w sposób znaczny zmieniała wartość wskaźnika wykupu, niemniej jednak w dalszym ciągu nie sprawiała, że tak wyliczona wartość, mająca cały czas ryczałtowy charakter i pozostająca w oderwaniu od postanowień konkretnej umowy i kwot uiszczanych przez powódkę, a zwłaszcza od rzeczywiście poniesionych przez pozwanego kosztów związanych z przedmiotową umową, może być postrzegana w kategoriach nienaruszającej interesów konsumenta. Łatwo przecież wyobrazić sobie umowę, w której wartość składek za okres, jak u powódki, wynosi kilkadziesiąt, czy też kilkaset tysięcy złotych. Gdyby przyjąć argumentację pozwanego należałoby uznać, że przykładowo wskaźnik wykupu na poziomie 85% dla wartości polisy 200.000 zł należy oceniać w tożsamy sposób jak wskaźnik na tym samym poziomie, ale dla wartości polisy 5.000 zł, tylko z tej przyczyny, że w obu tych przypadkach zatrzymywana przez pozwanego kwota wynosi „tylko” 15%. Ten tok myślenia jest jednak całkowicie błędny, potrącana wartość w każdym przypadku musi być bowiem uzasadniona realnie ponoszonymi przez ubezpieczyciela kosztami. Dlatego też decyzja Prezesa UOKiK, czy też orzeczenie Sądu wydane w innej sprawie, nie mogą odnosić bezpośredniego wpływu na przedmiotowe postępowanie, albowiem każdy stan faktyczny wymaga odrębnej oceny przez pryzmat przesłanek z art. 385¹ § 1 k.c., czego zdaje się pozwany zupełnie nie dostrzegać. Powtórzenia wymaga, że z kwestionowanych postanowień nie wynika, aby wysokość wskaźnika była zależna od wartości posiadanych przez powódkę jednostek uczestnictwa. Jak też już wskazano, brak było podstaw do przyjęcia w niniejszej sprawie, że wskaźniki są powiązane z wysokością kosztów związanych z umową zawieraną z konsumentem, tj. jej zawarciem lub wykonywaniem oraz z ryzykiem strony pozwanej będącej przedsiębiorcą, które nie podlega wyłączeniu. Pomimo zatem faktu, iż wszystkie elementy składające się łącznie na definicję wartości wykupu oraz sposób jej ustalenia zostały wskazane w § 30 OWU oraz w pkt 14 Tabeli, zaś w § 2 pkt 34 OWU zdefiniowano wskaźnik wykupu, to powyższe nie zmiana faktu, że w niniejszym postępowaniu strona pozwana nie wykazała, aby potrącona kwota pozostawała w związku z kosztami i ryzykiem pozwanego.

Na marginesie zauważenia wymaga, że w myśl art. 26 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, maksymalna wysokość opłat związanych z przedwczesnym rozwiązaniem umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie może przekraczać 4% wartości opłaconych składek. Wprawdzie ustawa ta nie znajduje zastosowania do umów zawartych przed datą jej wejścia w życie, to jednocześnie treść przytoczonego przepisu implikuje konstatację, iż ustawodawca zauważył konieczność uregulowania powyższej kwestii, co niewątpliwie miało związek z dowolnością rozwiązań stosowanych przez ubezpieczycieli w zakresie opłat likwidacyjnych, które niejednokrotnie, zwłaszcza w pierwszych latach obowiązywania umowy ubezpieczenia, pochłaniały większą część środków zgromadzonych na rachunkach osób ubezpieczonych. W ocenie Sądu wprowadzony przepis potwierdza przyjęte na gruncie niniejszego uzasadnienia stanowisko, iż opłaty w takiej wysokości rażąco naruszają interesy konsumenta, kształtując jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Symptomatyczne jest, że strona pozwana wprost przywołuje w/w ustawę, jako podstawę do istnienia postanowień OWU odnoszących się do wskaźnika wykupu (przy czym pozwany odnosi się wyłącznie do art. 17 dotyczącego obowiązków informacyjnych zakładu ubezpieczeń), pomija już jednak pozostałe przepisy, w tym art. 26 ust. 3 i 4.

Reasumując Sąd uznał, że ustalenie wskaźnika wykupu na poziomie 85% wartości jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku powódki narusza dobre obyczaje, ponieważ sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela obiektywnie dużej części zgromadzonych przez ubezpieczającego środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. W tym miejscu wypada przypomnieć, że w judykaturze uznaje się, że pod pojęciem działania wbrew dobrym obyczajom - przy kształtowaniu treści stosunku zobowiązaniowego - kryje się wprowadzanie do umowy klauzul, które godzą w równowagę kontraktową stron takiego stosunku, natomiast przez rażące naruszenie interesów konsumenta rozumie się nieusprawiedliwioną dysproporcję - na niekorzyść konsumenta - praw i obowiązków stron, wynikających z umowy (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 13 lipca 2005 roku, I CK 832/04, Biul. SN 2005/11/ 13 oraz z dnia 3 lutego 2006 roku, I CK 297/05, Biul. SN 2006/5-6/12). Postanowienie takie rażąco także narusza interes konsumenta, albowiem prowadzi do wzbogacenia się ubezpieczyciela kosztem ubezpieczającego. Opłata taka jest wygórowana i niewspółmierna do rzeczywiście poniesionych przez stronę pozwaną kosztów, nadmiernie przy tym obciąża powoda. Nadto kształtuje prawa i obowiązki stron w sposób nierównomierny,

albowiem ustanowiona jest wyłącznie na rzecz strony pozwanej, co stanowi rażąco naruszenie interesów konsumenta poprzez nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść. Dokonując oceny rzetelności określonego postanowienia umowy konsumenckiej należy zawsze rozważyć indywidualnie rozkład obciążeń, kosztów i ryzyka, jaki wiąże się z przyjętymi rozwiązaniami oraz zbadać jak wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta w sytuacji, w której postanowienie to nie zostałoby zastrzeżone, pamiętając jednocześnie podczas dokonywania kontroli o tym, że każdorazowo istotny jest charakter stosunku prawnego regulowanego umową, który w konkretnej sytuacji może usprawiedliwiać zastosowaną konstrukcję i odejście do typowych reguł wyznaczonych przepisami dyspozytywnymi. Należytnym wytłumaczeniem dla zakładu ubezpieczeń nie może być przy tym okoliczność, że cel umowy ubezpieczeniowej o charakterze jak w niniejszej sprawie, 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. Wprawdzie zrozumiałe jest, że strona pozwana była zainteresowana jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania, to jednak, jak słusznie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z 18 grudnia 2013 roku, mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może polegać na obciążaniu ich, w przypadku wypowiedzenia przez nich umowy, opłatami likwidacyjnymi, których charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w ogólnych warunkach umowy wyjaśnione. Jest to zaś okoliczność o kardynalnym znaczeniu dla oceny niedozwolonego charakteru tego postanowienia umownego w świetle art. 385¹ § 1 k.c. Pamiętać przy tym należy, że przepis art. 830 § 1 k.c. uprawnia ubezpieczającego do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia osobowego w każdym czasie z zachowaniem terminu wypowiedzenia, który to przepis ma charakter bezwzględnie obowiązujący. Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 23 marca 2005 roku (I CK 586/04, OSNC 2006/3/51), „nie ulega wątpliwości, że niedozwolone są postanowienia umowne uszczuplające ustawowe uprawnienia konsumenta; nałożenie we wzorcu umowy na konsumenta obowiązku zapłaty kwoty pieniężnej i to w znacznej wysokości, w razie skorzystania przez niego z prawa przyznanego mu w ustawie, jest sprzeczne zarówno z ustawą, jak i dobrymi obyczajami, gdyż zmierza do ograniczenia ustawowego prawa konsumenta, czyniąc ekonomicznie nieopłacalnym korzystanie z tego prawa”. Przytoczyć należy wreszcie stanowisko wyrażone w wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 20 Lipca 2017 roku (I ACa 1512/15, LEX), iż skoro umowa ubezpieczenia powiązana z funduszem kapitałowym ma także charakter umowy inwestycyjnej, oczywistym jest, że ubezpieczyciel co do zasady ma prawo zakładać, że ubezpieczający będzie wywiązywał się z umowy przez cały czas jej trwania, a w przypadku jej wcześniejszego rozwiązania może żądać od niego poniesionych w związku z zawarciem tej konkretnej umowy kosztów, lecz musi być to rzeczywisty koszt jaki ponosi ubezpieczyciel w związku z inwestowaniem środków ubezpieczonego, a nie ogólny koszt prowadzenia działalności inwestycyjnej pozwanego lub ponoszonych kosztów. Ten rzeczywisty koszt zawarcia i obsługi umowy musi mieć odzwierciedlenie w zapisach OWU, które powinny uzależniać wysokość opłaty za wcześniejszą likwidację polisy i zaprzestanie inwestowania środków na niej zgromadzonych za pośrednictwem ubezpieczyciela od rzeczywiście poniesionej przez ubezpieczyciela straty z tym związanej. O czym była już mowa, postanowienia wyrażone w OWU pozwanego Towarzystwa nie obrazują jednak w żaden sposób mechanizmu potrącania „opłaty likwidacyjnej”, w ten bowiem sposób należy w istocie nazwać potrącaną przez pozwanego kwotę, nie wyjaśniają także, jaki charakter mają potrącane kwoty i z jakiego tytułu są zatrzymywane. Nie można tłumaczyć żadną miarą, że konieczność pobierania tych kwot wynika z tego, że wskutek wcześniejszego rozwiązania umowy ubezpieczyciel utracił spodziewane, związane z długim okresem inwestowania środków przez ubezpieczającego, korzyści, zwłaszcza w kontekście pobieranych przez pozwanego w czasie trwania umowy szeregu opłat. Jak wyjaśnił Sąd Okręgowy – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (wyrok z dnia 30 października 2019 roku, XVII AmC 10/18, L.), samo zastosowanie wskaźnika wykupu nie jest uznane za błędne. Skoro role, obowiązki i ryzyko obu stron umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym są różne, a w konsekwencji proporcjonalność pozycji obu kontrahentów nie może być sprowadzona do identycznych wzajemnych świadczeń. Pod kątem abuzywności należy dokonać jednak oceny wysokości wskazanych w tej tabeli stawek procentowych dotyczących wskaźnika wykupu, z uwzględnieniem wskazywanych lat trwania umowy, które nie znajdują uzasadnienia w ponoszonych przez stronę pozwaną kosztach rzeczywiście związanych z zawarciem i wykonaniem konkretnej umowy.

Przypomnienia wymaga także, że pozwany nie wykazał (art. 6 k.c., art. 232 k.p.c.), że poniósł koszty w wysokości 15% wartości rachunku powódki, że pozostają one w normalnym związku przyczynowym z zawarciem umowy i były niezbędne do jej zawarcia. Dowodu na powyższe nie mogą w szczególności stanowić wydruki z k. 82-86v. Implikacją powyższego jest przyjęcie, że sporne zapisy OWU w części w jakiej uzależniają wartość wykupu od wskaźnika wykupu oznaczone w Tabeli opłat i limitów, są nieważne i nie wiążą powódki, a zatem pozwany ubezpieczyciel nie powinien być potrącić z kwoty wypłacanej powódce kwoty wynikających z w/w zapisów. Tym samym, pobrana kwota stanowi świadczenie nienależne, którego zwrot należy jest powódce w oparciu o przepis art. 410 § 2 k.c. Jednocześnie Sąd podzielił stanowisko pozwanego, iż zasądzona na rzecz powódki należność winna zostać pomniejszona o kwotę udzielonego jej w związku z zawarciem umowy bonusu. Przyznana pod tą postacią kwota 300 zł niewątpliwie bowiem miała na celu zmotywowanie powódki do wybrania tego konkretnego produktu ubezpieczeniowego, którego założeniem było kontynuowanie umowy przez co najmniej 10 lat.

Wobec powyższego Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.197,84 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 17 kwietnia 2019 roku do dnia zapłaty, oddalając powództwo w pozostałym zakresie.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. w myśl którego, jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności, przy czym dłużnik jest w opóźnieniu jeżeli nie spełnia świadczenia w określonym terminie. Jeżeli zaś stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie.

O kosztach procesu rozstrzygnięto w oparciu o art. 100 k.p.c. w zw. z art. 98 k.p.c.

Strona powodowa wygrała sprawę w 80 % i dlatego w takim stopniu należy się jej zwrot kosztów procesu.

Koszty poniesione przez powódkę wyniosły łącznie 993 zł i obejmowały: opłatę sądową od pozwu – 76 zł, opłatę skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł oraz koszty zastępstwa procesowego w stawce minimalnej 900 zł – § 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych, t.j. Dz.U. 2018, poz. 265.

Z kolei koszty poniesione przez pozwanego wyniosły łącznie 934 zł i obejmowały: opłatę skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 2 x 17 zł oraz koszty zastępstwa radcy prawnego w kwocie 900 zł – § 2 pkt 3 cyt. rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości.

Całość poniesionych przez strony kosztów procesu wyniosła zatem 1.927 zł.

Powódka wygrała spór w 80 %, a przegrała w 20 %. Powódka winna zatem ponieść z tytułu kosztów procesu kwotę 385,40 zł (20 % kwoty ogólnej), a pozwany 1.541,60 zł (80 % kwoty ogólnej).

Mając na uwadze powyższe należało zasądzić od pozwanego na rzecz powódki kwotę 607,60 zł, stanowiącą różnicę pomiędzy kosztami faktycznie poniesionymi a kosztami, które strona powodowa powinna ponieść.

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji wyroku.