

Sygn. akt: I C 23/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Opatów, 11 lutego 2019 r.

Sąd Rejonowy w Opatowie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSR Anna Baran

Protokolant: sekretarz Iwona Pająk

po rozpoznaniu 11 lutego 2019 r. w O.

sprawy z powództwa J. W.

przeciwko V. L. Towarzystwo (...) w W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanej V. L. Towarzystwo (...) w W. na rzecz powoda J. W., 3 555,74 zł (trzy tysiące pięćset pięćdziesiąt pięć złotych siedemdziesiąt cztery grosze) wraz z każdorazowymi odsetkami ustawowymi za opóźnienie w spełnieniu świadczenia liczonymi od 1 września 2018 r. do dnia zapłaty.

II. zasądza od pozwanej V. L. Towarzystwo (...) w W. na rzecz powoda J. W., 1017,00 zł (tysiąc siedemnaście złotych) kosztów procesu.

Sygn. akt I C 23/19

UZASADNIENIE

wyroku z 11 lutego 2019 r.

Powód J. W. w pozwie przeciwko V. L. V. L. Towarzystwo (...) S.A. V. (...) w W. (dawniej: (...) S.A. w W.) domagał się zasądzenia kwoty 3555,74 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w spełnieniu świadczenia liczonymi od 1 września 2018 r. do dnia zapłaty.

Pozwana V. L. V. L. Towarzystwo (...) S.A. V. (...) w W. (dawniej: (...) S.A. w W.) w sprzeciwie od nakazu zapłaty wniosła o oddalenie powództwa w całości.

I. Ustalenia faktyczne.

Powód J. W., 18 lutego 2010 r. zawarł z pozwaną umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną M. (...). Przedmiotowa umowa została potwierdzona polisą o nr (...). Umowa została zawarta na okres 15 lat przy składce ubezpieczeniowej określonej na kwotę 200 zł miesięcznie. Integralną część umowy stanowiły ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną M. (...) ((...)) dalej: owu. Zgodnie z § 3 o.w.u. przedmiot umowy stanowiło życie ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w okresie na jaki umowa została zawarta. Zakres ubezpieczenia obejmował następujące zdarzenia ubezpieczeniowe: dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia oraz śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia (§3 ust.2). Zgodnie z § 4 umowy w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w §3 ust. 2 pkt. 1 tj. dożycia przez ubezpieczonego daty dożycia, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie z tytułu dożycia w wysokości kwoty równej wartości rachunku. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w §3 ust. 2 pkt. 2

umowy tj. śmierci ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca uposażonemu lub innej osobie uprawnionej, świadczenie z tytułu śmierci w wysokości wyższej z następujących kwot: kwoty równej wartości rachunku powiększonej o kwotę równą 10 % wartości części bazowej rachunku lub kwotę równą sumie wpłaconych składek regularnych i składek dodatkowych zmniejszonej o wartość środków odpisanych z rachunku jednostek funduszy w związku z częściowymi wypłatami świadczenia wykupu. Natomiast w razie zajścia zdarzeń określonych w o.w.u., innych niż wskazane w §3 ust.2 lub w §6 ust. 2, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu 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 do o.w.u. Zgodnie z § 5 ust. 1 umowa ubezpieczenia mogła być zawarta wyłącznie na okres ubezpieczenia 15, 20, 25 albo 30 lat polisy. Długość okresu ubezpieczenia, na jaki może zostać zawarta dana umowa, zależała od wieku ubezpieczonego na dzień podpisania wniosku o zawarcie umowy z zastrzeżeniem, że koniec okresu ubezpieczenia nie może być dniem późniejszym niż dzień bezpośrednio poprzedzający dzień ukończenia przez ubezpieczonego 75 roku życia.

Zgodnie z §10 ust.1 pkt.2 o.w.u. umowa ulegała rozwiązaniu na skutek rozwiązania umowy przez ubezpieczającego z dniem doręczenia do siedziby ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia ubezpieczającego o rozwiązaniu umowy. W przypadku rozwiązania umowy, ubezpieczyciel był zobowiązany dokonać wypłaty kwoty świadczenia wykupu zgodnie z zasadami świadczenia wykupu określonymi w § 23. Zgodnie natomiast z §23 ust.1 o.w.u. ubezpieczający od drugiej rocznicy polisy miał prawo wystąpić do ubezpieczyciela o wypłatę wartości wykupu pod warunkiem, że uiścił wszystkie składki wymagane do dnia złożenia wniosku. Wysokość świadczenia wykupu na dany dzień była równa wartości części wolnej rachunku oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku wskazanego w ust. 15 załącznika nr 1 do o.w.u. Procent części bazowej rachunku wypłacany ubezpieczonemu w związku z całkowitą lub częściową wypłatą świadczenia wykupu wynosił: 0 % w pierwszym i drugim roku ubezpieczenia, od 20 do 70 % w okresie od trzeciego do ósmego roku ubezpieczenia oraz 79, 82,84,87,90,93,i 96 % począwszy od dziesiątego do piętnastego roku ubezpieczenia.

Zgodnie z § 24 o.w.u. z tytułu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczyciel pobiera następujące opłaty: opłatę wstępną, opłatę za udzielenie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, opłatę za ryzyko, opłatę administracyjną, opłatę za zarządzanie aktywami rachunku jednostek funduszy, opłatę za zarządzanie aktywami portfeli modelowych, opłatę operacyjną oraz inne opłaty z tytułu dodatkowych usług oferowanych przez ubezpieczyciela związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi określone szczegółowo w regulaminach.

Powód złożył wniosek o całkowitą wypłatę świadczenia wykupu, co skutkowało rozwiązaniem umowy z dniem 29 czerwca 2018 r. Suma składek wpłaconych przez powoda w okresie obowiązywania umowy zamknęła się w kwocie 21888,50 zł. Wartość części bazowej rachunku wynosiła 16932,08 zł zaś wartość części wolnej rachunku 3439,57 zł. Wysokość świadczenia wykupu wypłaconego powodowi wynosiła 16815,92 zł

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie następujących dowodów:

dokumentu ubezpieczenia na życie k.9, rozliczenia z tytułu umowy k. 13, wezwania do zapłaty z 24 sierpnia 2018 r., ogólnych warunków ubezpieczenia k. 17 - 22, wniosku o zawarcie umowy k. 36 - 37, postanowienia szczególnego do ogólnych warunków ubezpieczenia k. 38

II. **Ocena prawna.**

Powództwo jest zasadne i zasługuje na uwzględnienie.

Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy do kategorii umów nienazwanych. Umowa tego rodzaju łączy w sobie elementy klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie oraz postanowienia charakterystyczne dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału.

Umowa zawarta między powodem a pozwaną spółką miała na celu ubezpieczenie życia powoda i inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłaconych z tytułu umowy w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych

w okresie, na jaki umowa została zawarta; celem umowy nie była realizacja zysków w krótkim horyzoncie czasowym (§ 3 ust. 1 o.w.u.).

Zasadniczy cel społeczno - gospodarczy umowy ubezpieczenia na życie stanowi uzyskanie ochrony na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej lub też dożycia przez nią określonego wieku. Główne świadczenia stron przy klasycznej umowie ubezpieczenia stanowią zapłata składki przez ubezpieczonego oraz dokonanie wypłaty przez ubezpieczyciela w razie zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych. W umowie ubezpieczenia połączonej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym występuje ponadto opcja gromadzenia przez ubezpieczającego środków w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych. Głównym świadczeniem ubezpieczyciela jest zarządzanie środkami finansowymi zgromadzonymi w funduszu kapitałowym na zlecenie osoby ubezpieczonej; natomiast głównym świadczeniem ubezpieczającego jest uiszczenie opłaty za zarządzanie.

Zgodnie § 4 ust. 3 o.w.u., jeżeli nie doszło do zdarzeń ubezpieczeniowych skutkujących wypłatą przez pozwaną świadczeń z tytułu dożycia i świadczeń z tytułu zgonu, ani też ubezpieczający nie odstąpił od umowy, ubezpieczyciel był zobowiązany wypłacić ubezpieczającemu „świadczenie wykupu” w wysokości kwoty nie wyższej niż kwota odpowiadająca wartości części wolnej rachunku, powiększonej o określony procent wartości części bazowej rachunku, wymieniony w ust. 15 załącznika nr 1 do o.w.u.

Postanowienia umowne dotyczące tego rodzaju świadczenia - w ocenie Sądu - nie należą do kategorii postanowień określających główne świadczenia stron umowy w rozumieniu art. 385¹ §1 k.c. To pojęcie należy wyklądać wąsko, jako obejmujące klauzule wprost odnoszące się do obowiązku głównego realizowanego w ramach umowy zaś wszelkie wątpliwości należy rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną. Zbyt szeroka interpretacja tego pojęcia skutkowałaby ograniczeniem ochrony strony umowy, albowiem istotnie zmniejszałaby możliwość kontroli postanowień umownych pod kątem abuzywności. (OSN z 6 stycznia 2005 r., III CZP 76/04, (...) Lex, OSN z 29 czerwca 2007 r., III CZP 62/07, (...) Lex)

Klasyfikacja świadczenia jako głównego lub ubocznego wymaga analizy stosunku prawnego powstałego na skutek zawarcia umowy oraz społeczno - gospodarczego celu umowy.

Przypomnieć tutaj należy, że zasadniczym celem stosunku prawnego wynikającego z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, nie było ubezpieczenie określonego rodzaju ryzyk osobowych lub majątkowych, lecz lokowanie powierzonych środków i osiąganie zysku z takiego inwestowania. Umowa ubezpieczenia jako taka jest tylko środkiem technicznym i prawnym do osiągnięcia celów ekonomicznych odmiennych niż związane z samym ubezpieczeniem. (zob. K. Michalak, P. Staszczuk: Konkretna kontrola abuzywności klauzuli wartości wykupu w umowach polisokat, „Przegląd Sądowy” 2016 r., nr 10, s. 114 - 122).

Mając na względzie powyższe stwierdzić należy, że główne świadczenie ubezpieczyciela - w tego rodzaju umowie - stanowi zarządzanie środkami finansowymi zgromadzonymi w funduszu kapitałowym na zlecenie osoby ubezpieczonej oraz dokonanie wypłaty sumy ubezpieczenia w razie zajścia zdarzeń objętych ryzykiem ubezpieczeniowym. Z kolei główne świadczenie ubezpieczającego stanowi uiszczenie opłaty za zarządzanie oraz zapłata składki, która pełniła zarówno funkcję typowej składki w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu, jak również miała charakter inwestycji.

W tym stanie rzeczy, postanowieniami dotyczącymi głównych świadczeń stron przedmiotowej umowy są tylko i wyłącznie takie, które bezpośrednio dotyczą zarządzania środkami finansowymi, świadczeń wypłacanych w razie zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych oraz składki i opłaty za zarządzanie. Natomiast postanowienia dotyczące obliczania wysokości opłaty od wykupu (poprzednio opłaty likwidacyjnej), w przypadku rozwiązania umowy przed upływem okresu czasu, na który została zawarta, nie należą do tej kategorii, albowiem dotyczą świadczeń pobocznych i pośrednio jedynie są związane z głównym przedmiotem umowy. W pojęciu świadczenia głównego mieszczą się natomiast jedynie podstawowe świadczenia przewidziane w ramach danej umowy zaś inne warunki mają jedynie charakter posiłkowy.

Świadczenie wykupu nie odnosi się i nie dotyczy głównych obowiązków stron umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Przedmiotowe świadczenie faktycznie stanowi sposób rozliczenia środków finansowych wpłaconych przez ubezpieczonego przewidziany w razie rozwiązania umowy przed upływem okresu jej obowiązywania. Świadczenie wykupu bowiem to nic innego jak wartość aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Ta wartość jest niemożliwa do ustalenia w chwili zawarcia tego rodzaju umowy, jest określana na bieżąco w trakcie trwania ubezpieczenia i podlega zmianie tak, jak zmienia się wycena nabytych aktywów. O wartości wykupu decyduje koniunktura na rynkach finansowych, a nie gwarantowana stopa techniczna. Ze względu na swoją nieokreśloność wartość wykupu nie jest możliwa do objęcia konsensusiem stron i z tego względu nie może stanowić przedmiotu świadczenia. (artykuł Wojciecha Kamieńskiego z Departamentu Ochrony Interesów Konsumentów i Krzysztofa Lehmana z Delegatury w Bydgoszczy, który ukazał się 19 maja 2015 r. w Dzienniku Gazecie Prawnej oraz Wojciech Kamieński - Główne świadczenia stron umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym - Rozprawy Ubezpieczeniowe nr 17 (2/2014), <https://rf.gov.pl/>). Okoliczność, że zakład ubezpieczeń stosownie do art. 13 ust. 4 pkt 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej był obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia, nie przesądza o tym, że świadczenie nazwane przez ubezpieczyciela „świadczeniem wykupu” jest świadczeniem głównym. Podobnie, samo określenie świadczenia jako głównego przez autora wzorca umownego, a więc przez przedsiębiorcę zawierającego z konsumentem umowę ubezpieczenia, nie może stanowić wystarczającego kryterium do takiego właśnie kwalifikowania tego świadczenia. Ubezpieczyciel, przy przyjęciu takiego stanowiska, mógłby swobodnie, według swojego uznania, tak formułować postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, aby wykluczyć ich kontrolę jako postanowień abuzywnych. Z tych też względów zapis zawarty w ogólnych warunkach umowy definiujący świadczenie wykupu jako jedno z głównych świadczeń nie skutkuje automatycznym przyznaniem mu tej cechy.

Nie ma zatem żadnych przeszkód prawnych, aby postanowienie umowy dotyczące tego rodzaju świadczenia zostało poddane kontroli w trybie art. 385¹ § 1 k.c.

Zgodnie z art. 358¹ k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem, które nie zostały z nim indywidualnie uzgodnione nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Nie dotyczy to jedynie postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Nie ulega wątpliwości, że w przedmiotowej sprawie została spełniona pierwsza z wymienionych przesłanek uznania postanowienia umownego za niedozwolone. Zakwestionowane postanowienia o.w.u. nie były uzgadniane indywidualnie z powodem jako konsumentem. Powód nie miała rzeczywistego wpływu na treść tych postanowień, albowiem zostały one umieszczone w gotowym wzorze o.w.u., który nie podlegał negocjacji. Skoro zaś postanowienia umowne stanowią postanowienia wzorca umownego, to dotyczy je domniemanie, że nie zostały uzgodnione indywidualnie. Tego zaś domniemania pozwany nie zdołał wzruszyć, albowiem nie udowodnił, że postanowienia umowne zostały indywidualnie uzgodnione z konsumentem.

Z kolei druga (sprzeczność z dobrymi obyczajami) i trzecia (rażące naruszenie interesów konsumenta) z przesłanek uznania postanowienia umownego za niedozwolone muszą zachodzić równocześnie. Dobre obyczaje stanowią pewien powtarzalny wzorzec zachowań, który jest aprobowany przez daną społeczność lub grupę. Są to pozaprawne normy postępowania, którymi przedsiębiorcy powinni się kierować. Ich treści nie da się określić w sposób wyczerpujący, ponieważ kształtowane są przez ludzkie postawy uwarunkowane zarówno przyjmowanymi wartościami moralnymi, jak i celami ekonomicznymi i związanymi z tym praktykami życia gospodarczego. W szczególności dobre obyczaje to normy postępowania polecające nienadużywanie w stosunku do słabszego uczestnika obrotu posiadanej przewagi ekonomicznej. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami są zatem uważane działania wykorzystujące niewiedzę, brak doświadczenia konsumenta, naruszenie równorzędności stron umowy, działania zmierzające do dezinformacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności. Chodzi więc o działania

potoczenie określane jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające in minus od przyjętych standardów postępowania. 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. (OSA w W. z 27 stycznia 2011 r VI ACa 771/10 LEX nr 8243347, OSA w W. z dnia 9 maja 2013 r VI ACa 1433/12 LEX nr 1335769). Również uchybienie zasadzie transparentności wzorca umożliwia uznanie konkretnego postanowienia wzorca za niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 kc (OSN z dnia 22 kwietnia 2015 r I CSK 720/14).

Strona pozwana jako ubezpieczyciel - profesjonalista była zobowiązana do zagwarantowania pewności i przejrzystości stosunku prawnego, jaki łączył ją z powodem (konsumentem). Strona pozwana wprowadzając wzorzec umowy do obrotu z konsumentami powinna go zredagować w taki sposób, aby był w pełni zrozumiały dla powoda i nie budzący wątpliwości, a świadczenia na rzecz powoda powinny być określone wyraźnie i jasno. Powód, po lekturze umowy i o.w.u., powinien wiedzieć, jakich dodatkowych świadczeń będzie od niej wymagała strona pozwana i bez trudu obliczyć wysokość tych świadczeń.

W ocenie Sądu postanowienia §4 ust. 3 oraz § 23 ust. 5 o.w.u dotyczące świadczenia wykupu i określające wysokość tego świadczenia oraz sposób jego obliczenia, nie spełniają wymogu jasności, transparentności i są niezrozumiałe.

Definicja i sposób obliczenia wysokości świadczenia wykupu określone w przywołanych postanowieniach umownych są niejasne ze względu na liczne odesłania do innych skomplikowanych pojęć takich jak „wartości części wolnej rachunku”, „wartości części bazowej rachunku” oraz do załącznika do o.w.u. Tak liczne odesłania skutkują niemożnością wyliczenia wysokości tego świadczenia, tym bardziej, że klient - w dacie zawierania umowy - nie zna wartości części bazowej czy części wolnej rachunku. Są to pojęcia abstrakcyjne i nie można nawet zakładać jaką mogą one przyjąć wartość po upływie kilku lat. Same definicje tych pojęć są zresztą skomplikowane i wcale nie wyjaśniają w sposób jednoznaczny i zrozumiały sensu tych sformułowań. Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 33 o.w.u. „wartość części bazowej rachunku - to stanowiąca część bazową rachunku wartość środków zapisanych w danym dniu na rachunku jednostek funduszy, obliczona jako liczba jednostek funduszy pomnożona przez właściwe ceny jednostek funduszy, powiększona o wartość gotówki”. Przywołana definicja zawiera zatem odwołania do kolejnych pojęć takich jak „jednostki funduszu”, „ część bazowa rachunku”, „ rachunek jednostek funduszy”, co dodatkowo zaciemnia jej znaczenie. Zgodnie zaś z dalszymi definicjami zawartymi w § 2 o.w.u. „część bazowa rachunku - to część środków zapisanych na rachunku jednostek funduszy pochodzących ze składki regularnej należnej za okres bazowy”, zaś „jednostki funduszu - to części ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego stanowiące proporcjonalny udział w jego aktywach netto”, natomiast „rachunek jednostek funduszy- to wyodrębniony dla danej umowy rejestr środków prowadzony przez ubezpieczyciela, na którym zapisywana jest wartość środków stanowiących podstawę dla ustalenia wysokości świadczeń wynikających z umowy, wyrażony poprzez jednostki funduszy lub w przypadkach określonych w o.w.u. bezpośrednio w gotówce, którego aktualna wartość ustalana jest w oparciu o ceny jednostek funduszy. W ramach rachunku jednostek funduszy wyróżnia się część bazową oraz część wolną”. Z kolei pojęcie okres bazowy do którego odsyła definicja części bazowej rachunku - to „okres pierwszych siedmiu lat polisy, z zastrzeżeniem § 15 ust. 6”. Podobnie zdefiniowanej jest pojęcie „wartości części wolnej rachunku”.

W ocenie Sądu przywołane definicje zamiast wyjaśniać poszczególne pojęcia, czynią je coraz bardziej niezrozumiałymi przez odesłania do kolejnych definicji. Przywołane definicje nie stanowią żadnego wyjaśnienia dla konsumenta zawierającego umowę i wcale nie stają się pomocne przy ustaleniu wysokości „ świadczenia wykupu”, a wręcz przeciwnie czynią owe świadczenie w zasadzie niemożliwym do wyliczenia. Ponadto dla strony zawierającej umowę nie jest wiadome jakie kwoty kryją się pod pojęciem „części środków zapisanych na rachunku jednostek funduszy” (definicja pojęcia części bazowej rachunku), skoro części te nie zostały określone ani kwotowo ani procentowo. W ocenie Sądu jest niemożliwym, aby klient na podstawie przywołanych definicji, był w stanie, już w momencie podpisywania umowy, ustalić jaką kwotę uzyska w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy. Nie można zatem przyjąć, aby powód, już w dacie zawarcia umowy, miał świadomość jakie koszty pociągnie za sobą wcześniejsze rozwiązanie umowy. Jest to zaś okoliczność o istotnym znaczeniu, albowiem istota świadczenia wykupu polega na tym, że w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy, powód nie otrzymywał kwoty zgromadzonej

na swoim rachunku, ale musiał zapłacić za spieniężenie jednostek funduszy znajdujących się na jego rachunku. Ubezpieczony nie otrzymywał nadto równowartości tych funduszy, ale tylko ich część, albowiem strona pozwana zatrzymywała dla siebie określony procent tej kwoty.

W ocenie Sądu, niejasno i niezrozumiale zredagowane postanowienia o.w.u., uniemożliwiły powodowi zorientowanie się co do konsekwencji rozwiązania umowy przez upływem terminu jej obowiązywania; w szczególności zaś wysokości środków zatrzymywanych przez pozwaną. Ma to istotne znaczenia dla przedmiotowej sprawy, albowiem na etapie zawierania umów kwestia dodatkowych obowiązków, kosztów związanych z jej rozwiązaniem, zazwyczaj nie leży w sferze przewidywań i znaczącego zainteresowania konsumenta. O.w.u. powinny być sformułowane w sposób jasny i jednoznaczny, co tyczy w szczególności tych postanowień, które przewidują obciążenie konsumenta opłatami i nakładają na niego obowiązki.

Jak była mowa powyżej sprzeczne z dobrymi obyczajami są uznawane te postanowienia umów, które kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób nie pozwalający na realizację takich wartości jak: uczciwość, rzetelność, fachowość, w tym takie, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku prawnego, nierównomiernie rozkładają między nimi uprawnienia i obowiązki, powodując istotną i nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków kontraktowych na niekorzyść konsumenta, przy czym dla uznania ich za niedozwolone muszą one rażąco naruszać interes majątkowy, osobisty konsumenta (por.: por. A. Olejniczak „Kodeks cywilny. Komentarz”, wyrok SN z dnia 13 lipca 2005 r I CK 832/2004 Pr. Bankowe 2006/3, wyrok SN z dnia 3 lutego 2006 I CK 297/2005 Wokanda 2006/7-8).

Interesy konsumenta należy rozumieć szeroko, nie tylko jako interes ekonomiczny, ale też każdy inny, chociażby niewymierny. Przy określeniu stopnia naruszenia interesów konsumenta należy stosować nie tylko kryteria obiektywne, jak wielkość poniesionych czy groźących strat, lecz również względy subiektywne. Jeżeli chodzi o rażące naruszenie interesów konsumenta to przyjmuje się, że występuje ono wówczas, jeżeli postanowienie umowne poważnie, znacząco odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron.

W przedmiotowej sprawie naruszenie interesów konsumenta przejawiało się przede wszystkim w sferze ekonomicznej. Strona pozwana przez wprowadzenie instytucji świadczenia wykupu faktycznie zatrzymała część środków zgromadzonych przez powoda, co spowodowało realne uszczuplenie jego majątku i straty finansowe. Zważyć zaś należy, że strona pozwana kilka lat obracała środkami finansowymi powoda zaś on sam nie otrzymał nie otrzymał z tego tytułu żadnego wynagrodzenia, ani nawet kwoty nominalnej, a wręcz dopłacił stronie pozwanej za dysponowanie jego środkami.

Regulacja § 24 pkt 1 o.w.u. przewiduje osiem różnych opłat pobieranych przez przedsiębiorcę za zarządzanie środkami konsumenta. W ocenie Sądu nie znajduje uzasadnienia postanowienie umowne, pozwalające na obciążanie powoda kolejnymi, dodatkowymi opłatami ze środków zgromadzonych przez niego w celu oszczędzania i inwestowania, bez dokładnego wyjaśnienia rzeczywistej przyczyny ich uiszczania w konkretnej wysokości. Zapis zawarty w § 10 ust. 5 o.w.u., że „w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy na skutek zdarzeń, o których mowa w ust. 1 pkt 2, 3 i 6, wypłacana wysokość świadczenia wykupu w zakresie części bazowej rachunku uwzględnia jej pomniejszenie o koszty poniesione przez ubezpieczyciela, związane z dystrybucją i zawarciem umowy oraz o koszty związane z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, które w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy nie będą mogły zostać pokryte z opłat określonych w § 24 ust. 1, jakie byłyby pobierane przez ubezpieczyciela w trakcie całego okresu, na jaki umowa została zawarta”, tylko pozornie definiuje te należności, natomiast w żadnym innym postanowieniu umów i ogólnych warunków ubezpieczenia nie zostało jednoznacznie wyjaśnione, jak kształtują się te koszty. Pozwany z góry założył pomniejszenie kwoty wypłacanej tytułem wykupu w stosunku do wartości inwestycji, przy jednoczesnym braku możliwości weryfikacji przez konsumenta, czy istotnie - i w jakim stopniu - wartość środków zatrzymanych przez ubezpieczyciela, zrelatywizowana ułamkowo wyłącznie do wartości środków zgromadzonych przez konsumenta w czasie obowiązywania umowy, pozostaje w realnym związku z faktycznie poniesionymi przez ubezpieczyciela kosztami danej umowy. Samo odwołanie się przez stronę pozwaną w § 10 ust. 5 o.w.u. do kosztów łączących się z dystrybucją i zawarciem umowy oraz prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą nie precyzuje funkcji i mechanizmu ich ustalania natomiast określenie

w umowie ubezpieczenia „zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego” stanowiło obowiązek ubezpieczyciela, wymieniony wprost w przepisie art. 13 ust. 4 pkt 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, obowiązującej w dacie zawierania umowy przez strony. Jest to okoliczność o dużym znaczeniu dla oceny niedozwolonego charakteru postanowień umownych w świetle art. 385¹ § 1 k.c., albowiem aspekt informacyjny pełni doniosłą funkcję z uwagi na nadal niższy poziom wiedzy i świadomości prawnej konsumentów jako słabszej w stosunku do profesjonalnego kontrahenta strony stosunku zobowiązaniowego. Wyjaśnienie konsumentowi w postanowieniach ogólnych warunków umów sposobu wyliczania świadczenia wykupu pozwoliłoby ubezpieczającemu realnie poznać wszystkie aspekty proponowanej przez pośrednika umowy ubezpieczenia i ocenić, czy zawarcie umowy jest dla niego rzeczywiście korzystne, z uwzględnieniem całokształtu okoliczności, które mogą nastąpić w przyszłości bądź skłonić go do ewentualnego wcześniejszego rozwiązania tej umowy (uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13, OSNC 2014/10/103). Ponadto za chybioną należy uznać argumentację strony pozwanej, że zatrzymanie wysokiej części składek w pierwszych latach obowiązywania umowy powinno pokrywać poniesione już wcześniej przez ubezpieczyciela koszty akwizycji (prowizji pośrednika). Pomijając fakt, iż z ogólnych warunków umów ani innych dokumentów nie wynika, aby pomniejszenie świadczenia wykupu miało na celu skompensowanie stronie pozwanej kosztów przygotowania umów, należy wskazać, że koszty łączące się z działalnością marketingową i aktywnym poszukiwaniem klientów nie są kosztami ponoszonymi bezpośrednio w związku z umową i nie mogą być traktowane jako ekwiwalentny składnik świadczeń ubezpieczającego. Dążenie strony pozwanej do zapewnienia sobie zysków i zredukowania możliwości negatywnej oceny oferty ubezpieczyciela przez jego klientów nie może prowadzić do obciążania tymi czynnikami wyłącznie drugiej strony umowy. Należy zauważyć, że podzielenie stanowiska, że obrocie z konsumentami nie jest wymagane określanie, na co są przeznaczane kwoty płacone przedsiębiorcom, mogłoby skutkować sytuacją, w której wszelkie koszty działalności ubezpieczyciela ponosi jego klient, niemający wpływu na tę działalność ani na strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa, które winno być rentowne nie kosztem konsumenta, ale poprzez własne racjonalne postępowanie.

Kwota zatrzymywana przez pozwanego stanowi świadczenie obciążające konsumenta za bliżej nie określone czynności pozwanego i jest pobierana w razie wypowiedzenia przez ubezpieczonego umowy. W ocenie Sądu jest to swoistego rodzaju sankcja dla ubezpieczonego za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami.

Jak wskazał Sąd Najwyższy przedsiębiorca może stosować postanowienia wzorca umownego określające zasady odpowiedzialności finansowej konsumenta w przypadku wcześniejszego wypowiedzenia umowy, ale zasady tej odpowiedzialności muszą pozostawać w związku z kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy (OSN- Izba Pracy, (...)) i Spraw Publicznych z 19 marca 2007 r. III SK 21/06, OSNP 2008/11-12/181). Uzasadnieniem prawnym dla pobieranych opłat nie może być tylko to, że wypłaty takie powodują powstanie kosztów po stronie instytucji gdy koszty te nie zostały odpowiednio skalkulowane. Zasady odpowiedzialności konsumenta za wcześniejsze rozwiązanie umowy muszą pozostawać w związku z rzeczywistymi kosztami i ryzykiem ponoszonym przez przedsiębiorcę. Również wynagrodzenie pozwanego winno pozostawać w proporcji do zapewnianych przez niego świadczeń w zakresie pomnażania deponowanego kapitału. (OSA w W. z 6 września 2012 r., VI ACa 458/12, LEX nr 1240299) Wzorec umowy przewidujący, że w razie rezygnacji przez ubezpieczonego z kontynuowania umowy ubezpieczenia traci on dużą część zgromadzonych środków, bezsprzecznie narusza dobre obyczaje, albowiem sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela dużej części środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Zapis taki rażąco narusza interes konsumenta albowiem prowadzi do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas, gdy ten ostatni zgromadzi na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości. (OSA w W. z 14 maja 2010 r., sygn. akt: VI ACa 1175/09). Postanowienie ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przewidujące, że w razie wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego przed upływem 10 lat od daty zawarcia umowy, ubezpieczyciel pobiera opłatę likwidacyjną powodującą utratę wszystkich lub znacznej części zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego środków finansowych, rażąco narusza interesy konsumenta i stanowi niedozwolone postanowienie umowne w świetle art. 385¹ zdanie pierwsze k.c.” Tzw. opłaty likwidacyjne muszą bowiem pozostawać

w realnym związku z kosztami, jakie faktycznie ponosi ubezpieczyciel w związku z umową ubezpieczenia. Natomiast nie jest dopuszczalnym zastrzeżenie wysokich i niewspółmiernych opłat likwidacyjnych jako swoistej sankcji za przedterminowe wypowiedzenie umowy. (OSN z 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13, LEX nr 1413038) Na równi z opłatami likwidacyjnymi traktować należy obniżenie tzw. świadczenia wykupu. (T. P., obciążenie konsumenta tzw. opłatą likwidacyjną lub obniżenie tzw. świadczenia wykupu jako niedozwolone postanowienia umowne, wyrok Sądu Okręgowego w Nowym Sączu z dnia 12.06.2014r, III Ca 239/14 niepubl., wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 20 marca 2014 r., II Ca 1501/13 niepubl., Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 kwietnia 2013 r., VI ACa 1324/12, LEX nr 1331146, wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 12 lutego 2013 r., V Ca 3013/12, niepubl., wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6 września 2012 r., VI ACa 458/12, LEX nr 1240299, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26 czerwca 2012 r., VI ACa 87/12, LEX nr 1220721, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 14 maja 2010 r., VI ACa 1175/09, LEX nr 694224)

Wskazać w tym miejscu również należy, że w rejestrze klauzul niedozwolonych figurują postanowienia wzorców umownych dotyczące opłat likwidacyjnych, o które pomniejszono kwotę wykupu w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (wyroki Sądu Okręgowego w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów sygn. XVII AmC 1704/09, XVII AmC 1941/11, XVII AmC 3669/10, pozycja 3834 w rejestrze, a także wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów sygn. XVII AmC 974/11, pozycja 4633 w rejestrze). Konsekwencją wyroków Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w W. oraz odwołujących się do nich wyroków sądów powszechnych, uznających opłatę likwidacyjną za niedozwolone postanowienia umowy, była zmiana sposobu pobrania tej opłaty. W miejsce opłaty likwidacyjnej pojawiło się adekwatne umniejszenie kwoty wykupu. Prowadzi to do efektu identycznego z pobraniem opłaty likwidacyjnej. W ocenie Sądu, pozwany ubezpieczyciel jako profesjonalista na rynku ubezpieczeń musiał zdawać sobie sprawę z tego, że takie a nie inne skonstruowanie umów ubezpieczeń w sposób niedopuszczalny kształtuje jego świadczenie, zastrzega korzyści jedynie dla ubezpieczyciela, ukrywa metodę ustalenia wartości świadczenia wykupu pod skomplikowane brzmiącymi tautologiami, która zaniża wysokość tego świadczenia celem pobrania dodatkowej niczym nie uzasadnionej opłaty stanowiącej zysk ubezpieczyciela. Rejestr klauzul niedozwolonych jest jawny, zaś pozwany ubezpieczyciel powinien był wiedzieć, konstruując swoje produkty, że zawiera w nich niedozwoloną klauzulę dotyczącą opłaty likwidacyjnej, stosując jedynie inną nazwę i inny sposób wyliczenia ukrytej opłaty. Cel opłaty likwidacyjnej oraz znaczne, niczym nieuzasadnione pomniejszenie kwoty wykupu mają w rzeczywistości ten sam celosiągnięcia przez pozwaną dodatkowego zysku. Brak jest tym samym podstaw do różnicowania sytuacji prawnej i ekonomicznej związanej z wykupem dokonywanym przez konsumentów, którzy zawarli umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w zależności od tego, jaką koncepcję zatrzymania środków zastosowano w przypadku ich konkretnej umowy.

Dodać należy, że niedozwolone postanowienie umowne nie wiąże konsumenta od samego początku zawarcia umowy. Nie istnieje możliwość jego naprawienia w czasie obowiązywania umowy. Niewątpliwie nie doprowadziła do tego decyzja Prezesa UOKiK, na którą powołuje się pozwana. Organ nie jest bowiem uprawniony do zmiany treści umowy. Wskazana decyzja została wydana po przeprowadzeniu postępowania w sprawie podejrzenia stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, w którym doszło do zawarcia porozumienia m.in. z pozwanym, zmierzającego do usunięcia zarzucanego mu naruszania tych interesów. Kwestia porozumienia ubezpieczycieli z Prezesem UOKiK nie kończy jednak problemu abuzywności klauzul umownych. Na podstawie porozumienia ubezpieczyciele zobowiązali się poinformować ubezpieczonych o możliwości podpisania aneksów oraz o tym, że zawarcie aneksu do umowy nie może być interpretowane jako wyłączające ani ograniczające uprawnienia klienta do dochodzenia roszczeń dotyczących wysokości pobieranych opłat w przypadku całkowitego lub częściowego wykupu polisy, na drodze cywilnoprawnej. Wydanie decyzji w wyniku zawartego z daną spółką porozumienia nie wyłącza zatem abuzywności postanowień umownych. Organ nie jest bowiem uprawniony do zmiany treści umowy, a niedozwolone postanowienia umowne są bezskuteczne w stosunku do konsumenta od początku zawarcia umowy. Zobowiązanie nałożone na poszczególne spółki decyzją Prezesa UOKiK w wyniku zawartego porozumienia nie może mieć wpływu na ocenę pierwotnych postanowień umowy. Stan naruszenia interesów konsumenta istnieje nadal, albowiem nadal istnieje nierównowaga kontraktowa i nadmierne obciążenie konsumenta kosztami związanymi z

wcześniejszym wypowiedzeniem umowy. Celem aneksów zawieranych z konsumentami przez ubezpieczycieli jest jedynie zobowiązanie do niekorzystania z postanowień o.w.u, które są abuzywne, a nie ich zmiana. Sama zasada obciążenia konsumenta opłatą pozostaje bez zmian..

W ocenie Sądu postanowienia o.w.u. dotyczące świadczenia wykupu z umowy łączącej strony niniejszego procesu, kształtuje prawa i obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumenta. Powtórzyć należy, że choć strona pozwana w ogólnych warunkach umów nie posługuje się pojęciami opłaty likwidacyjnej ani kary umownej, to postanowienia przewidujące, że konsumentowi jako ubezpieczonemu przysługuje zwrot ulokowanych środków pieniężnych w wysokości zaledwie ich ułamka ustalonego osobno dla każdego roku polisowego, są równoznaczne w skutkach z zastrzeżeniem opłaty likwidacyjnej. Rozstrzygającego znaczenia nie mają w tym przypadku postanowienia § 10 ust. 5 in fine o.w.u. stosowanych przez pozwaną, że „wyplacając 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”, albowiem ten zapis stanowi w istocie negację rzeczywistej treści postanowień umowy, a jednocześnie wprowadza w błąd konsumenta sugerując, iż przedterminowe rozwiązanie umowy nie wiąże się dla niego z poważniejszymi negatywnymi konsekwencjami. W okolicznościach niniejszej sprawy zamienne się posługiwanie się przez powoda terminami „opłaty likwidacyjnej” czy „opłaty na wypadek rozwiązania umowy” na określenie procentu, o jaki świadczenie ubezpieczającego zostaje pomniejszone przez ubezpieczyciela. Wysokość tego rodzaju opłat powinna być uzależniona jedynie od kosztów, jakie ponosi ubezpieczyciel w związku z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia i wykupem jednostek uczestnictwa, albowiem „przedsiębiorca może stosować postanowienia wzorca umownego określające zasady odpowiedzialności finansowej konsumenta w przypadku wcześniejszego wypowiedzenia umowy, ale zasady tej odpowiedzialności muszą pozostawać w związku z kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy” (OSN z 19 marca 2007 r., III SK 21/06, OSNP 2008/11-12/181).

Podkreślić nadto należy, że nawet uznanie świadczenia wykupu za świadczenie główne nie oznacza niedopuszczalności badania pod kątem niedozwolonego postanowienia umownego, samego pomniejszenia jego wysokości w zakresie określonego procentu wartości części bazowej rachunku wskazanego w odpowiedniej tabeli ust. 15 załącznika nr 1 do OWU właściwej dla wysokości składki regularnej w skali roku aktualnej na dzień zawarcia umowy (§ 23 ust. 5 OWU). Czym innym jest ustalenie wysokości świadczenia wykupu, a czym innym samo już tylko obciążenie konsumenta określonymi kosztami, pomniejszającymi wartość świadczenia. Możliwość pomniejszenia należnej ubezpieczającemu kwoty w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy o określony procent zmierza jedynie do zrekompensowania ubezpieczycielowi kosztów, a zatem 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 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. Tych kosztów nie można utożsamiać z opłatami, do pobrania których ubezpieczyciel był uprawniony na podstawie łączącej strony umowy (opłaty wstępnej, opłaty administracyjnej, opłaty za zarządzanie, opłaty operacyjnej, opłaty za ryzyko).

Z treści art. 385¹ § 1 i 2 k.c. wynika, że postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne), przy czym strony są związane umową w pozostałym zakresie. Zatem skutkiem zastosowania w umowie lub wzorcu klauzuli niedozwolonej jest brak mocy wiążącej tego postanowienia, przy zachowaniu skuteczności innych części umowy lub wzorca. Brak mocy wiążącej dotyczy w całości klauzuli niedozwolonej, nie jest więc dopuszczalne uznanie, że jest ona skuteczna w zakresie, w jakim nie naruszałaby kryterium określonego w przepisie art. 385¹ § 1 k.c. Strona pozwana jako podmiot profesjonalny i mający wyłączny wpływ na treść ukształtowanego wzorca winna była zadbać o takie jego sformułowania, aby nie narazić się na zarzut sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażące naruszenie interesów konsumenta. Skoro zaś tego nie uczyniła,

nie może obecnie powoływać się na poniesione przez siebie koszty. 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. Brak jest zatem jakichkolwiek podstaw do pomniejszenia świadczenia powoda o wysokość kosztów rzeczywiście poniesionych przez stronę pozwaną, której to zresztą okoliczności pozwana nie udowodniła.

W odniesieniu natomiast do argumentów podniesionych przez stronę pozwaną dotyczących świadczenia z tytułu tzw. dodatkowej alokacji, podnieść należy, że z przedłożonych dokumentów nie wynika czy i kiedy taka kwota została dopisana do rachunku powoda. Strona pozwana na tę okoliczność przedłożył wyłącznie wyciąg z ogólnych warunków ubezpieczenia, który to dokument nie stanowi dowodu dopisania takiej kwoty do rachunku klienta. Podnieść nadto należy, że świadczenie stanowiące dodatkową alokację było spełnione dobrowolnie i z przeznaczeniem na inwestycje. Tym samym nie sposób twierdzić na podstawie przedłożonych dokumentów, czy i w jakim stopniu dodatkowa alokacja przełożyła się ostatecznie na wysokość środków na rachunku powoda. Podnieść należy nadto, że dodatkowa alokacja miała pozytywny wpływ na wysokość opłaty za zarządzanie i opłaty od wykupu ustalanych procentowo od wartości polisy i pobieranych przez stronę pozwaną. Skorzystanie przez powoda z korzystnych dla niego rozwiązań prawnych przewidzianych w o.w.u. nie może zostać potraktowane jako nadużycie prawa podmiotowego. W ocenie Sądu, w sytuacji, gdy postanowienia umowy dotyczące rozliczeń stron po rozwiązaniu umowy stanowią klauzule abuzywne, a wcześniej pozwany pobrał od konsumenta należności z tytułu ośmiu opłat przez okres 8 lat obowiązywania umowy; w szczególności opłaty administracyjnej, za ryzyko, za zarządzanie, opłatę wstępną, domaganie się zwrotu należności z tytułu dodatkowej alokacji jest sprzeczne z zasadami współzycia społecznego, w szczególności zasadą uczciwości i lojalności i jako takie nie zasługuje na ochronę. Porównując wysokość tego świadczenia ubezpieczyciela do kwoty składek uiszczonych przez powoda i wypłaconej powodowi kwoty, nie można przyjąć, że wypłata części świadczenia wykupu w zakresie tej kwoty narusza art. 5 k.c. Nie jest to też w żadnym przypadku bezpodstawne wzbogacenie powoda, skoro ma ono oparcie w umowie stron. Koszty przyznania premii, dodatkowego świadczenia wpisują się w ryzyko gospodarcze przedsiębiorcy i obciążają profesjonalistę. Nadto, postanowienia w zakresie owej dodatkowej alokacji zostały zawarte w o.w.u. stanowiących wzorzec umowy jednostronnie przygotowany przez pozwanego, który nie podlegał negocjacji i na którego treść powód nie miał żadnego wpływu. Zaznaczyć nadto należy, że postanowienia szczegółowe do o.w.u., nie przewidywały obowiązku zwrotu tego świadczenia w przypadku przedwczesnego ustania stosunku zobowiązaniowego. (OSO w K. z 25 października 2017 r., II Ca 1486/17, OSO w S. z 20 października 2017 r., II Ca 1486/17 - portal orzeczeń sądów powszechnych)

W tym zaś stanie rzeczy i mając na względzie powyższe, Sąd zasądził od pozwanej na rzecz powoda, 3555,74 zł wraz z każdorazowymi odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od 1 września 2018 r. do dnia zapłaty, o czym orzekł w pkt. I wyroku na podstawie art. 385¹ §1 k.c. w zw. z art. 481 § 1 i 2 k.c. i art. 455 k.c.

Powód pismem z 24 sierpnia 2018 r. wezwał pozwaną do zapłaty 3555,74 zł i określił termin do zapłaty do 31 sierpnia 2018 r. Przedmiotowe wezwanie zostało doręczone pozwanej 28 sierpnia 2018 r., co wynika z treści pisma strony pozwanej z 24 września 2018 r. Ten termin - w okolicznościach tej sprawy - nie może zostać potraktowany jako zbyt krótki, albowiem ubezpieczyciel już w dacie wypłaty świadczenia wykupu (lipiec 2018 r.) dysponował wszystkimi niezbędnymi do tego danymi, aby zrealizować wypłatę w pełnej wysokości. Kwestia abuzywności tego rodzaju postanowień nie jest żadną nowością, albowiem jaki już wskazano powyżej świadczenie wykupu jest następcą dawnej opłaty likwidacyjnej ze względu na tożsamość skutków powodowanych przez zastosowanie tych instytucji. Zgodnie natomiast z § 23 ust. 12 o.w.u. wypłata świadczenia wykupu powinna nastąpić niezwłocznie po otrzymaniu przez ubezpieczyciela niezbędnych dokumentów, jednak nie później niż w terminie 14 dni od uwzględnionego przy obliczaniu kwoty do wypłaty dnia wyceny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Przedmiotowa umowa rozwiązała się 29 czerwca 2018 r., co oznacza, że termin wypłaty świadczenia wykupu upłynął 13 lipca 2018 r. Strona pozwana na datę 1 września 2018 r. niewątpliwie pozostawała w opóźnieniu w wypłacie pozostającej należnej powodowi części świadczenia wykupu i w tym stanie rzeczy, żądania zasądzenia odsetek od tej daty jest w pełni zasadne.

W przedmiotowej sprawie nie ma natomiast zastosowania termin spełnienia świadczenia określony w art. 817 § 1 k.c. Ten termin jest powiązany z chwilą otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o wypadku i odnosi się do umów ubezpieczenia zaś żądanie pozwu dotyczyło zapłaty z tytułu nienależycie wykonanego zobowiązania wobec zakończenia obowiązywania umowy nienazwanej. Umowa łącząca strony niewątpliwie zawierała postanowienia dotyczące ubezpieczenia, jednak ze względu na dominujący w niej element kapitałowy, brak było podstaw do oceny terminu spełnienia „świadczenia wykupu” przy zastosowaniu przepisów odnoszących się stricte do umowy ubezpieczenia. W umowie mieszanej z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału, ochrona ubezpieczeniowa - z uwagi na niską sumę ubezpieczenia - ma charakter symboliczny, przeważa więc aspekt kapitałowy (OSN z 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13, OSNC 2014/10/103).

III. *Koszty procesu.*

Natomiast w pkt. II wyroku Sąd zasądził od pozwanej na rzecz powoda 1017,00 zł kosztów ;procesu, o czym orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 109 §2 k.p.c.

W ocenie Sądu brak było podstaw aby przyznać pełnomocnikowi powoda wynagrodzenie w stawce dwukrotnie wyższej niż przewidziana w rozporządzeniu. Tego typu sprawy dotyczące polisolokat są obecnie bardzo powszechne, a co za tym idzie spotkać się można z wieloma opiniami, orzeczeniami i publikacjami dotyczącymi tego zagadnienia. Nie jest to również pierwsza sprawa o tego rodzaju świadczenie prowadzona przez tego pełnomocnika, co oznacza, że przedmiot tej sprawy jest mu znany. W tym zaś stanie rzeczy sporządzenie pozwu oraz kolejnych pism procesowych nie wymagało od pełnomocnika powoda, znacznego nakładu pracy, ani przeprowadzenia skomplikowanych rozważań prawnych, uzasadniających podwyższenie wysokości jego wynagrodzenia. Ustalenie wynagrodzenia w umowie zawartej przez stronę i pełnomocnika nie wiąże sądu, który rozstrzygając o kosztach procesu kieruje się tymi ustawowo określonymi kryteriami (OSN z 16 lutego 2012 r., IV CZ 107/11, niepubl., OSN z 5 września 2012 r. , IV CZ 47/12 (...) Lex).

Sędzia:

ZARZĄDZENIE

1. odnotować w kontrolce uzasadnień sędziego.
2. odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikom stron.