

Sygnatura akt II Ca 1363/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 października 2014 r.

Sąd Okręgowy w Krakowie Wydział II Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Grzegorz Buła
Sędziowie:	SO Zbigniew Zgud (sprawozdawca) SR (del.) Marzena Kleszcz
Protokolant:	Małgorzata Łojewska

po rozpoznaniu w dniu 17 października 2014 r. w Krakowie

na rozprawie

sprawy z powództwa K. J. (1)

przeciwko (...) Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Rejonowego w Wieliczce

z dnia 27 marca 2014 r., sygnatura akt I C 140/13

1. oddala apelację;

2. zasądza od strony pozwanej na rzecz powódki kwotę 1200 zł (jeden tysiąc dwieście złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego.

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

Wyrokiem z dnia 27 marca 2014 r. do sygn. akt I C 140/13 Sąd Rejonowy w Wieliczce Wydział I Cywilny zasądził od A. Towarzystwo (...) SA w W. na rzecz K. J. (2) kwotę 28.140,00 zł oraz kwotę 3824,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesowych.

W niniejszej sprawie stan faktyczny był bezsporny, a wynikało z niego, iż w dniu 29 grudnia 2011 roku J. J. (1) złożył w siedzibie (...) Sp. z o.o. Oddział w K. wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...); wniosek oznaczony został nr (...). W treści wniosku zaznaczone było, że z produktem

tym związane było obowiązywanie OWU o nr (...) (...). Ustalono roczną częstotliwość opłacania składki regularnej, której wysokość ustalono na 30 000 złotych. Status polisy opłaconej wynieść miał 150 000 złotych, co oznaczało, że ubezpieczający obowiązany był do opłacania składek regularnych raz w roku, przez pięć kolejnych lat. Już w samej treści wniosku podano, że pobierane będą przez ubezpieczyciela dalsze opłaty: transakcyjna (15 zł), za zarządzanie (1,95% rocznie), za ryzyko (w stawkach zróżnicowanych, zależnych od wieku ubezpieczonego: do ukończenia 65 roku życia kwotowo, od 2,10 zł do 27,30 zł, a od ukończenia 66 do ukończenia 100 roku życia według stawki procentowej od wartości subkonta składek regularnych, od 0,06% do 0,36%). Przewidziano zerową stawkę opłaty wstępnej (chyba że chodziło o zapłatę składki dodatkowej), i taką też stawkę opłaty od wykupu, opłaty administracyjnej, opłaty za cesję i opłaty za obniżenie składki regularnej. Przewidziano jednak, że pobierana będzie opłata likwidacyjna: jeśli byłaby pobierana w pierwszym i drugim roku polisowym, to wyniosłaby ona 100% wysokości środków wypłacanych z subkonta składek regularnych, jeśli w trzecim roku polisowym - 80%, w czwartym - 70%, itd., aż do opłaty likwidacyjnej pobieranej w dziesiątym roku polisowym, która wyniosłaby wtedy 10%. Ustalono też, że środki pochodzące ze składek mogą być inwestowane w szczególności wymienione ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe.

Nie było także sporne, iż podpisując wniosek J. J. (1) oświadczył, że do chwili jego podpisania nie nastąpiły u niego uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia bądź choroba, której pierwsze objawy wystąpiły lub były zdiagnozowane do chwili podpisania wniosku. Jednocześnie potwierdził otrzymanie oraz zapoznanie się z treścią OWU o oznaczeniu (...) (...), a także z załącznikiem o oznaczeniu (...) -2 do OWU, akceptując ich postanowienia i wnosząc o ich zastosowanie w zawieranej umowie ubezpieczenia. Załącznik do OWU oznaczony jako (...) -2 powtarzał treść wniosku w zakresie minimalnej i maksymalnej wysokości składek, a także pobieranych przez ubezpieczyciela opłat. Ponadto Sąd przyjął za bezsporne, iż zgodnie z polisą nr (...) odpowiedzialność A. rozpoczęła się z datą 4 stycznia 2012 roku. Natomiast zgodnie z aneksem nr (...) do tej polisy z dnia 21 lutego 2012 roku osobą uposażoną ustanowiono córkę J. J. (1), K. J. (1).

J. J. (1) zmarł 8 maja 2012 roku w K.. Po jego śmierci powódka w niniejszej sprawie, K. J. (1), jako osoba uposażona zgodnie z umową ubezpieczenia, wystąpiła do A. z wnioskiem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jako okoliczności zdarzenia podając „zgon z powodu choroby.” Ubezpieczyciel wypłacił jednak na jej rzecz jedynie kwotę 1 558,30 złotych powołując się na zapisy § 12 ust. 2 OWU i ustalenia poczynione przez siebie na podstawie uzyskanej dokumentacji medycznej. Według wyceny jednostek z dnia 14 września 2012 roku wartość rachunku ubezpieczającego wynosiła 29 698,30 złotych; od kwoty tej ubezpieczyciel odliczył „koszt dystrybucji” w wysokości 27 600 złotych, koszt wystawienia polisy w kwocie 260 złotych oraz koszt rozwiązania umowy ubezpieczenia w wysokości 280 złotych. Koszty te składają się łącznie na opłatę rozumianą przez A. jako „opłata likwidacyjna.”

W oparciu o powyższy stan faktyczny Sąd uznał powództwo za zasadne w całości, jakkolwiek Sąd nie przyjął za właściwe twierdzenia powódki, że umowa ubezpieczenia została zawarta jedynie dla pozorów, a strony miały zgodny zamiar zawarcia w jej miejsce „typowej umowy inwestycyjnej.” Z oświadczeń stron umowy wynika bowiem, że w stosunku prawnym zawierającym pomiędzy nimi miały znaleźć zastosowanie OWU, na podstawie których można uznać umowę zawartą pomiędzy J. J. (1) a A. za odpowiadającą wymienionej w dziale I załącznika do ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej umowie ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Opierając się na brzmieniu § 3 i 4 OWU Sąd zważył, iż przedmiotowa umowa łączyła cechy umowy ubezpieczenia na życie z umową o charakterze inwestycyjnym, w związku z czym składki ubezpieczających przeznaczane są na nabycie jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, którego środki przeznaczane są właśnie na inwestycje. Odnosząc się do zarzutu strony pozwanej z art. 815 k. c. jakoby ojciec powódki podał nieprawdziwe informacje w oświadczeniu o stanie zdrowia, znajdującym się we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, co miało wpływ na decyzję w ogóle o zawarciu umowy lub z wyłączeniem ryzyka obejmującego chorobę, Sąd stwierdził, iż wobec niezwyklej ogólności pytania zawartego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, a dotyczącego stanu zdrowia wnioskującego o zawarcie takiej umowy, nie można wymagać, by wypełniający taki wniosek zinterpretował je w ten sposób, że chodzi nie tylko o choroby, na które dana osoba aktualnie cierpi, ale też o takie choroby, które zostały już przez tę osobę pokonane i co do której ubezpieczający uzyskał od lekarza informację, że

nie będzie ona mieć dalszego wpływu na jego zdrowie. W ocenie Sądu, w takiej sytuacji, ubezpieczyciel powinien ponieść ewentualne negatywne konsekwencje takiego sformułowania we wniosku pytania. Sąd Rejonowy wywodził, iż w razie zaistnienia wskazanych w § 3 art. 815 k. c. przesłanek zwolnienia ubezpieczyciela od odpowiedzialności nie byłby on wobec ubezpieczającego zobowiązany nawet wtedy, gdyby skutku takiego nie przewidywały sama umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia. W dalszej części Sąd podkreślił, iż środki pieniężne zostały wypłacone powódce w oparciu o zapis § 12 ust. 2 pkt 2 OWU zgodnie z którym, jeżeli ubezpieczający lub jego przedstawiciel podał nieprawdziwe informacje we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, kwestionariuszu medycznym lub innych pismach, w szczególności zataił chorobę, to odpowiedzialność Towarzystwa miała zostać ograniczona w ten sposób, że świadczenie ubezpieczeniowe miało zostać spełnione na rzecz uprawnionego w wysokości wartości rachunku ubezpieczenia, po pobraniu właściwej opłaty likwidacyjnej, opłaty za przewalutowanie, opłaty od wykupu, opłaty za zarządzanie oraz stosownego podatku dochodowego od osób fizycznych. Natomiast A. wypłacając świadczenie nie zastrzegł, że spełnia świadczenie wobec uposażonego pomimo braku istnienia po swojej stronie takiego obowiązku. Sąd Rejonowy zważył, iż sposób sformułowania pism do powódki oraz zapisy OWU dowodzi, że ubezpieczyciel nie traktował ewentualnego zatajenia informacji o nawrocie choroby nowotworowej jako podstawy wyłączenia swojej odpowiedzialności za nastąpienie zdarzenia objętego umową ubezpieczeniową, ale że taką odpowiedzialność jedynie ograniczał w sposób wskazany powyżej. Sąd Rejonowy miał również na uwadze, że opłata likwidacyjna zgodnie z § 18 ust. 6 OWU miała być ustalana procentowo i pobierana z subkonta składek regularnych poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa lub potrącenie środków pochodzących z umorzenia jednostek uczestnictwa w wyniku transferu, przed całkowitą wypłatą, m. in. w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia w sytuacjach wskazanych w § 12 ust. 2, § 25 ust. 2 pkt 2), 3) i 5). Sąd zważył dalej, iż oba postanowienia umowne zawarte zarówno w załączniku do OWU, jak i w aneksie nr (...) do polisy nr (...) zostały wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych, co miało miejsce już po śmierci J. J. (1), a ustalenie i pobranie przez ubezpieczyciela w rozpoznawanej sprawie opłaty likwidacyjnej miało nastąpić, jak podnosił pozwany, na podstawie uchwały zarządu A. z 27 sierpnia 2012 roku nr (...), w której to pozwany miał uznać za zasadne indywidualne rozliczanie kosztów związanych z wcześniejszym rozwiązaniem umowy ubezpieczenia z przyczyn leżących po stronie konsumenta, czego następstwem miało być zaś ustalenie, że opłata likwidacyjna odpowiadać będzie właśnie wysokości tych kosztów. Analizując spełnienie w niniejszej sprawie przesłanek z art. 385¹ § 1 k.c. Sąd zważył, iż strona pozwana nie próbowała nawet wykazywać, że postanowienia OWU dotyczące pobierania opłaty likwidacyjnej oraz załącznika do tego dokumentu, regulującego wysokość tej opłaty, zostały z J. J. (1) uzgodnione indywidualnie. Wysokość opłaty likwidacyjnej została ustalona nie w oparciu o dane zawarte w załączniku do OWU, co do którego ubezpieczający przynajmniej oświadczał, że się z nim zapoznał i że akceptuje jego treść, ale na podstawie uchwały zarządu A. z 27 sierpnia 2012 roku nr (...), a więc podjętej już po śmierci J. J. (1). Ponadto, także pierwotne zapisy dotyczące tejże opłaty Sąd uznał za niezgodnione z powodem indywidualnie. Postanowienia umowne, które zostają wprowadzone do treści stosunku prawnego przez jedną z jego stron (zwykle tę silniejszą) jeszcze przed zawarciem konkretnej umowy nie mogą być w tym stanie rzeczy przez drugą stronę zmieniane. Uznając przedmiotowe postanowienie umowne za niedozwolone Sąd stwierdził, iż opłata likwidacyjna nie może być uznana za jedno z głównych świadczeń stron, głównym świadczeniem ubezpieczającego jest bowiem składka ubezpieczeniowa. Oceniając również sprzeczność postanowienia określającego wysokość naliczanej przez A. opłaty likwidacyjnej z dobrymi obyczajami, Sąd Rejonowy zwrócił uwagę, iż świadczenie wypłacone przez A. na rzecz uposażonej z umowy zawartej przez J. K. J. - stanowiło ok. 5% środków, jakie po zainwestowaniu składki wpłaconej przez ubezpieczającego pozostały na subkoncie składek J. J. (1). Wynika z tego, że w istocie A. pobrał w tym konkretnym przypadku kwotę niemalże w takiej samej wysokości, w jakiej Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał to już za niedopuszczalne. Zakazu stosowania powyższych postanowień nałożony przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie można obejść poprzez zapisy uchwały podjętej przez zarząd A.. Ponadto za sprzeczne z dobrymi obyczajami Sąd I instancji uznał takie działania, które zmierzają do wykorzystania przez przedsiębiorcę, jako profesjonalnego uczestnika obrotu, braku kompetencji konsumenta w pewnym zakresie, niemającego specjalistycznej wiedzy w danej dziedzinie, np. finansów. Sąd zwrócił również uwagę, iż tylko w przypadku tradycyjnej umowy ubezpieczenia składki wpłacane przez ubezpieczającego z samej istoty umowy mają charakter bezzwrotny, przy tym wysokość świadczenia na wypadek nastąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jest z góry określona. Natomiast w przypadku umowy ubezpieczenia powiązanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przyznaje się uprawnienie do „wycofania”

przynajmniej części składek - są to bowiem środki przeznaczone na inwestycje, a wysokość wypłaconego świadczenia ubezpieczeniowego uzależniona jest od skuteczności dokonywanych inwestycji. Tymczasem w wyniku naliczenia przez A. opłaty likwidacyjnej w niniejszej sprawie doszło w istocie do przejścia przez pozwane Towarzystwo ok. 95% środków, jakie pozostały na dzień wypłaty pozostałej części tej kwoty na rzecz uposażonej na subkoncie składek wpłaconych przez J. J. (1). Powyższe postanowienie w sposób więc niedopuszczalny w relacji przedsiębiorca - konsument kształtuje prawa i obowiązki stron umowy, zaburzając pożądaną równowagę tego stosunku. Ponadto naliczona opłata likwidacyjna, niezależnie już od tego, że w wysokości ustalonej bez porozumienia z ubezpieczającym, jest wyraźnie rażąco wygórowana. Sąd uznał za nieprzekonujące próby wykazania przez stronę pozwaną, że potrącona przez nią opłata likwidacyjna wynika jedynie z kosztów, jaki związane były z zawarciem i zakończeniem umowy ubezpieczenia, a w szczególności z wynagrodzeniem wypłaconym na rzecz pośrednika ubezpieczeniowego. W ocenie Sądu podawane przez A. koszty, wykazywane jedną fakturą VAT wystawioną przez takiego pośrednika niewskazującą jednocześnie, jakim tytułem ma być zapłacona przez A. wskazana w fakturze kwota, są zwyczajnymi wydatkami ponoszonymi w związku z prowadzeniem przez nią działalności gospodarczej w zakresie ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wydatki ubezpieczyciela na wynagrodzenie pośrednika związane być powinny z ryzykiem ubezpieczyciela, prowadzącego przecież w tym zakresie działalność profesjonalną, które to ryzyko nie może być przerzucane na konsumenta.

Z umowy o świadczenie usług pośrednictwa ubezpieczeniowego - przedstawiciela ds. programów inwestycyjnych nr (...), jaką A. miał zawrzeć z (...) Sp. z o.o., wynika natomiast, że jeżeli wynagrodzenie początkowe stało się w pewnej części bezzwrotne, to miało być potrącone z wynagrodzenia przysługującego przedstawicielowi od innych umów ubezpieczenia (§ 7 ust. 1 pkt 1 lit. b w zw. z § 7 ust. 3 cytowanej umowy). W związku z powyższym Sąd nie podzielił twierdzenia ubezpieczyciela o tym, że koszty poniesione przez niego w związku z zawarciem i wygaśnięciem umowy z J. J. (1) rzeczywiście wynoszą aż 95% wartości środków zgromadzonych na subkoncie składek ubezpieczającego. Sąd uznał zatem, że wskazane koszty nie są wydatkami związanymi bezpośrednio z faktem wcześniejszego niż zakładany terminu wygaśnięcia umowy z J. J. (1) i dotyczą w sposób ogólny działalności strony pozwanej jako ubezpieczyciela. Ostatecznie Sąd Rejonowy uznał, że stosowane przez stronę pozwaną postanowienia umowne dotyczące naliczania opłaty likwidacyjnej stanowiły na gruncie niniejszej sprawy niedozwolone postanowienia umowne i jako takie nie mogły być wiążące dla drugiej strony umowy. Wobec tego ubezpieczyciel bezpodstawnie potrącił ze świadczenia należnego osobie uposażonej z umowy ubezpieczenia kwotę 28 140 złotych, dlatego też taka właśnie kwota została od pozwanego na rzecz powódki zasądzona. O kosztach postępowania Sąd orzekł zgodnie z art. 98 § 1, 3 i 4 w zw. z art. 99 k.p.c. w związku z § 6 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu.

Apelację od powyższego wyroku wniosła strona pozwana zaskarżając go w całości oraz zarzucając mu :

I. naruszenia prawa procesowego, tj.:

1.naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 328 k.p.c. przez zaniechanie wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego oraz dokonanie sprzecznej z zasadami logiki i doświadczenia oceny dowodów, a to przez:

- bezpodstawny brak uwzględnienia postanowień §12 ust. 2 OWU, wskazującego iż odpowiedzialność Towarzystwa wobec Ubezpieczonego jest ograniczona w ten sposób, że Towarzystwo spełnia na rzecz uprawnionego z Umowy (...) Świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości Wartości Rachunku (...), po pobraniu właściwej opłaty likwidacyjnej, opłaty za przewalutowanie, opłaty od wykupu, opłaty za zarządzanie oraz stosownego podatku dochodowego od osób fizycznych w sytuacji, gdy śmierć ubezpieczonego była wynikiem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, które nastąpiły przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków, przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa;

- bezpodstawny brak przeprowadzenia wnioskowanego przez Pozwaną dowodu z całości dostępnej dokumentacji medycznej J. J. (1). Zgodnie z powyższą dokumentacją, J. J. (1) zmarł w wyniku choroby nowotworowej, której pierwsze objawy wystąpiły przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa, co uzasadniało zastosowanie przez Towarzystwo §12 ust. 2 OWU i pobranie opłaty likwidacyjnej. Powyższa okoliczność jest kluczowo istotna dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, tymczasem Sąd I instancji bezpodstawnie uznał ją za nieistotną.

2. naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. poprzez brak uzasadnienia arbitralnej konstatacji Sądu I instancji, iż choroba nowotworowa nie należy do zakresu chorób, o przebyciu których Ubezpieczający winien poinformować Towarzystwo przed zawarciem Umowy (...).

II. naruszenia prawa materialnego, tj.:

1. naruszenie art. 385¹ § 1 oraz 385¹ §2 k.c. poprzez bezpodstawne przyjęcie, jakoby postanowienia OWU, regulujące pobranie opłaty likwidacyjnej miały nie wiązać Powódki. Sam fakt wpisania do rejestru klauzul niedozwolonych stosowanych przez Pozwaną postanowień OWU, określających procentowo stawki opłat likwidacyjnych nie przesądza bowiem o braku uprawnienia Pozwanej do pobierania opłat likwidacyjnych co do istoty. Zgodnie z orzecznictwem, Pozwana ma prawo do pobierania opłat likwidacyjnych tytułem przedwczesnego rozwiązania Umowy (...), jednakże wyłącznie do wysokości poniesionych kosztów. Co istotne, Sąd I instancji nie zakwestionował faktu udowodnienia przez Pozwaną wysokości kosztów poniesionych przez tę ostatnią tytułem przedmiotowej umowy ubezpieczenia. Sąd pominął regulację (...) k.c., zgodnie z którą umowa zawierająca postanowienia uznane za abuzywne wiąże w pozostałym zakresie. Skoro za abuzywne uznane zostały postanowienia dotyczące procentowych stawek opłat likwidacyjnych, umowy wiążą w pozostałym zakresie na zasadzie art. 58 kc, wiążą więc postanowienia dotyczące pobierania opłat likwidacyjnych co do zasady, z ograniczeniem do wysokości poniesionych kosztów.

2. naruszenie art. 815 §1 k.c. poprzez nieuwzględnienie faktu, iż Ubezpieczony J. J. (1) uchybił powyższemu przepisowi zatajając we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia istotną okoliczność mającą kluczowe znaczenie dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego - zagrażającą życiu chorobę, oraz naruszenie art. 815 § 3 k.c. poprzez nieuwzględnienie okoliczności prawnej, iż zgodnie z powyższym przepisem, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

W oparciu o powyższe zarzuty strona skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa oraz rozstrzygnięcie o kosztach procesu według norm przepisanych przez zasądzenie od powódki na jej rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych za obie instancje, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości oraz przekazanie sprawy w tym zakresie Sądowi Rejonowemu w Wieliczce do ponownego rozpoznania, z pozostawieniem temu Sądowi rozstrzygnięcia o kosztach procesu (w tym o kosztach postępowania przed Sądem Okręgowym) .

W odpowiedzi na apelację powódka wniosła o jej oddalenie w całości oraz zasądzenie od strony pozwanej na jej rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu odwoławczym wedle norm przepisanych. Wobec wpisania spornych postanowień umowy do rejestru klauzul niedozwolonych powinny być one uznane za nieważne ze skutkiem erga omnes, zaś narzucenie przez stronę pozwaną nowych zapisów o opłacie likwidacyjnej, które niczym nie różnią się od poprzednich jest niezasadne. Istotne również jest to, że w chwili podjęcia uchwały przez zarząd strony pozwanej ubezpieczony już nie żył, a zatem nie mógł zapoznać się z jej treścią. Należy także mieć na uwadze, iż umowa, którą zawarł J. J. (1) z pozwaną nie była umową ubezpieczenia, lecz umową inwestycyjną.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Zarzuty procesowe apelacji zmierzają w swojej istocie do dokonania zamian w zakresie ustalonego stanu faktycznego. Sąd też zachodzi potrzeba rozpoznania ich w pierwszej kolejności.

Odnosząc się do pierwszego z zarzutów apelacji dotyczącego naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 328 k.p.c. przez bezpodstawny brak uwzględnienia postanowień §12 ust. 2 OWU, wskazującego iż odpowiedzialność Towarzystwa

wobec Ubezpieczonego jest ograniczona w ten sposób, że Towarzystwo spełnia na rzecz uprawnionego z Umowy (...) Świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości Wartości Rachunku (...), po pobraniu właściwej opłaty likwidacyjnej, opłaty za przewalutowanie, opłaty od wykupu, opłaty za zarządzanie oraz stosownego podatku dochodowego od osób fizycznych w sytuacji, gdy śmierć ubezpieczonego była wynikiem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, które nastąpiły przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków, przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa, to należy stwierdzić, że nie jest on w ogóle adekwatny do rozważań prawnych poczynionych przez Sąd Rejonowy. Sąd ten wyraźnie bowiem wskazał, że środki pieniężne zostały wypłacone powódce w oparciu o zapis § 12 ust. 2 pkt 2 OWU zgodnie z którym, jeżeli ubezpieczający lub jego przedstawiciel podał nieprawdziwe informacje we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, kwestionariuszu medycznym lub innych pismach, w szczególności zataił chorobę, to odpowiedzialność Towarzystwa miała zostać ograniczona w ten sposób, że świadczenie ubezpieczeniowe miało zostać spełnione na rzecz uprawnionego w wysokości wartości rachunku ubezpieczenia, po pobraniu właściwej opłaty likwidacyjnej, opłaty za przewalutowanie, opłaty od wykupu, opłaty za zarządzanie oraz stosownego podatku dochodowego od osób fizycznych. Wynika stąd jednoznacznie, że Sąd Rejonowy wziął pod uwagę przedmiotowe postanowienie umowne i uwzględnił je w rozstrzygnięciu. Nie sposób zatem dopatrzeć się w tym miejscu możliwości naruszenia przepisów wskazanych w apelacji.

Co do drugiego zarzutu dotyczącego bezpodstawnego brak przeprowadzenia wnioskowanego przez pozwaną dowodu z całości dostępnej dokumentacji medycznej J. J. (1), to stwierdzić należy, że jest on całkowicie chybiony. Artykuły 233 § 1 k.p.c. oraz 328 k.p.c. dotyczą bowiem przeprowadzonego postępowania dowodowego. Tymczasem Sąd Rejonowy dowodu z tej dokumentacji nie przeprowadził. Nie mógł tym samym naruszyć przepisów postępowania dotyczących oceny dowodów. Niezależnie od tego Sąd Okręgowy stwierdza, że wbrew zarzutom apelacji okoliczności stanu zdrowia zmarłego ubezpieczonego nie są kluczowo istotne dla rozstrzygnięcia sprawy a Sąd Rejonowy zasadnie nie przeprowadził dowodu na te okoliczności. Zgodnie z art. 227 k.p.c. przedmiotem dowodu są jedynie fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie. Rozstrzygnięcie sprawy zostało jednak oparte właśnie na postanowieniu umownym ograniczającym odpowiedzialność Towarzystwa (...) w przypadku gdy śmierć ubezpieczonego była wynikiem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, które nastąpiły przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków, przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa. Przeprowadzenie wskazywanego w apelacji dowodu mogłoby co najwyżej potwierdzić zasadność zastosowania tego postanowienia. Należy jednak podkreślić, że pozwany spełnił świadczenie w oparciu o § 12 ust 2 OWU, a o zasadności powództwa przesądza nie to czy zmarły zataił swoją chorobę ale to, że pozwany nie był uprawniony do pobrania opłaty likwidacyjnej. Zagadnienie to wiąże się już z zarzutami obrazy prawa materialnego. Faktem jest, że zgodnie z art. 815 § 1 k.c. ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Okoliczności tej zresztą Sąd Rejonowy nie neguje w uzasadnieniu swojego rozstrzygnięcia. Rzecz w tym, że zawarta przez strony umowa nie jest typową umową ubezpieczenia. Słusznie, opierając się na brzmieniu § 3 i 4 OWU, Sąd Rejonowy wskazał, że przedmiotowa umowa łączyła cechy umowy ubezpieczenia na życie z umową o charakterze inwestycyjnym. Oznacza to, że przepisy regulujące czysty stosunek ubezpieczeniowy winny być stosowane w niniejszym przypadku odpowiednio. Co więcej przedmiotowa umowa została zawarta w ramach ustawowej zasady swobody kształtowania umów wynikającej z art. 353¹ k.c. Strony w kluczowym dla sprawy § 12 ust. 2 pkt 2 OWU przewidziały skutki niewskazania rzeczywistego stanu zdrowia ubezpieczonego ograniczając odpowiedzialność Towarzystwa w tym przypadku do takiego samego zakresu jak w przypadkach gdy śmierć ubezpieczonego była wynikiem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, które nastąpiły przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków, przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa. Reguła ta została zresztą przez stronę pozwaną zastosowana przy wypłacie powódce niespornej części świadczenia. Nie sposób zatem mówić o naruszeniu art. 815 § 3 k.c. jeżeli przepis ten nie miał w niniejszej sprawie zastosowania z racji innego umownego

określenia skutku takich zdarzeń. Sąd Okręgowy stoi na stanowisku, że zasadność powództwa wynika w takiej sytuacji z prawidłowo przyjętej przez Sąd Rejonowy konstatacji, że pobranie opłaty likwidacyjnej lub innej o podobnym skutku było nieuprawnione. W tym względzie w pierwszej kolejności należy podkreślić, że odpowiedzialność pozwanego Towarzystwa wynika z zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego umową jakim była śmierć ubezpieczonego J. J. (1) (§ 4 pkt 1 OWU). Co istotne śmierć ta nastąpiła przed podjęciem przez Zarząd pozwanego uchwały z 27 sierpnia 2012 roku w sprawie odstąpienia od stosowania zryczałtowanych wysokości opłat likwidacyjnych. Już tylko z tego powodu przedmiotowa uchwała nie może mieć zastosowania w niniejszej sprawie. Z chwilą śmierci J. J. (1) pozwane Towarzystwo było bowiem odpowiedzialne za spełnienie świadczenia. Zmiana treści stosunku prawnego po zajściu zdarzeń warunkujących wymagalność świadczenia jednej ze stron nie jest dopuszczalna w inny sposób jak tylko w drodze umowy stron, które zmienia zakres swoich obowiązków to jest w drodze nowacji. Skoro z art. 354 § 1 k.c. wynika, że dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje - także w sposób odpowiadający tym zwyczajom a źródłem zobowiązania jest umowa wzajemna, to oczywiste jest, że dłużnik nie może jednostronnie zmienić treści swojego zobowiązania. Uprawnienie takie w zakresie dokonanym wspomnianą uchwałą nie wynika ani z umowy wiążącej strony ani z obowiązujących przepisów prawa.

Dalej należy wskazać, że pozwane Towarzystwo nie kwestionowało faktu wpisania do rejestru klauzul niedozwolonych stosowanych przez pozwaną postanowień OWU, określających procentowo stawki opłat likwidacyjnych. Faktem jest, że zgodnie z art. 479⁴³ k.p.c. wyrok prawomocny co do uznania wzorca za niedozwolony ma skutek wobec osób trzecich od chwili wpisania uznanego za niedozwolone postanowienia wzorca umowy do właściwego rejestru. Pozwana nie kwestionowała jednak aby przedmiotowe postanowienia stanowiły klauzule abuzywne. Szczegółowy wywód w zakresie niedozwolonego charakteru przedmiotowych postanowień i wpływu tego charakteru na rozstrzygnięcie sprawy przeprowadził Sąd Rejonowy a wywód ten jest prawidłowy i w całości akceptowany przez Sąd Okręgowy. Nie ma zatem potrzeby powtarzania go w tym miejscu. Należy zgodzić się z pozwanym Towarzystwem, że sam fakt wpisania przedmiotowych klauzul do rejestru klauzul niedozwolonych nie przesądza o braku uprawnienia Pozwanej do pobierania opłat likwidacyjnych co do istoty. Rzecz w tym, że jak słusznie wskazał Sąd Rejonowy, niedopuszczalne jest także stosowanie klauzul tożsamyh co do swej istoty. Tym niemniej w niniejszej sprawie ten ostatni aspekt nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia. Skoro bowiem za niedozwolone zostało uznane pobieranie opłaty likwidacyjnej w stawkach określonych w umowie, to brak było podstaw do pobrania opłaty w tej wysokości. Z przedłożonych do sprawy dokumentów nie wynika aby umowa stron przewidywała inny poza procentowym sposób obliczenia opłaty likwidacyjnej. Pozwana nie była zatem uprawniona do naliczenia innej opłaty likwidacyjnej. Co więcej, jak wynika ze skierowanego do powódki pisma z 19 września 2012 roku opłata ta w istocie nie została pobrana. W jej miejsce pobrano opłatę równą kosztowi dystrybucji, kosztowi wystawienia polisy i kosztowi rozwiązania umowy ubezpieczenia. Tymczasem z § 12 ust. 2 OWU nie wynika uprawnienie do pobrania takich opłat. Jak wskazano powyżej pozwana nie była także uprawniona do jednostronnej zmiany przedmiotowej umowy. W konsekwencji, skoro odpadła podstawa pobrania opłaty likwidacyjnej liczonej procentowo od wartości wpłaconej składki, to strona pozwana nie była uprawniona do pobrania takiej opłaty likwidacyjnej w myśl art. 385¹ § 2 k.c. Nie była też uprawniona do pobrania innych opłat jednostronnie przez siebie ustalonych a nazwanych opłata likwidacyjną. Pozwana winna zatem była wypłacić powódce świadczenie w wysokości wartości Rachunku (...) zgodnie z § 12 ust 2 OWU bez potrącenia opłaty likwidacyjnej co przesądza o zasadności powództwa. Powódka dochodzi bowiem tej części świadczenia, która przez samą stronę pozwaną została określona właśnie jako opłata likwidacyjna. Niezależnie od tego należy stwierdzić, że pozwana nie wykazała w niniejszym postępowaniu wysokości poniesionych przez siebie opłat: dystrybucyjnej, wystawienia polisy i rozwiązania umowy. Wbrew twierdzeniom apelacji jakoby Sąd I instancji nie zakwestionował faktu udowodnienia przez pozwaną wysokości kosztów poniesionych przez tę ostatnią tytułem przedmiotowej umowy ubezpieczenia, to Sąd Rejonowy właśnie wyraźnie wskazał, że uznał te okoliczności za nieudowodnione. Dokonując oceny dowodów Sąd I instancji zaznaczył, dlatego nie dał wiary dokumentom złożonym przez pozwaną na tę okoliczność. Oceny tej nie ma powodów w tym miejscu kwestionować tym bardziej, że w samej apelacji nie podniesiono zarzutów co do tej oceny. Pozwana w apelacji nie kwestionuje także wniosków wyciągniętych z tego faktu przez Sąd Rejonowy. W konsekwencji brak podstaw do przyjęcia naruszenia art. 385¹ k.c. i (...) § 2 k.c.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy uznał podniesione w apelacji zarzuty za bezzasadne. W konsekwencji przyjął za własne ustalenia faktyczne, które legły u podstawy zaskarżonego wyroku. Bezzasadne były także pozostałe zarzuty apelacji, a okoliczności wskazane wyżej w rozważaniach prawnych Sądu Okręgowego przesądzają o prawidłowości rozstrzygnięcia dokonanego przez Sąd Rejonowy. W świetle tych rozważań ta część uzasadnienia Sądu I instancji, która dotyczy oceny czy J. J. (1) mógł pominąć w kwestionariuszu kwestię spornego zachorowania pozostaje bez wpływu na rozstrzygnięcie sprawy. Z tych względów apelację jako bezzasadną należało oddalić na zasadzie art. 385 k.p.c.

Sąd Okręgowy zasądził od strony pozwanej przegrywającej w II instancji na rzecz powódki kwotę 1200 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego uwzględniając wynagrodzenie profesjonalnego pełnomocnika reprezentującego powódkę przed Sądem Okręgowym obliczone stosownie do § 6 pkt 5 w zw. z §12 ust.1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. nr 163 poz. 1349 z późn. zm.).