

Sygnatura akt II Ca 415/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 czerwca 2018 r.

Sąd Okręgowy w Krakowie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Zbigniew Zgud (sprawozdawca)
Sędziowie:	SO Anna Nowak SO Agnieszka Cholewa-Kuchta

Protokolant: sekr. sądowy Dominik Kulesza

po rozpoznaniu w dniu 19 czerwca 2018 r. w Krakowie

na rozprawie

sprawy z powództwa B. D.

przeciwko (...) S.A. V. (...)

z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Rejonowego w Suchoj Beskidzkiej

z dnia 13 listopada 2017 r., sygnatura akt I C 571/15

1. oddala apelację;

2. zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 1800 zł (jeden tysiąc osiemset złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego.

SSO Anna Nowak SSO Zbigniew Zgud SSO Agnieszka Cholewa-Kuchta

Sygn. akt II Ca 415/18

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie z dnia 19 czerwca 2018 roku

Pozwem z dnia 11 kwietnia 2015 r., powód B. D. wniósł o zasądzenie od pozwanej (...) S.A. w W. kwoty 18 423,92 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 21 października 2014 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów postępowania.

Wskazał, że w dniu 24 czerwca 2010 r. zawarł z pozwaną umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną (...), do której zastosowanie znajdowały Ogólne warunki ubezpieczenia na życie o oznaczeniu (...) oraz Załącznik nr 1. Warunki umowy zostały powodowi przedstawione przez przedstawiciela pozwanej, przy czym nie poinformował on powoda o opłatach, które zostaną pobrane w razie wcześniejszego rozwiązania umowy. Umowa została rozwiązana w dniu 29 września 2014 r., a pozwana dokonała wypłaty środków zgromadzonych na jego rachunku w wysokości jedynie 12 282,62 zł, zatrzymując pozostałą kwotę, tj., 18 423,92 zł. Podstawę takiego działania pozwanej miały stanowić uregulowania zawarte w OWU, które zdaniem powoda stanowią niedozwolone klauzule umowne w rozumieniu art. 385⁽¹⁾ k.c.

W odpowiedzi na pozew z dnia 22 czerwca 2015 r. pozwana wniosła o oddalenie powództwa oraz zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania. Pozwana zakwestionowała w całości stanowisko powoda, wskazując że postanowienia umowy zawartej z powodem nie zawierają klauzul abuzywnych. Powód przed zawarciem umowy otrzymał komplet dokumentów jej dotyczących, co potwierdził własnym podpisem. Twierdzenia powoda pozostają w sprzeczności z jego oświadczeniami. Ponadto postanowienia dotyczące wypłaty Świadczenia Wykupu określają świadczenia główne i nie mogą w związku z tym zostać poddane kontroli pod kątem abuzywności. Pozwany wskazał, że przejście przez niego odpowiedzialności za zachowanie powoda pomimo powziętych na siebie zobowiązań i świadomości co do długoterminowego charakteru zawartej umowy, który doprowadza do jej ustania przed zakładanym czasem osiągnięcia rentowności, ze szkodą również dla pozwanego, świadczyłoby o niegospodarności zakładu ubezpieczeń i działaniu wbrew zasadzie pokrycia kosztów wykonywanej działalności z pobranych składem zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej. Uznanie tego postanowienia za niedozwolone spowodowałoby ponadto niemożność wykonania przedmiotowej umowy i wypłacenia powodowi jakiegokolwiek Świadczenia Wykupu. Wypłata całości Wartości Części Bazowej Rachunku spowodowałaby zachwianie równości stron umowy ubezpieczenia, gdyż w takiej sytuacji zakład ubezpieczeń winien zwrócić powodowi całość zgromadzonych środków, pomimo udzielenia ochrony ubezpieczeniowej przez cały czas trwania umowy ubezpieczenia i poniesienia wysokich kosztów jej zawarcia i wykonania.

Wyrokiem z dnia 13 listopada 2017 roku, Sąd Rejonowy zasądził od strony pozwanej (...) z siedzibą w W. na rzecz powoda B. D. kwotę 18.423,92 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 21 października 2014 roku do dnia zapłaty (punkt 1); zasądził od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 922 zł z tytułu opłaty od pozwu i kwotę 2.417 zł z tytułu kosztów zastępstwa prawnego (punkt 2); nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Suchej Beskidzkiej kwotę 2.326,86 zł z tytułu wydatków na opinie biegłego wyłożonych ze Skarbu Państwa (punkt 3).

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Przedmiotem działalności pozwanej są ubezpieczenia na życie. W toku postępowania pozwana zmieniła nazwę ze (...) S.A. w W. na (...) Towarzystwo Ubezpieczeń (...)S.A. (...) w W..

Powód B. D. zawarł z pozwaną w dniu 24 czerwca 2010 r. umowę o (...) z (...)ze Składką Regularną (...), nr polisy (...), na okres od 23 czerwca 2010 r. do 23 czerwca 2030 r, ze składką regularną w wysokości 1 800,00 zł opłacaną kwartalnie.

Przed zawarciem umowy z powodem umówił się na spotkanie przedstawiciel pozwanej - P. W., który posiadał numer telefonu powoda od jego sąsiada. Spotkanie odbyło się w domu powoda, podczas którego była obecna również jego żona - E. D.. Powód nie planował zawarcia umowy, natomiast z uwagi na posiadanie umowy ubezpieczenia na życie w innej firmie ubezpieczeniowej chcieli wraz z żoną porównać oferty.

Agent podał, że jeżeli podpiszą umowę, to firma ubezpieczeniowa obejmie ich opieką. Powód osiągnie większy zysk niż w przypadku lokaty bankowej. Agent poinformował, że na takiej polisie nie stracą pieniędzy, przy czym mówił o ryzyku inwestycyjnym, wskazując podział na produkty agresywne lub stabilne. Powód zainteresowany był produktem stabilnym. W przypadku wyboru przez powoda jakichś akcji, po kilku miesiącach pozwana miała skontaktować się nim i poinformować czy przynoszą one zysk i czy ewentualnie trzeba je zmienić. Jedynie w pierwszym roku trwania przedmiotowej umowy miały występować największe koszty i wówczas nie należało takiej polisy likwidować. Agent powiedział, że umowę można wypowiedzieć, ale nie udzielił bliższych informacji na ten temat. Prosił powoda o podanie numerów telefonów do znajomych.

Przedstawiciel pozwanej nie wskazał, że w przypadku wcześniejszego wypowiedzenia umowy pozwana zatrzyma jakąś część środków. Nie mówił jakie są koszty polisy, koszty wynagrodzenia pracowników pozwanej, wynajmu lokali, reklamy, jak również czyją własnością będą środki zgromadzone na koncie.

Podczas spotkania został wypełniony wniosek o zawarcie umowy. Powód wybrał czas trwania umowy, natomiast z tabeli wynikało, że w wieku w jakim jest powinien płacić składkę w wysokości 1 800,00 zł kwartalnie.

Przez pierwszy rok trwania umowy agent telefonował, żeby się spotkać i zmienić zawarte w polisie produkty na inne. W kolejnych latach małżonkowie dzwonili do P. W., ale powiedział że już nie pracuje dla pozwanej. Powód telefonował do pozwanej w celu uzyskania informacji czy jego pieniądze przynoszą zysk czy stratę. Został poinformowany, że otrzyma maile w tym przedmiocie. To jednak nie nastąpiło.

P. W. był doradcą finansowym w (...) S.A. Pracował w systemie rekomendacyjnym. Wniosek o zawarcie umowy został podpisany przez również pracującego w (...) S.A. K. K..

Powód nie mógł indywidualnie ustalić warunków umowy. Nie było możliwości zmiany postanowień wynikających z OWU. Przedstawiciel pozwanej mógł oferować tylko produkty przewidziane w danym pakiecie.

Zgodnie Ogólnymi Warunkami Umowy (...) przedmiotem umowy było życie ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych w okresie, na jaki umowa została zawarta. Celem umowy nie była realizacja zysków w krótkim okresie czasowym (§ 3 ust. 1 OWU).

Zakres ubezpieczenia obejmował zdarzenia ubezpieczeniowe takie jak: dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia albo śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia (§ 3 ust. 2 OWU).

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel był obowiązany wypłacić kwotę równą Wartości Rachunku (w przypadku dożycia ubezpieczonego daty dożycia) bądź kwotę równą Wartości Rachunku powiększoną o kwotę równą 10% Wartości Części Bazowej Rachunku lub kwotę równą sumie wpłaconych Składek Regularnych i Składek Dodatkowych, zmniejszoną o wartość środków odpisanych z Rachunku Jednostek Funduszy w związku z częściowymi wypłatami Świadczenia Wykupu (w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia) (§ 4 ust. 1 i 2 OWU).

W przypadku zajścia zdarzeń określonych w OWU, innych niż wskazane w § 3 ust. 2 lub § 6 ust. 2 (przewidującym możliwość odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od daty doręczenia polisy) ubezpieczyciel miał wypłacić ubezpieczającemu Świadczenie Wykupu w wysokości kwoty nie wyższej niż kwota odpowiadająca Wartości Części Wolnej Rachunku, powiększonej o określony procent Wartości Części Bazowej Rachunku, wskazany w ust. 1 Załącznika nr 1 do OWU (§ 4 ust. 3 OWU). Umowa mogła ulec rozwiązaniu wskutek m.in. wypłaty Świadczenia Wykupu – z dniem doręczenia wniosku o całkowitą wypłatę Świadczenia Wykupu (§ 10 ust. 1 pkt 6 OWU). W przypadku przedterminowego rozwiązania umowy, na skutek m.in. ww. zdarzenia, wypłacana wysokość Świadczenia Wykupu w zakresie Wartości Części Bazowej Rachunku uwzględniała 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 (opłaty: wstępnej, za udzielenie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, za ryzyko, administracyjnej, za zarządzanie aktywami Rachunku Jednostek Funduszy, za zarządzanie aktywami Portfeli Modelowych, operacyjnej, innych opłat z tytułu dodatkowych usług oferowanych przez ubezpieczyciela, związanych z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi, określonymi w szczegółowych regulaminach), jakie byłyby pobierane przez ubezpieczyciela w trakcie całego okresu, na jaki umowa została zawarta. Wypłacający Świadczenie Wykupu ubezpieczyciel nie naliczał ani nie potrącał z wypłaconego świadczenia jakiegokolwiek kary umownej lub odstępnego, w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, związanych z przedterminowym rozwiązaniem umowy (§ 10 ust. 5 OWU).

Ubezpieczający miał prawo począwszy od drugiej Rocznicy Polisy, wystąpić o całkowitą wypłatę Świadczenia Wykupu, pod warunkiem, że opłacił wszystkie Składki Regularne w należnej wysokości, wymagane do dnia złożenia wniosku wskazanego w ust. 3 pkt 1 (tj. wniosku o częściową lub całkowitą wypłatę Świadczenia Wykupu, podpisanego przez osobę uprawnioną do otrzymania Świadczenia Wykupu). Złożenie wniosku o całkowitą wypłatę Świadczenia Wykupu skutkowało rozwiązaniem Umowy z dniem złożenia wniosku (§ 23 ust. 1 OWU). 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 OWU (§ 23 ust. 5 OWU).

Zgodnie z ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU określony procent Części Bazowej Rachunku wypłacany Ubezpieczającemu, w przypadku odpisania Jednostek Funduszy z Części Bazowej Rachunku w związku z całkowitą lub częściową wypłatą Świadczenia Wykupu wynosił w przypadku zawarcia umowy na okres 20-tu lat: 0% w pierwszym i drugim roku umowy, 20% w trzecim, 30% w czwartym, 40% w piątym, 50% w szóstym, 60% w siódmym, 65% w ósmym, 67% w dziewiątym, 69% w dziesiątym, 72% w jedenastym, 74% w dwunastym, 77% w trzynastym, 79% w czternastym, 82% w piętnastym, 84% w szesnastym, 87% w siedemnastym, 90% w osiemnastym, 93% w dziewiętnastym i 96% w dwudziestym.

W pewnym okresie czasu powód przerwał wpłaty składek, ale wówczas poinformowano go, że poniesie w związku z tym większe koszty. Wówczas wznowił wpłaty. Powód wypowiedział umowę z uwagi na brak środków na opłacanie kolejnych składek. W związku ze złożeniem przez powoda wniosku o całkowitą wypłatę Świadczenia Wykupu umowa została rozwiązana z dniem 29 września 2014 r. Na dzień rozwiązania umowy Wartość Umowy została ustalona przez pozwaną na kwotę 30 706,54 zł, natomiast Świadczenie Wykupu na 12 282,62 zł i ta też kwota została pozwanemu wypłacona. Powód wezwał pozwaną do dobrowolnej wypłaty mu całej zgromadzonej przez niego kwoty, bez potrącania jakiegokolwiek opłat zastrzeżonych na wypadek rezygnacji z wykonania umowy, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. Pozwana wezwanie odebrała w dniu 13 października 2014 r.

Pozwana w związku z zawarciem z powodem umowy łącznie poniosła koszty w wysokości 11 442,78 zł, w tym 8 492,21 zł stanowiące koszty prowizji; 1 577,39 zł stanowiące pozostałe koszty akwizycji; 1 357,69 zł stanowiące koszty administracyjne związane z wykonaniem umowy oraz 15,49 zł stanowiące pozostałe koszty techniczne. Łączne koszty poniesione przez pozwaną w związku z zawarciem i kontynuacją do dnia rozwiązania przedmiotowej umowy ubezpieczenia powinny mieścić się w przedziale pomiędzy 10 886,96 zł, a 12 529,67 zł. Wycenienie kosztów ponoszonych przez pozwaną w związku z zawarciem umowy było zgodne z metodami aktuarialnymi. Koszty jakie ponosiła pozwana były przez nią pokrywane z pobieranych opłat. Łącznie pobrane opłaty w trakcie trwania przedmiotowej umowy ubezpieczenia wynosiły 2 080,79 zł. Wszystkie opłaty były pobierane z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Opłaty te służyły pokryciu kosztów w związku z zawarciem i kontynuacją do dnia rozwiązania przedmiotowej umowy ubezpieczenia. Opłaty ze względu na krótki czas trwania umowy ubezpieczenia nie pokryły wszystkich kosztów, dlatego też pozwana zastosowała zapis wskazujący, że Świadczenie Wykupu jest równe wysokości kwoty nie wyższej niż kwota odpowiadająca Wartości Części Wolnej Rachunku, powiększonej o określony procent Wartości Części Bazowej, wskazany w ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU.

Wypłata Wartości Wykupu jest najczęściej realizowanym świadczeniem z umów ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym. W większości umów ubezpieczenia, które są rozwiązywane w początkowym okresie ich trwania, zakłady

ubezpieczeń ponoszą stratę. Nie zawsze ustalenie procentu Wartości Części Bazowej Rachunku, o którym mowa w ww. powołanym ust. 15, w pełni ogranicza ryzyko związane z zachowaniem ubezpieczających.

W rozważaniach prawnych Sąd Rejonowy wyjaśnił, iż postanowienia umowne, zawarte w § 10 i § 23 OWU oraz ust. 15 Załącznika nr 1, przyznające ubezpieczycielowi prawo do wypłaty jedynie 40% środków zgromadzonych na rachunku powoda w przypadku przedterminowego wypowiedzenia umowy, należało uznać za niedozwolone postanowienia umowne, które nie wiążą konsumenta. Powód zawierając umowę ubezpieczenia przystąpił do niej jako konsument w rozumieniu art. 221 k.c., natomiast pozwana zawierała umowę jako przedsiębiorca, co nie było kwestionowane. W myśl art. 385¹ § 1 k.c. postanowienia umowy zawartej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Jednocześnie, stosownie do § 3 powołanego przepisu, za niezgodnione indywidualnie należy uznać te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje (§ 4).

Wątpliwości Sądu Rejonowego nie budziło, że postanowienia przedmiotowej umowy ubezpieczenia, nie były uzgodnione z powodem indywidualnie. Pozwana zawierając umowę posłużyła się jej wzorem, używanym masowo w ramach prowadzonej przez siebie działalności. Również przedstawiciel pozwanej, który miał przedstawić ofertę powodowi wskazał, że nie było możliwości indywidualnego ustalenia warunków umowy z powodem. Powód miał możliwość ustalenia jedynie okresu trwania umowy, w pozostałym zakresie nie miał żadnego wpływu na jej treść, a samo zawarcie umowy było akceptacją postanowień wynikających z wzorca umowy zaproponowanego przez pozwaną. Sąd nie miał również wątpliwości, że postanowienia przewidujące możliwość pomniejszenia należnej ubezpieczającemu kwoty w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy o określoną procentowo kwotę, kształtowały prawa i obowiązki będącego konsumentem powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszając jego interesy. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami Sąd uznał działania, które zmierzają do niedoinformowania i wykorzystania niewiedzy konsumenta, jak również takie które przy tworzeniu klauzul umownych godzą w równowagę kontraktową stosunku obligacyjnego. Przez rażące naruszenie interesów konsumenta należy z kolei rozumieć dyskomfort konsumenta spowodowany takimi okolicznościami jak strata czasu, naruszenie prywatności, niedogodności organizacyjne, wprowadzenie w błąd lub inne uciążliwości, jakie mogły powstać w skutek wprowadzenia do umowy takiego postanowienia.

W ocenie sądu I instancji, postanowienia przedmiotowej umowy w zakresie określenia wysokości Świadczenia Wykupu, w odniesieniu do Wartości Części Wolnej Rachunku oraz określonego procentu Wartości Części Bazowej Rachunku, nie pozwalały na ich jednoznaczne zrozumienie, jak również obliczenie tego jaka kwota zostanie zatrzymana w razie rozwiązania umowy przed upływem okresu jej obowiązywania. Zdaniem Sądu wyżej wymienione sformułowania mogą być niezrozumiałe dla przeciętnego konsumenta, niezajmującego się na co dzień problematyką ubezpieczeń, zwłaszcza jeśli ubezpieczenie połączone jest z inwestowaniem w fundusze kapitałowe. Takie ukształtowanie obowiązku nałożonego na konsumenta pozostaje w sprzeczności z zasadą konstruowania jasnych i przejrzystych postanowień umownych bez zatajania jakichkolwiek okoliczności mających wpływ na prawa i ekonomiczną sytuację konsumenta w razie zawarcia umowy. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika ponadto, że w chwili kiedy powód zawierał umowę nie został jasno poinformowany przez agenta o takich konsekwencjach rozwiązania umowy. Jednocześnie Sąd uznał za naruszające dobre obyczaje faktyczne pozbawienie konsumenta możliwości rozwiązania umowy. Poprzez zastosowanie wskazanego postanowienia konsument mógł albo kontynuować ubezpieczenie, płacąc składki do zakończenia okresu obowiązywania umowy bądź ziszczenia się zdarzenia ubezpieczeniowego, albo zrezygnować z ubezpieczenia i utracić znaczną część środków finansowych wpłaconych uprzednio w postaci składki.

Zdaniem Sądu pomniejszenie świadczenia wykupu zostało wprowadzone z zamiarem blokowania wypowiedzenia przez klienta umowy, a nie potrącenia kosztów, jak twierdziła pozwana. Postanowienia samego OWU nie wyjaśniają jakiemu celowi służy pozostawienie ponad połowy (60%) środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego dla pozwanej, biorąc pod uwagę, że kwota zatrzymana przez pozwaną przewyższa wskazane przez nią koszty, które miała ponieść w związku z zawarciem przedmiotowej umowy. W OWU wskazano jedynie, że koszty te związane są z dystrybucją i zawarciem umowy oraz z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą. Nie można obciążać konsumenta nieczytelnymi, w żaden sposób niezidentyfikowanymi i niedającymi się zweryfikować kosztami akwizycji, reklamy, czy wynagrodzenia pracowników. W tym kontekście nieprzydatna okazała się sporządzona przez biegłego aktuariusza opinia, wskazująca na prawidłowość obliczenia przez pozwaną kosztów jakie poniosła w związku z zawarciem umowy z powodem. Nawet bowiem jeżeli pozwana poniosła wymienione koszty, nie można w związku z powyżej wskazanymi okolicznościami, obciążyć nimi powoda.

Pozwana jako podmiot profesjonalny i mający wyłączny wpływ na treść ukształtowanego wzorca winna była zadbać o takie jego sformułowanie, aby nie narazić się na zarzut sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażące naruszenie interesów konsumenta. Jeżeli natomiast tego nie uczyniła, nie może obecnie powoływać się na poniesione przez siebie koszty. Takiego działania pozwanej nie usprawiedliwia również konieczność prowadzenia przez nią działalności ubezpieczeniowej w sposób zapewniający osiągnięcie rentowności i pokrycia kosztów wykonywanej działalności z pobranych składek. Całkowitego ciężaru poniesienia tego rodzaju kosztów, a w konsekwencji całości ryzyka prowadzonej działalności gospodarczej nie można przerzucać na konsumenta.

Odnosząc się w konsekwencji do ostatniej z przewidzianych w art. 385¹ k.c. przesłanek, ograniczającej dopuszczalność oceny postanowień umowy do tych, które nie określają głównych świadczenia stron, Sąd Rejonowy wskazał, że przedmiotowemu świadczeniu znaczenie takie nie zostało nadane w łączącej strony umowie, a nadto sam charakter tego świadczenia, a więc w istocie rozliczenie wpłaconych przez ubezpieczającego środków finansowych z uwagi na wcześniejsze rozwiązanie umowy, przeczy nadaniu mu takiego znaczenia. Ogólne warunki umowy wprost wskazywały, że przedmiotem ubezpieczenia jest życie powoda oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek. Pozostałe kwestie, w tym te określające skutki całkowitej wypłaty środków zgromadzonych na rachunku przed upływem okresu obowiązywania umowy, w tym możliwość pomniejszenia zgromadzonych przez powoda środków o określoną procentowo kwotę, były natomiast kwestią wtórną i nie stanowiły świadczeń głównych w rozumieniu przepisu art. 385¹ k.c. W związku z tym mogły zostać poddane kontroli pod względem niedozwolonego postanowienia umownego.

W konsekwencji Sąd uznał, iż zastrzeżenie przez pozwaną wypłaty jedynie części wartości środków zgromadzonych przez powoda na wypadek rozwiązania umowy przed upływem okresu jej obowiązywania, uzasadniało zakwalifikowanie go jako niedozwolonego postanowienia umownego w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Konsekwencją uznania przedmiotowego postanowienia umownego za niedozwolone jest jego upadek w całości. Tym samym zatrzymana na jego podstawie przez pozwaną kwota w wysokości 18 423,92 zł jest nienależna i jako taka z mocy art. 405 k.c. w zw. z art. 410 k.c. podlega zwrotowi.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c., od dnia 21 października 2014 r. jako dnia następującego po terminie wyznaczonym przez powoda pozwanej w wezwaniu do zapłaty.

O kosztach orzeczono zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, zawartą w art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 623 t. j.) Sąd nakazał pobrać od pozwanej na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Suchej Beskidzkiej kwotę 2 326,86 zł z tytułu wydatków na opinię biegłego wyłożonych ze Skarbu Państwa.

Apelację od powyższego wyroku wniosła strona pozwana, która zaskarżyła go w całości i zarzuciła Sądowi Rejonowemu naruszenie:

- art. 65 § 1 i § 2 k.c. w zw. z art. 13 ust. 4 pkt 2, pkt 5 i pkt 6 ustawy z dnia 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (obowiązującej w czasie zawarcia i obowiązywania umowy między stronami - DzUbezpU), poprzez brak uznania,

że świadczenie wykupu jest głównym świadczeniem pozwanej na rzecz powoda, a w konsekwencji niesłusznego niezastosowania normy z art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.;

- art. 385¹ § 1 k.c., poprzez uznanie, że postanowienia dotyczące świadczenia wykupu kształtowały prawa powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interes, w szczególności poprzez dokonanie oceny przez pryzmat naruszenia dobrych obyczajów i interesów przeciętnego konsumenta, a nie osoby występującej indywidualnie z powództwem;

- art. 385² k.c. poprzez jego błędną interpretację i niezastosowanie w sprawie, tj. dokonanie indywidualnej kontroli wzorca umownego z pominięciem reguły interpretacyjnej wyznaczonej przez przepisy prawa, w tym w szczególności bez dokonania oceny zgodności postanowień umowy z dobrymi obyczajami według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny, w tym kwestii długoterminowości umowy (20 lat) oraz zadeklarowania składki kwartalnej w wysokości 1.800 zł;

- art. 385¹ § 1 k.c. w zw. z art. 18 ust. 2 DzUbezpU, poprzez nieuwzględnienie przy ocenie naruszenia dobrych obyczajów faktu, że zakłady ubezpieczeń są zobligowane tak tworzyć warunki umów, aby bezwzględnie zabezpieczyć pewność wykonywania wszystkich swoich umownych zobowiązań;

- art. 385² k.c. w zw. z art. 65 § 2 k.c., poprzez jego błędną interpretację i niezastosowanie w sprawie, tj. dokonanie indywidualnej kontroli wzorca umownego z pominięciem reguły interpretacyjnej wyznaczonej w art. 153 DzUbezpU, poprzez jej niezastosowanie i przyjęcie, iż pozwana, jako zakład ubezpieczeń, nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzonej działalności ze środków wpłaconych przez powoda jako składki z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia;

- art. 153 DzUbezpU oraz § 2 ust. 1 pkt. 19-21 oraz art. 16 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. nr 226 poz. 1825 - dalej „Rozporządzenie”) poprzez ich niezastosowanie i przyjęcie, iż pozwana, jako zakład ubezpieczeń, nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzonej działalności ze środków wpłaconych przez powoda jako składka z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia;

- art. 405 k.c. w zw. z art. 410 k.c. w zw. z art. 30a ust. 5 w zw. z art. 24 ust. 15a ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych poprzez błędne zastosowanie art. 405 k.c. i art. 410 k.c. jako podstawy roszczenia powoda i jednocześnie zasądzenie kwoty zysku ponad zubożenie, a tym samym niezastosowanie art. 30a ust. 5 ww. ustawy, podczas gdy po stronie pozwanej powstał obowiązek zapłaty zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych w związku ze znacznym zyskiem powoda z przedmiotowej umowy.

Z ostrożności procesowej, na wypadek uznania przez Sąd Odwoławczy, że pozwana nie była uprawniona do zatrzymania części środków znajdujących się na rachunku ubezpieczeniowym powoda, zarzuciła naruszenie:

- art. 409 k.c., poprzez jego niezastosowanie i nieuwzględnienie faktu, że pozwana, w świetle znajdującej się w aktach dokumentacji kosztowej, zużyła korzyść uzyskaną od powoda w taki sposób, że nie była wzbogacona o różnicę pomiędzy wartością rachunku ubezpieczeniowego a wypłaconym świadczeniem wykupu;

- art. 455 k.c. w zw. z art. 817 § 1 k.c. poprzez zasądzenie odsetek od dnia 21 października 2014 r., podczas gdy odsetki należałoby ewentualnie liczyć najwcześniej od 31 dnia następującego po dniu doręczenia pozwanej wezwania do zapłaty.

W oparciu o podniesione zarzuty, apelująca domagała się zmiany zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenia od powoda na rzecz pozwanej kosztów postępowania za obie instancje, a także obciążenia powoda kosztami z tytułu opinii biegłego.

W odpowiedzi na apelację strony pozwanej, powód wniósł o oddalenie jej w całości i zasądzenie na swoją rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Wobec braku zarzutów co do ustaleń faktycznych Sąd Okręgowy przyjmuje za własne ustalenia faktyczne w kształcie w jakim dokonał tego Sąd Rejonowy.

Bezasadne są zarzuty naruszenia art. 385⁽²⁾ k.c. Sąd Rejonowy dokonał bowiem indywidualnej kontroli wzorca umownego analizując konkretną umowę ubezpieczenia zawartą przez powoda. Wskazał, jakie elementy wskazują na abuzywność postanowień umownych. Ten wątek Sąd Okręgowy rozwinie poniżej. Ta indywidualna kontrola jest odniesiona do wzorca rozsądnego konsumenta. Sąd Okręgowy nie znajduje wśród zarzutów apelacji argumentów pozwalających przyjąć, że wskazywana niżej dysproporcja ryzyka i świadczeń po obu stronach umowy jest akceptowalna dla przeciętnego konsumenta działającego z należyтым rozeznaniem. Sąd Okręgowy podkreśla, że z treści art. 385⁽¹⁾ § 1 k.c. wynika wprost, że postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Sąd Okręgowy podziela pogląd apelującej, że świadczenie wykupu jest tzw. świadczeniem głównym. Świadczenie główne ubezpieczyciela w wypadku wcześniejszego rozwiązania umowy polega na wypłacie ubezpieczającemu określonej sumy, która odpowiada wartości środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczonego. Możliwość pomniejszenia należnej ubezpieczającemu kwoty w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy o określony procent zmierza jedynie do zrekompensowania ubezpieczycielowi określonych w § 10 ust. 5 ogólnych warunków ubezpieczenia 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. W istocie bowiem określa ono dodatkowe świadczenie na rzecz ubezpieczyciela, który jest uprawniony do zatrzymania reszty wartości rachunku. 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 (redukcja do określonego w załączniku poziomym procentowego) o poniesione przez ubezpieczyciela koszty jest kwestią wtórną, która nie wchodzi w zakres realizacji świadczenia z umowy na rzecz ubezpieczonego, ale służy jedynie zaspokojeniu określonych kosztów ubezpieczyciela, czyli realizacji zupełnie innego świadczenia. Zagadnienie to pozostaje w ogóle w oderwaniu od kwestii czy strona pozwana ma prawo do pokrycia kosztów ze składek ubezpieczeniowych czy też czerpania zysków, bo takie prawo niewątpliwie posiada jako podmiot prowadzący działalność gospodarczą. Nie ma więc mowy o naruszeniu art. 153 DzUbezpU oraz § 2 ust. 1 pkt. 19-21 oraz art. 16 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. Istotne jest to, czy poszczególne postanowienia umowne kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (art. 385⁽¹⁾ § 1 k.c.). Badanie to dokonywane jest według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny (art. 385⁽²⁾ k.c.). Szeroką analizę postanowień umownych o charakterze takim jak w niniejszej sprawie przeprowadził Sąd Najwyższy w Wyroku z dnia 18 grudnia 2013 r. (I CSK 149/13, OSNC 2014/10/103, LEX nr 1413038, Biul.SN 2014/2/14, M.Prawn. 2014/17/923). Sąd Najwyższy wskazał, że w przypadku umowy mieszanej z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału jest zrozumiałe, że pozwany pozostaje zainteresowany jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania. Zdaniem Sądu Najwyższego mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może jednak polegać na obciążaniu ich, w przypadku wypowiedzenia przez nich umowy przed upływem 10 lat jej trwania, opłatami likwidacyjnymi, których charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w ogólnych warunkach umowy wyjaśnione. "Rażąco naruszenie interesów konsumenta" w rozumieniu art. 385⁽¹⁾ § 1 k.c. oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym, natomiast "działanie wbrew dobrym obyczajom" w zakresie

kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. Obie wskazane w tym przepisie formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają zakres określony przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 832/04, "Biuletyn SN" 2005, nr 11, s. 13). Zakwestionowane w niniejszej sprawie postanowienie umowne uprawnia konsumenta do uzyskania - w razie wypowiedzenia umowy w piątym roku obowiązywania - 40 % zgromadzonych środków i to bez względu na wysokość uiszczanej przez konsumenta składki za to w odniesieniu do wartości zgromadzonych środków, które są niezależne od ponoszonych kosztów, a zatem ustanawia na rzecz strony pozwanej świadczenie w wysokości 60% wartości tych środków. Za Sądem Najwyższym należy podzielić pogląd, że przejęcie przez ubezpieczyciela całości lub znacznej części zgromadzonych środków w oderwaniu od rozmiaru uiszczonych przez ubezpieczającego składek rażąco narusza interes konsumenta, a ponadto jest wyrazem nierówności stron tego stosunku zobowiązaniowego, gdyż kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Zwrócić wreszcie należy uwagę, że ubezpieczyciel pobiera w czasie trwania umowy opłaty o różnym charakterze, w tym opłatę wstępną, opłatę za udzielenie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, opłatę za ryzyko, opłatę administracyjną, dwie opłaty za zarządzanie aktywami, opłatę operacyjną. Nie sposób przyjąć aby przy naliczaniu tak znacznej ilości różnych opłat wszystkie koszty umowy pokrywane miały być wyłącznie z wartości ewentualnego świadczenia wykupu, tym bardziej, że kwota przeznaczana na rzekome pokrycie kosztów wiązana jest nie z tymi kosztami lub określoną składką, ale wartością zgromadzonych środków. Nie wiąże zatem zwrotu kosztów z ich wysokością, ale z wartością zainwestowanych środków i wysokością świadczenia należnego ubezpieczonemu. W istocie więc odrywa zwrot kosztów od świadczenia wzajemnego ubezpieczającego jakim jest składka (świadczenie ściśle określone w dacie zawierania umowy) i w to miejsce odnosi zwrot kosztów do wartości świadczenia, które ma spełnić samo Towarzystwo Ubezpieczeniowe, to jest ten sam podmiot, który poniósł koszty. Umowa przyznaje pozwanemu prawo rozliczenia kosztów związanych z dystrybucją i zawarciem umowy oraz kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, a zatem kwot konkretnych i w pewnym momencie jednoznacznie określonych z procentem wysokości przyszłego świadczenia, którego wysokość jest jeszcze nieznaną. Takie odniesienie nie realizuje postulatu określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Zasady ustalania wysokości kosztów nie zostały w ogólnych warunkach ubezpieczenia ani w umowie określone. Tak określony mechanizm nie ma na celu zwrotu ubezpieczycielowi realnie poniesionych kosztów, ale raczej zniechęcenie konsumenta do wcześniejszego rozwiązania stosunku umownego, bez jednoczesnego umożliwienia mu już w chwili zawarcia umowy oceny wysokości tych kosztów. Takie ukształtowanie obowiązku nałożonego na konsumenta jest niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz z zasadą konstruowania jasnych i przejrzystych postanowień umownych. Samo tylko odwołanie się przez stronę pozwaną w § 10 ust. 5 OWU do kosztów związanych z dystrybucją i zawarciem umowy oraz kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą tylko pozornie spełnia wymogi, jakie uznać można za pożądane w świetle cytowanego orzecznictwa Sądu Najwyższego. Dlatego uznać je należy za niewystarczające z punktu widzenia wskazanego standardu ochrony konsumenta. Po pierwsze, nadal - pomimo formalnego wskazania, iż pomniejszenie świadczenia następuje o określone koszty - mechanizm ustalania konkretnych kosztów dotyczących przedmiotowej umowy nie został konsumentowi wskazany, skoro jego odniesienie następuje tylko do określonego procentu potrącenia. W dalszym ciągu konsument nie jest zatem w chwili zawarcia umowy w stanie realnie ocenić wszystkich aspektów proponowanej przez pośrednika umowy ubezpieczenia, a w szczególności nie jest świadomy realnej wysokości „kosztów”, jakie ubezpieczyciel określa mianem kosztów związanych z dystrybucją i zawarciem umowy oraz kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą. Takie sformułowanie ogólnych warunków ubezpieczenia uniemożliwia konsumentowi dokonanie rzeczywistej weryfikacji wysokości kosztów i poprawności ich wyliczenia. Sposób określenia kosztów poprzez odniesienie się do jedynie do procentowej wartości rynkowej funduszu bez wskazania sposobu ustalania ich wysokości, pozostaje w całkowitym oderwaniu od faktycznie poniesionych kosztów związanych z umową co przeczy uzasadnieniu takiego ukształtowania analizowanego postanowienia umownego i pozwala stronie pozwanej na obciążenie konsumenta dowolnie i jednostronnie generowanymi kosztami, na które konsument nie ma wpływu,

ani których ponoszenia nie jest świadomy. W niniejszej sprawie dobitnie na rażące naruszenie interesów konsumenta w takiej konstrukcji umowy wskazuje przedłożenie przez stronę pozwaną zestawienia poniesionych przez nią kosztów (k. 59), z którego wynika, że koszty związane z umową obejmowały łącznie 11.442,78 zł a w sumie tych kosztów wskazano koszty administracyjne, które winna pokrywać miesięczna opłata administracyjna (§ 24 ust. 6 OWU). Część kosztów musi także być pokrywana z opłat za zarządzanie wynikających z § 24 ust. 7 i 8 OWU). W istocie koszty prowizji i akwizycji zamknęły się kwotą 10.069,60 zł, a zatem o ponad 8.000 zł niższą niż zatrzymana kwota części świadczenia wykupu. Wskazuje to dobitnie na to, że tak określony mechanizm w praktyce nie jest związany z rzeczywiście ponoszonymi kosztami i nie ma na celu zwrotu ubezpieczycielowi realnie poniesionych kosztów, ale raczej zniechęcenie konsumenta do wcześniejszego rozwiązania stosunku umownego, bez jednoczesnego umożliwienia mu już w chwili zawarcia umowy oceny realnej (kwotowej) wysokości obciążenia. Trzeba także zauważyć, że ryzyko pozwanego Towarzystwa ogranicza się do konieczności wypłacenia świadczenia, którego wartość wynika co do zasady wyłącznie z wartości rachunku (ewentualnie tylko powiększonej o 10 % części bazowej), a zatem ponownie jest wprost pochodną zainwestowanych składek (§ 4 OWU). Innymi słowy pozwane Towarzystwo odpowiada za swoje świadczenia co do zasady wyłącznie w zakresie wartości pochodnej od uiszczonych składek, a udział jej własnego kapitału jest znikomy. To czyni zasadniczą różnicę tego typu umowy ubezpieczenia z klasyczną umową ubezpieczenia, gdzie wysokość składki szacowana jest w stosunku do wysokości sumy ubezpieczenia i szacowanej długości życia ubezpieczonego. W tym ostatnim przypadku odpowiedzialność Towarzystwa jest równa sumie ubezpieczenia, która zwłaszcza w pierwszej fazie obowiązywania umowy, nie znajduje jeszcze pokrycia w składkach. W przypadku tak skonstruowanej umowy jak ta będąca przedmiotem badania w niniejszej sprawie pozwane Towarzystwo nie ponosi istotnego ryzyka wykraczającego poza składki uiszczone przez powoda, jednocześnie mając zawsze zagwarantowane z każdej umowy (a nie ich pakietu) minimum zwrotu własnych kosztów w odniesieniu do procenta wartości wykupu oraz zysk niezależnie od czasu trwania umowy i wypłacanych świadczeń. Świadczy to o rażącym braku ekwiwalentności świadczeń w zakresie ryzyka wcześniejszego rozwiązania umowy. Towarzystwo ubezpieczeń pokrywa bowiem wszystkie wyliczone przez siebie koszty natomiast wobec konsumenta odpowiada wyłącznie pozostałą wartością polisy. Przeczy to zarówno istocie ochrony ubezpieczeniowej jak i rzekomo inwestycyjnemu charakterowi umowy (konsument nie może wycofać środków bez utraty znaczącej ich części). W konsekwencji całość ryzyka przeniesiona jest na konsumenta, co niewątpliwie jest dla niego niekorzystne. Zwłaszcza w początkowym okresie relacje świadczenia konsumenta i jego uprawnienia pozostają w rażącej dysproporcji. Takie ukształtowanie świadczenia wykupu jest zatem swoistą sankcją za niewierność. Takie ukształtowanie obowiązku nałożonego na konsumenta jest niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta. Niezależnie od tego trzeba wskazać, że skoro umowa ubezpieczenia z funduszem kapitałowym stanowi połączenie umowy ubezpieczenia z umową o zarządzanie powierzonymi środkami (to jest z elementem inwestycyjnym), co przesądza o charakterze świadczenia wykupu jako świadczenia głównego, to tym bardziej kwestia ograniczenia wysokości świadczenia strony pozwanej z tytułu świadczenia wykupu musi pozostawać w realnym i rzeczywistym związku z kosztami tej sfery działalności ponoszonymi przez pozwaną, a nie jedynie w związku z czasem trwania umowy. Jest to wyraźnie widoczne zwłaszcza w przypadku, kiedy konsument postanawia rozwiązać umowę, albowiem nie przynosi oczekiwanych dochodów z inwestycji. Powyższa ocena nie ma związku ze świadomością konsumenta co do ryzyka rozwiązania umowy. Istotne jest bowiem nie to, czy konsument ma świadomość ryzyka, ile to w jaki sposób ryzyko (a w istocie konsekwencje) związane z wcześniejszym rozwiązaniem umowy zostały rozłożone pomiędzy stronami. Zachodziły zatem podstawy do uznania kwestionowanych postanowień umownych za niedozwolone. W konsekwencji należało uznać, że strona pozwana nienależycie wykonała swoje zobowiązanie (art. 471 k.c.). Nie wypłaciła bowiem całości należnego świadczenia albowiem abuzywnie okazało się ograniczenie tej wysokości wskazane w OWU. Zasadnie powód domaga się zatem zasądzenia kwoty dochodzonej w pozwie. Świadczenie to winno być wypłacone już na skutek rozwiązania umowy. Nie było więc konieczne dodatkowe wezwanie do zapłaty kwoty dochodzonej pozwem. Powód może zatem domagać się odsetek za opóźnienie (zgodnie z art. 481 § 1 i 2 k.c.) od dnia wskazanego w pozwie. Skoro dochodzone roszczenie wynika z nienależytego wykonania umowy, to bezzasadne są zarzuty oparte o art. 409 k.c. oraz art. 405 k.c. w zw. z art. 410 k.c. Rozliczenie stron nie wynika bowiem z bezpodstawnego wzbogacenia. Nie ma też mowy o jakimkolwiek wzbogaceniu z tytułu obowiązku zapłaty zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych w związku z znacznym zyskiem powoda z przedmiotowej umowy. To, że z art. 30a ust. 5 w zw. z art. 24 ust. 15a ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych wynika po stronie pozwanej obowiązek uiszczenia zaliczki na poczet podatku

dochodowego nie daje podstaw do pomniejszenia zasądzenia należnego powodowi świadczenia. Zaliczkę, w oparciu o powyższe przepisy, oblicza się bowiem biorąc za podstawę wyjściową obliczeń kwotę należnego świadczenia. Wyrok zasądający dochodzone roszczenie obejmuje kwotę należną powodowi. Od tej kwoty winna być dopiero obliczona i odprowadzona zaliczka na poczet podatku dochodowego. W innym przypadku dochodziłoby bowiem do podwójnego obciążenia powoda zaliczką na ten podatek.

Wobec powyższego apelację należało uznać za nieuzasadnioną i oddalić ją na zasadzie art. 385 k.p.c.

Konsekwencją oddalenia apelacji jest obciążenie strony pozwanej kosztami postępowania odwoławczego na zasadzie art. 98 k.p.c. Na koszty te składa się koszt zastępstwa procesowego obliczony od wartości przedmiotu zaskarżenia na podstawie § 2 pkt 5 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia apelacji

SSO Anna Nowak SSO Zbigniew Zgud SSO Agnieszka Cholewa-Kuchta