

Sygnatura akt II Ca 1907/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 grudnia 2018 r.

Sąd Okręgowy w Krakowie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Lucyna Rajchel
Sędziowie:	SO Agnieszka Cholewa – Kuchta SO Grzegorz Buła (sprawozdawca)

Protokolant: sekr. sądowy Dorota Gąsior

po rozpoznaniu w dniu 19 grudnia 2018 r. w Krakowie

na rozprawie

sprawy z powództwa P. Z.

przeciwko Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą we W.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej od wyroku Sądu Rejonowego dla Krakowa – Nowej Huty w Krakowie z dnia 14 czerwca 2018 r., sygnatura akt I C 3787/17/N

1. oddala apelację;

2. zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 2 700 zł (dwa tysiące siedemset złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego.

SSO Grzegorz Buła SSO Lucyna Rajchel SSO Agnieszka Cholewa - Kuchta

## UZASADNIENIE

wyroku z dnia 19 grudnia 2018 roku

Powód P. Z. wniósł o zasądzenie od strony pozwanej – Towarzystwa (...) S.A. we W. – kwoty 74.339 zł wraz z odsetkami ustawowymi za czas opóźnienia od dnia 7 lutego 2017 roku oraz kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazał, że w maju 2009 roku za pośrednictwem (...) Bank S.A. (ówcześnie (...) Bank S.A.) przystąpił do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem na Życie Kapitałowym (...), gdzie ubezpieczycielem była strona pozwana. Przed zawarciem umowy nie zostały mu przedłożone żadne wzorce umowne. Wartość polisy powoda na dzień umorzenia jednostek tj. we wrześniu 2016 roku w związku z jego

wnioskiem o wypłatę całkowitą (wobec rezygnacji z ww. ubezpieczenia) wynosiła 495.592,06 zł. Pozwane towarzystwo ubezpieczeń dokonało zwrotu zgromadzonych na rachunku powoda środków, zatrzymując jednak kwotę 74.338,81 zł (15 % wartości polisy) tytułem opłaty likwidacyjnej. Powód podniósł, że postanowienia zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia, pozwalające na pobieranie przez stronę pozwaną opłaty likwidacyjnej, po pierwsze nie zostały mu doręczone, a po drugie stanowią niedozwolone klauzule umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i jako takie nie wiążą powoda, co oznacza, że ww. kwota winna zostać mu zwrócona.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu, wskazując na brak legitymacji biernej, możliwość zapoznania się powoda ze wszystkim wzorcami, a także brak abuzywności klauzul dotyczących opłaty likwidacyjnej.

Wyrokiem z dnia 14 czerwca 2018 roku Sąd Rejonowy dla Krakowa – Nowej Huty w Krakowie zasądził od strony pozwanej Towarzystwa (...) SA we W. na rzecz powoda P. Z. kwotę 74.338,81 zł wraz z odsetkami ustawowymi za czas opóźnienia od dnia 7 lutego 2017 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 9134 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania.

Powyższy wyrok został wydany w następującym stanie faktycznym ustalonym przez Sąd Rejonowy:

W maju 2009 roku powód P. Z. przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym funduszem Kapitałowym (...), w wyniku czego otrzymał Certyfikat nr (...). Do przystąpienia do umowy przez powoda doszło w wyniku spotkania z pracownikiem (...) Bank S.A. (ówcześnie (...) Bank S.A.) A. G.. Powód był przekonany, że oferowany mu produkt stanowi dobrą lokatę kapitału, gdyż tak został on przez tego pracownika przedstawiony powodowi (miał gwarantować „pewność złożonego kapitału”, a pobierane opłaty – 1 % składanego kapitału- były dość niskie). A. G. jako jedyne koszty wskazywał 1 % miesięcznie od składanego kapitału. Nic nie wspominał, że w razie przedwczesnego rozwiązania umowy (miała trwać 15 lat) będzie pobierana jakaś opłata likwidacyjna. Nic nie mówił także o prowizji, którą miał otrzymać za przystąpienie do umowy przez powoda.

P. Z. nie był wówczas klientem (...) Banku, nie zawierał żadnych umów z ww. bankiem, nie otrzymał żadnych korzyści związanych z przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym funduszem Kapitałowym (...).

Po podpisaniu deklaracji przystąpienia, powód otrzymał ogólne warunki umów. Nie przeczytał ich jednak dokładnie.

Z C. wynikało, że ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem (...) Banku SA (...) zawartej dnia 22 kwietnia 2009 roku pomiędzy Towarzystwem (...). Ubezpieczającym był (...) Bank S.A., ubezpieczonym P. Z., okres odpowiedzialności obejmował od dnia 5 czerwca 2009 roku do 5 czerwca 2024 roku, wysokość składki zainwestowanej to kwota 798.750 zł, suma ubezpieczenia z tytułu zgonu to 101% wartości rachunku, a suma ubezpieczenia z tytułu dożycia do końca okresu odpowiedzialności to 100% wartości rachunku.

Zasady na jakich Ubezpieczyciel obejmował ochroną ubezpieczeniową klientów (...) Bank S.A. w tamtym czasie zostały określone w Warunkach (...) (kod: 2009\_ (...)\_v.01). W świetle ww. warunków:

- rozdział 1 zawierał definicje min. „całkowitego wykupu (pkt 3), daty umorzenia (pkt6), deklaracji przystąpienia (pkt 7), klienta (pkt 12), okresu odpowiedzialności (pkt 14), składki bieżącej (pkt20), składki pierwszej (pkt21), składki zainwestowanej (pkt 22), świadczenia ubezpieczeniowego (pkt 23), ubezpieczającego (pkt 24), ubezpieczyciela (pkt 25), ubezpieczonego (pkt 26), ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (pkt 27), umowy (pkt 28), uprawnionego (pkt 29), zdarzenia ubezpieczeniowego (pkt 34),

- przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego, a ochrona ubezpieczeniowa była udzielana przez ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub dożycia ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności. Ponadto, jako cel ubezpieczenia wskazano gromadzenie i

inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „(rozd. 2 pkt 1 i 2 OWU),

- okres odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego został określony na 180 miesięcy, a jego koniec nastąpić miał z upływem tego okresu, a także z dniem zgonu ubezpieczonego, z dniem rezygnacji przez ubezpieczonego z ubezpieczenia lub z dniem rozwiązania przez ubezpieczonego stosunku ubezpieczenia w przypadkach, o których mowa we Rozdziale 5 pkt 7 i 8 – w zależności od tego, co nastąpi pierwsze (rozd. 3 pkt 1 i 2 OWU),

- warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową było m.in. złożenie za pośrednictwem Ubezpieczającego ( (...) Bank S.A.) podpisanej Deklaracji Przystąpienia (przystąpienie do ubezpieczenia) – (rozdział 4 pkt 1.1),

- do obowiązków Ubezpieczonego z tytułu zawartej umowy należało opłacanie zadeklarowanych w deklaracji przystąpienia składek bieżących oraz składki pierwszej, których minimalna wysokość została określona w „Tabeli Opłat i Limitów Składek” (rozd. 5 .1 i 5.4),

- ubezpieczyciel zastrzegł sobie prawo do pobierania opłaty administracyjnej (w tym opłaty za ryzyko) oraz opłaty likwidacyjnej (rozd. 8 pkt 1.1.1-2 OWU). Pierwsza z opłat pobierana była miesięcznie ze składki bieżącej w dniu jej zapłaty (rozd. 8 pkt 3 OWU), natomiast opłata likwidacyjna była naliczana i pobierana procentowo od wartości umorzonych jednostek uczestnictwa funduszu z rachunku Ubezpieczonego w przypadku całkowitego wykupu. Pobranie następowało poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej Ubezpieczonemu o wartość opłaty likwidacyjnej (rozd. 8 pkt 4 OWU),

- w rozdziale 10 i 12 określono warunki wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych. w razie zgonu Ubezpieczonego lub dożycia Ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności,

- potwierdzeniem objęcia ochroną ubezpieczeniową dla Ubezpieczonego było wystawienie przez Ubezpieczyciela Certyfikatu (rozdział 13),

- rozdział 14 określał kwestię rezygnacji z ubezpieczenia i całkowitego wykupu, w tym zgodnie z pkt 4 w razie rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia, Ubezpieczyciel w terminie 14 dni roboczych od dnia otrzymania oryginału oświadczenia w tym zakresie, wypłacał środki z tytułu całkowitego wykupu na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w „oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia”. Nadto zgodnie z pkt 6 w razie całkowitego wykupu Ubezpieczyciel miał wypłacić Ubezpieczonemu kwotę równą Wartości Rachunku pomniejszoną o stosowny podatek od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania składki Pierwszej oraz Składek Bieżących) oraz Opłatę Likwidacyjną.

Wysokość wskazanych opłat została określona w Tabeli Opłat i Limitów. Wysokość opłaty likwidacyjnej została określona jako procent wartości rachunku ubezpieczonego. W pierwszym, drugim i trzecim roku było to 80%, w czwartym 75%, w piątym 50%, w szóstym 30%, w siódmym 20 %, w ósmym 15%, w kolejnych latach procent ten malał aż do 15 roku, kiedy wynosił 1%.

W trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w związku z przystąpieniem powoda do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym funduszem Kapitałowym (...) wszystkie składki: bieżące i pierwszą uiszczał powód.

Powód zdecydował się na wcześniejszą rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej, gdyż nabyty produkt zamiast przynosić mu zysk, przynosił straty.

Na dzień 27 września 2016 roku, kiedy ustalano powodowi wartość całkowitego wykupu, wartość jego rachunku wynosiła 495.592,06 zł, wysokość opłaty likwidacyjnej wynosiła 74.338,81 zł (15%). Kwota wpłaconych składek wyniosła natomiast 515.815 zł, a pobranej przez stronę pozwaną opłaty administracyjnej 54.315 zł.

Strona pozwana wypłaciła powodowi z tytułu całkowitego wykupu łącznie kwotę 421.253,25 zł.

Pismem z dnia 12 stycznia 2017 roku, doręczonym stronie pozwanej w dniu 30 stycznia 2017 roku, powód wezwał stronę pozwaną do zapłaty w terminie 7 dni, licząc od doręczenia wezwania, kwoty 90.000 tytułem bezpodstawnego zatrzymania tej kwoty z tytułu rozwiązania umowy ubezpieczenia.

(...) Bank S.A. świadczył na rzecz strony pozwanej usługi pośrednictwa finansowego. Za tego typu usługi świadczone w maju 2009 roku wystawiła stronie pozwanej w dniu 5 czerwca 2009 roku fakturę VAT na kwotę 3 869 100 zł, która została w okresie późniejszym zapłacona.

Dokonując oceny prawnej roszczenia Sąd Rejonowy wskazał, że powództwo było zasadne w całości.

Sąd ten stwierdził, że powód przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej pomiędzy stroną pozwaną a (...) Bank S.A. (obecnie (...) Bank S.A.) z alokacją środków pieniężnych na ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym (...), a także iż zgodnie z treścią warunków ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego, przy czym pozwane Towarzystwo zobowiązało się do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej na wypadek zgonu ubezpieczonego lub dożycia przez niego oznaczonego w umowie okresu odpowiedzialności, a warunki ubezpieczenia określały sposób obliczenia świadczenia w przypadku zaistnienia każdego z tych zdarzeń. Jednocześnie celem ubezpieczenia miało być gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Obowiązkiem ubezpieczonego było opłacanie składek - składki pierwszej i składek bieżących, za które następnie ubezpieczyciel, czyli strona pozwana, po pomniejszeniu ich o opłatę administracyjną nabywał jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym.

Sąd pierwszej instancji uznał, że umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym była umową o charakterze mieszanym, zawierającą w sobie zarówno elementy umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 805 k.c. i następne, jak i elementy umowy inwestycyjnej. Zdaniem Sądu Rejonowego, możliwość takiej konstrukcji umowy przewiduje wprost art. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a zatem, zawieranie umów o ubezpieczenie wraz z lokowaniem składek w jednostki uczestnictwa było dopuszczalne w świetle treści art. 353<sup>1</sup> k.c. Sąd Rejonowy podniósł, iż ukształtowanie stosunku obligacyjnego w taki sposób, że jego treść lub cel pozostają w sprzeczności z ustawą, z zasadami współżycia społecznego lub właściwością zobowiązania, wywołuje skutki określone ogólnymi regułami o dokonywaniu czynności prawnych ujętymi w przepisie art. 58 k.c. Przekroczenie którejkolwiek z granic swobody umów oznacza więc nieważność całej umowy, jako sprzecznej z ustawą, a jeżeli przekroczenie zakresu kompetencji podmiotu dotyczyło tylko części umowy, wówczas czynność jest ważna w pozostałej części chyba, że bez postanowień dotkniętych nieważnością umowa nie zostałaby dokonana.

Sąd Rejonowy stwierdził, że z treści przepisów kodeksu cywilnego dotyczących umowy ubezpieczenia wynika, iż zawarcie umowy ubezpieczenia nie wymaga żadnej szczególnej formy i dochodzi ona do skutku przez zgodne oświadczenia stron. Kwestię ubezpieczenia na cudzy rachunek reguluje natomiast art. 808 k.c. Zgodnie z tym przepisem, ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nawet nie być imiennie wskazany w takiej umowie chyba, że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. Zgodnie z § 2 tego przepisu, roszczenie o zapłatę składki, przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Zgodnie z § 3 ubezpieczony jest natomiast uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba, że strony uzgodniły inaczej, jednakże uzgodnienie takie nie może być dokonane, jeżeli wypadek już zaistniał.

Sąd Rejonowy stwierdził, że w standardowej umowie ubezpieczenia stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający, który jest jednocześnie ubezpieczonym. Z kolei art. 808 k.c. reguluje konstrukcję umowy na cudzy rachunek. Z treści powołanego przepisu wynika, że w umowie tej ubezpieczony zostaje cudzy interes majątkowy lub niemajątkowy, a ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest na rzecz osoby ubezpieczonej, jednakże obowiązek opłacenia składki obciąża wyłącznie ubezpieczającego. Sąd ten wskazał, że stronami zawartej umowy są zatem ubezpieczyciel i ubezpieczający, zaś ubezpieczony jest osobą trzecią, na rzecz której ma być spełnione świadczenie. Zdaniem Sądu pierwszej instancji, tak zawarta umowa odpowiada regulacji dotyczącej tak zwanych umów na rzecz osoby trzeciej,

w której jedna ze stron zobowiązuje się spełnić świadczenie na rzecz osoby trzeciej, niebiorącej udziału w umowie (art. 393 k.c. tak zwane pactum in favorem tertii). Przy takiej konstrukcji umowy to ubezpieczyciel i ubezpieczający są związani węzłem obligacyjnym, zaś ubezpieczony jako podmiot trzeci jest wyłącznie uprawniony do odbioru świadczenia, w sytuacji zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Sytuacja prawna obydwu podmiotów kształtuje się więc odmiennie. Na ubezpieczającym ciąży obowiązek zapłaty składki, od którego jest zwolniony ubezpieczony, który z kolei jest uprawniony do żądania wypłaty świadczenia bezpośrednio do ubezpieczyciela, chyba że strony umówiły się odmiennie. Tej konstrukcji umowy odpowiada treść dalszych przepisów dotyczących umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. Obowiązek zapłaty składki jest obowiązkiem o charakterze essentialia negotii umowy ubezpieczenia i jak wynika z treści przepisu spoczywa wyłącznie na ubezpieczającym (nawet jeżeli ekonomicznie obciążony zostałby nim ubezpieczony – vide wyrok SN z dnia 12 stycznia 2018 roku II CSK 222/17).

W ocenie Sądu Rejonowego, w tym zakresie przepis art. 808 § 2 k.c. ma charakter obligatoryjny i nie może być zmieniany w drodze indywidualnych uzgodnień między stronami, natomiast w umowie grupowego ubezpieczenia na życie, do której przystąpił powód (według treści warunków ubezpieczenia (...)) ubezpieczającym jest (...) Bank Spółka Akcyjna, na którego warunki te nie nakładają żadnych obowiązków, zwłaszcza związanych z opłacaniem składki. Obowiązkiem płatności został w tej umowie obciążony powód, pomimo wskazania, że jest wyłącznie ubezpieczonym. Zdaniem Sądu pierwszej instancji, w tym więc zakresie, to jest w zakresie obowiązku zapłaty składki przez ubezpieczonego, postanowienia umowy grupowego ubezpieczenia, są sprzeczne z postanowieniami kodeksu cywilnego a w konsekwencji nieważne. Sąd pierwszej instancji wskazał, że sankcja nieważności, która zgodnie z art. 58 k.c. związana jest z czynnością prawną sprzeczną z ustawą albo mającą na celu obejście ustawy lub sprzeczną z zasadami współżycia społecznego, doznaje ograniczenia tylko do niektórych jej postanowień, a w pozostałej części czynność prawna pozostaje w mocy, chyba że z okoliczności wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością nie zostałyby ona przez strony dokonana. Sąd stwierdził, że dla utrzymania czynności prawnej konieczne jest, aby jej ważne postanowienia obejmowały, co najmniej jej minimalną treść, bez której żadna czynność nie tylko nie mogłaby zostać dokonana, ale także utrzymana w mocy. E. negotii rozumiane jako cechy konstruktywne danego typu czynności prawnej, w odniesieniu do typowych czynności prawnych, określają tą właśnie minimalną treść. Ich brak powoduje jej nieważność i jednocześnie nie może być ona utrzymana w mocy. W ocenie Sądu Rejonowego niewątpliwie do essentialia negotii umowy ubezpieczenia należy określenie podmiotu obowiązującego do uiszczenia składki. Skoro więc w tym zakresie ww. umowa jest nieważna, to nie ma możliwości utrzymania mocy pozostałych jej części.

W związku z powyższą argumentacją Sąd Rejonowy stwierdził, że wobec nieważności przedmiotowej umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie, powód już tylko na tej podstawie, mógł domagać się zwrotu od strony pozwanej dochodzonej pozwem kwoty jako świadczenia nienależnego (art. 410 k.c.), gdyż umowa zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia.

Sąd pierwszej instancji stwierdził, że powództwo byłoby zasadne także wówczas gdyby założyć, że w samej umowie grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem (...) Bank SA (...) zawartej w dniu 22 kwietnia 2009 roku, obowiązek zapłaty składki został nałożony na ubezpieczającego, a nie ubezpieczonego. Jakkolwiek bowiem w tej sytuacji możliwe byłoby uznanie tej umowy za ważną, to warunki ubezpieczenia (...) (kod 2009\_ (...)\_v.01) oraz Tabela opłat i limitów, stanowiące wzorce umowne, które nie były uzgadniane indywidualnie z powodem, przystępującym do umowy grupowego ubezpieczenia jako konsument, zawierają klauzule abuzywne uzasadniające żądanie powoda wypłaty kwoty zatrzymanej przez stronę pozwaną.

Sąd Rejonowy podniósł, że z literalnego brzmienia omawianego wzorca (Rozdział 8 pkt 4) w przypadku całkowitego wykupu ubezpieczyciel dokonuje pobrania opłaty likwidacyjnej w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów składek od wartości umorzonych Jednostek Uczestnictwa Funduszu z rachunku. Zdaniem Sądu Rejonowego, w tej sytuacji nie można uznać, że opłata likwidacyjna jest równoznaczna ze świadczeniem głównym. Według Sądu Rejonowego, za świadczenie główne można byłoby co najwyżej uznać samo świadczenie wykupu, czyli jak w tym przypadku wartość polisy, ale nie zawartą w nim wprost nazwaną opłatę likwidacyjną, która de facto stanowi sankcję za wcześniejsze rozwiązanie umowy. Sąd pierwszej instancji podniósł, iż kwestię tzw. opłaty likwidacyjnej, jednoznacznie rozstrzygnął Sąd Apelacyjny w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, przyjmując,

że potrącana przez ubezpieczyciela opłata likwidacyjna jest świadczeniem konsumenta nie będącym świadczeniem głównym, ale bliżej nieokreśloną czynnością przedsiębiorcy, a pobierana jest w razie wygaśnięcia umowy w sytuacji niedopełnienia obowiązków kontraktowych przez konsumenta bądź wypowiedzenia przez niego umowy (wyrok SA w Warszawie z dnia 26 czerwca 2012 roku VI ACa 87/12). Ponadto Sąd Rejonowy stwierdził, że w tym przypadku konstrukcja całkowitego wykupu uzależniająca wysokość wypłaty zgromadzonych środków od roku, w którym dochodzi do wycofania pieniędzy, nie jest niczym innym niż ukrytym zawarciem sankcji za wcześniejszą rezygnację konsumenta z umowy. Odgrywa zatem taką samą rolę, jak wspomniana wcześniej opłata likwidacyjna. Sąd pierwszej instancji wskazał, iż utrwalone jest orzecznictwo sądów powszechnych uznające za rażące naruszenie interesów konsumenta postanowienia umowne dotyczące tzw. opłaty likwidacyjnej (manipulacyjnej, końcowej) ukrytej pod postacią ustalenia wartości wykupu całkowitego, w sytuacji gdy jej wysokość jest niewspółmierna do ponoszonych przez ubezpieczyciela kosztów, stanowi większą część wpłaconych przez konsumenta składek oraz jest pobierana w każdej sytuacji rozwiązania lub wypowiedzenia umowy. Sąd wskazał, że opłata taka nie stanowi pokrycia realnie poniesionych przez Ubezpieczyciela kosztów, oznacza przerzucenie kosztów prowadzenia działalności na konsumenta, a nadto – jest sankcją za rezygnację z dalszego trwania umowy. Opłata mając charakter uniwersalny, nadmiernie obciążający konsumenta, odpowiada więc dyspozycji klauzuli wymienionej w art. 385<sup>3</sup> pkt 17 k.c.

Odnosząc te rozważania do stanu faktycznego ustalonego w tej sprawie Sąd pierwszej instancji stwierdził, że treść Warunków (...), treść samego certyfikatu oraz treść Tabeli opłat i limitów składek, w zakresie w jakim regulują zasady dotyczące pobierania i wysokości opłaty likwidacyjnej, zawierała klauzule niedozwolone, które w sposób rażący naruszały interesy konsumenta (powoda), kształtując jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, nie mogły odnieść skutku twierdzenia podnoszone przez stronę pozwaną dotyczące wysokości pobranej opłaty likwidacyjnej tj. 15 % jako nie stanowiącej nadmiernego obciążenia dla konsumenta. Sąd Rejonowy stwierdził, że po pierwsze sąd w ramach indywidualnej kontroli ocenia kwestię abuzywności danych klauzul na datę zawarcia umowy, a nie jej dzień rozwiązania, po drugie skoro klauzule dotyczące opłaty likwidacyjnej zostały uznane za abuzywne z uwagi i na jej konstrukcję i wysokość, to bez znaczenia jest okoliczność jaka w konkretnym wypadku została pobrana opłata. Sąd Rejonowy podniósł, że nie ma kompetencji do zastępowania abuzywnych klauzul innymi, a zwłaszcza własnymi postanowieniami, które wyważałyby interesy obydwu stron danego stosunku prawnego. Nadto wskazał, że pobranie 15 % wartości rachunku w 8 roku trwania ochrony ubezpieczeniowej (czyli około połowy tego okresu) tj. kwoty ponad 70 tys zł, wbrew stanowisku ubezpieczyciela, nie jest niewielką kwotą proporcjonalną do poniesionych przez stronę pozwaną kosztów, w szczególności przy uwzględnieniu ustalenia, że strona pozwana tytułem opłat związanych z przystąpieniem powoda do omawianej umowy pobrała łącznie 54.315 zł tytułem opłaty administracyjnej.

Sąd Rejonowy wskazał, że zasądzona na rzecz powoda kwota stanowi różnicę pomiędzy wartością środków, jakie pozostawały na jego koncie w dacie umorzenia jednostek uczestnictwa funduszu, a kwotą dotychczas wypłaconą mu przez stronę pozwaną. Sąd ten stwierdził, że skoro potrącenie z całkowitego wykupu części środków stanowiących opłatę likwidacyjną okazało się nieskuteczne z uwagi na abuzywność tej klauzuli, to obowiązkowi zwrotu na jego rzecz podlegała całość środków zgromadzonych na rachunku powoda, a to na podstawie Rozdziału 14 pkt 6 warunków ubezpieczenia (...), bez uwzględnienia jednak klauzul abuzywnych.

O odsetkach Sąd Rejonowy orzekł zgodnie z treścią art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c. i postanowieniami warunków ubezpieczenia (...).

Apelację od powyższego wyroku wniosła strona pozwana Towarzystwo (...) S.A. i zaskarżając go w całości zarzuciła:

1. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na ustaleniu, że umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) jest nieważna, podczas gdy Sąd w aktach postępowania nie posiadał treści tej umowy a więc nie mógł dokonać jej analizy, a tym samym stwierdzić jej nieważności;

2. naruszenie art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 k.c. poprzez stwierdzenie nieważności stosunku zobowiązaniowego nawiązanego pomiędzy powodem i pozwanym wobec uznania, że treść stosunku ubezpieczenia była sprzeczna z właściwością stosunku zobowiązaniowego, ponieważ to na powódzie jako ubezpieczonym ciąży obowiązek opłacania składki, podczas gdy żaden przepis prawa tego nie zabrania, co więcej taka możliwość wynika z przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej;

3. naruszenie art. 808 §2 k.c. mające wpływ na orzeczenie poprzez jego błędną interpretację i uznanie, iż przepis ten stanowi przeszkodę dla możliwości przeniesienia obowiązku zapłaty składki na ubezpieczonego, podczas gdy takiej przeszkody nie dostrzega się zarówno w doktrynie, jak i w orzecznictwie;

4. nierozpoznanie istoty sprawy poprzez:

a) uznanie, że postanowienia stosowane przez pozwaną w o.w.u. dotyczące ustalania całkowitego wykupu stanowi niedozwolone postanowienie umowne, podczas gdy postanowienie wskazujące na sposób wyliczenia wartości wykupu przy uwzględnieniu opłaty likwidacyjnej określa główne świadczenie ubezpieczyciela, sformułowane w sposób jednoznaczny, a zatem nie podlega badaniu pod kątem abuzywności;

b) bezpodstawne uznanie, iż powód pokrywał w całości koszty działalności pozwanego oraz inne koszty związane z umową w szczególności od powoda została pobrana kwota należna z tytułu dystrybucji, podczas gdy powód nie poniósł żadnej dodatkowej opłaty nieprzewidzianej w umowie, a ponadto nie ponosił żadnej opłaty z tytułu dystrybucji;

c) uznanie, iż pozwany tytułem opłaty likwidacyjnej pobierał całość lub znaczną część zgromadzonych przez powoda kwot, podczas gdy pozwany pobrał opłatę likwidacyjną w wysokości 15 % wartości rachunku, która nie stanowi znacznej wartości zgromadzonych środków, co prowadzi do wniosku, iż nie zostały naruszone dobre obyczaje i w sposób rażący interesy konsumenta;

d) uznanie, że pozwany jest wzbogacony kosztem ubezpieczającego podczas gdy pozwany nie jest wzbogacony ani kosztem ubezpieczającego ani kosztem powoda albowiem pobierał opłatę likwidacyjną w celu pokrycia kosztów poniesionych w związku z przystąpieniem powoda do ubezpieczenia, a więc nie stanowi to wzbogacenia pozwanego, a jedynie pokrycie kosztów;

5. naruszenie prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na:

a) całkowitym pominięciu warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi łączącej powoda z pozwanym;

b) uznaniu, iż kwota całkowitego wykupu nie jest głównym świadczeniem z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;

c) uznaniu, iż pozwany przerzucił na powoda koszty swojej działalności, a tym samym powód był zobowiązany do pokrycia kosztu prowizji pośrednika podczas, gdy powód był zobowiązany ponieść opłaty określone umową, a koszt prowizji za pośrednictwo pokrywał pozwany i go jedynie wliczył w wysokość pobieranych opłat;

d) bezpodstawnym uznaniu, iż opłata likwidacyjna miała pozbawić konsumenta uprawnień do rozwiązania umowy, podczas gdy opłata ta nie pozbawiała powoda żadnych praw, a jedynie miała pokryć koszty poniesione przez pozwanego w związku ze złożeniem przez powoda deklaracji przystąpienia, a prawo konsumenta do odstąpienia od umowy w każdym czasie było zagwarantowane;

e) uznanie, iż opłata likwidacyjna na poziomie 15 % stanowi barierę wyjścia podczas gdy opłata ta nie jest znaczna a opłaty na analogicznym poziomie były zaakceptowane przez Prezesa UOKiK, a także iż opłata w tej wysokości była

wygórowana i niewspółmierna do poniesionych przez pozwanego kosztów pomimo braku poczynienia rozważań w tym zakresie, a w szczególności oddalenia wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza;

6. naruszenie art. 278 §1 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza, podczas gdy rozstrzygnięcie sprawy wymaga wiadomości specjalnych;

7. naruszenie art. 6 k.c. poprzez jego niezastosowanie i nieuznanie, iż to na powódzie w niniejszej sprawie spoczywał ciężar udowodnienia, iż postanowienia OWU są niezgodne z dobrymi obyczajami, a strona powodowa nie przejawiała żadnej inicjatywy dowodowej;

8. naruszenie art. 232 k.p.c. poprzez jego błędne zastosowanie i przyjęcie, że powód przedstawił dowody świadczące o tym, iż postanowienie wzorca umownego stosowanego przez pozwaną stanowi postanowienie niedozwolone pomimo braku przedstawienia takiego dowodu przez powoda, a wręcz zgromadzenia w aktach sprawy dowodów świadczących o okoliczności przeciwniej;

9. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 385<sup>1</sup> k.c. oraz art. 805 k.c. w związku z art. 829 § 1 k.c. i z art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego błędną interpretację i uznanie, że:

a) postanowienie o.w.u. stanowi postanowienie niedozwolone w szczególności poprzez fakt, iż pozwana pobiera opłatę przy rozwiązywaniu umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym,

b) postanowienie umowne stoi w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interes powoda;

c) opłata w wysokości 15% wartości rachunku narusza dobre obyczaje i interesy konsumenta w sposób rażący, podczas gdy wysokość pobranej opłaty nie była znaczna;

10. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 385<sup>1</sup> k.c. poprzez jego błędną interpretację i uznanie, że postanowienia zawarte w o.w.u. nie zostały uzgodnione indywidualnie, podczas gdy w niniejszej sprawie umowa ubezpieczenia zawarta została w drodze negocjacji pomiędzy pozwanym, a ubezpieczającym (...) SA;

11. naruszenie art. 385<sup>2</sup> k.c. z związku z art. 65 §2 k.c. poprzez jego błędną interpretację i dokonanie indywidualnej kontroli wzorca umownego całkowicie z pominięciem reguły interpretacyjnej wyznaczonej przez przepisy prawa, w tym w szczególności bez dokonania oceny zgodności postanowienia 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 postanowienia, będące przedmiotem oceny, przy całkowitym pominięciu przez Sąd okresu na jaki zostały zawarte wzajemne zobowiązania stron oraz okoliczności, że jej zerwanie było jednostronną czynnością powoda niezwiązaną z żadnymi przyczynami, leżącymi po stronie pozwanej;

12. naruszenie art. 18 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego niezastosowanie i uznanie, pozwana nie ma prawa pokrycia kosztów wykonywania umowy ubezpieczenia ze składki wpłaconej przez powoda i alokowanej w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe;

13. naruszenie art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego błędną wykładnię i uznanie, iż postanowienia Warunków Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym stanowią postanowienia niedozwolone i tym samym uznanie, iż pozwana jako zakład ubezpieczeń nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzonej działalności ze środków wpłaconych przez powoda jako składka z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia oraz tym samym nie ma obowiązku prowadzenia działalności rentownej;

14. naruszenie prawa materialnego, tj. § 2 ust. 1 pkt. 19-21 oraz art. 16 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. nr 226 poz. 1825) poprzez pominięcie, iż pozwana ma prawo pokrycia kosztów związanych z prowadzoną przez siebie działalnością, które winna rozliczyć z wpłaconych składek.



W oparciu o powyższe zarzuty strona pozwana wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na rzecz pozwanej od powoda kosztów postępowania za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd pierwszej instancji. Wniosła także o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu wiedzy aktuarialnej oraz przesłuchania stron z ograniczeniem do powoda na okoliczności wskazane w sprzeciwie od nakazu zapłaty.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie w całości oraz o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm prawem przepisanych.

Rozpoznając niniejszą sprawę Sąd Okręgowy przyjął za własny stan faktyczny ustalony przez Sąd Rejonowy, uznając go za prawidłowy i oparty na właściwie przeprowadzonej ocenie zgromadzonego materiału dowodowego.

Sąd Okręgowy oddalił wnioski dowodowe strony pozwanej. Zdaniem Sądu Okręgowego nie zachodzi jakakolwiek potrzeba ponownego przeprowadzenia dowodu z przesłuchania stron, z ograniczeniem do przesłuchania wyłącznie powoda, w sytuacji gdy dowód taki został przeprowadzony przez Sąd pierwszej instancji. Dowód ten nie miał być prowadzony na jakiejkolwiek nowe okoliczności, które miałyby zaistnieć po dacie pierwotnego przesłuchania powoda na rozprawie w dniu 14 czerwca 2018 roku, lecz na okoliczności wskazane w sprzeciwie od nakazu zapłaty, a więc podniesione prawie rok wcześniej w stosunku do przeprowadzenia tego dowodu. Podnieść należy, iż strona pozwana w postępowaniu przed Sądem Rejonowym reprezentowana była przez profesjonalnego pełnomocnika, który był obecny podczas przeprowadzania przedmiotowego dowodu. Mógł zatem zadać powodowi wszelkie możliwe pytania dotyczące okoliczności objętych tezą dowodową. Wskazać należy, iż w sprawie nie zachodzą jakiejkolwiek okoliczności określone w art. 303 k.p.c. uzasadniające ponowne przesłuchanie powoda, zwłaszcza że w tej sprawie w ogóle nie przeprowadzono dowodu z przesłuchania przedstawiciela strony pozwanej. Sąd Okręgowy oddalił także wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza, uznając że dowód ten nie dotyczy okoliczności istotnej dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna, choć niektóre zarzuty w niej zgłoszone należało uznać za trafne.

W pierwszej kolejności stwierdzić należy, iż Sąd Okręgowy nie podzielił zarzutów strony pozwanej dotyczących braku rozpoznania przez Sąd pierwszej instancji istoty sprawy. Za bezzasadnością powyższych zarzutów przemawia już sam sposób ich sformułowania, z którego wprost wywnioskować można, iż nawet zdaniem strony pozwanej Sąd Rejonowy ustalił daną okoliczność faktyczną oraz dokonał jej oceny prawnej, lecz uczynił to w sposób, którego nie akceptuje strona apelująca. W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd Rejonowy przeprowadził w niniejszej sprawie wszelkie dowody, które miały istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, dokonał ustaleń okoliczności związanych z podstawą faktyczną powództwa oraz poczynił rozważania prawne związane z oceną ustalonego stanu faktycznego. Należy podnieść, że Sąd pierwszej instancji rozpoznając i rozstrzygając tę sprawę badał treść stosunku łączącego strony pod kątem istnienia w nim postanowień umownych, mających charakter klauzul niedozwolonych, a więc okoliczności, z których powód wywodził swoje roszczenie. Przedmiotem badania Sądu Rejonowego były też wszystkie zarzuty zgłoszone przez strony w toku procesu, czemu dał wyraz w pisemnym uzasadnieniu wyroku. Zatem przedmiotowy zarzut strony pozwanej jest całkowicie chybiony.

Sąd Okręgowy podziela natomiast zarzuty strony pozwanej związane z uznaniem przez Sąd Rejonowy, iż umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) zawarta pomiędzy stroną pozwaną oraz (...) Bank S.A. jest umowa nieważną. Po pierwsze zgodzić się należy ze stroną pozwaną, iż dokonanie takiej oceny prawnej stosunku prawnego łączącego te dwa podmioty bez dysponowania treścią powyższej umowy, jest co najmniej wątpliwe, gdyż brak podstaw do ustalenia jej pełnej treści, a w konsekwencji obowiązków jej stron i podmiotów, na rzecz których świadczone miało być ubezpieczenie. Podnieść trzeba, iż brak powyższej umowy w materiale dowodowym nie wynikał z zaniedbania obowiązków dowodowych przez którąkolwiek ze stron procesu, lecz z

faktu iż żadna ze stron nie wywodziła z jej bezpośrednich zapisów jakichkolwiek skutków prawnych, koncentrując swój spór na zapisach zawartych w o.w.u. tej umowy, które dotyczyły praw i obowiązków powoda jako osoby przystępującej do tej umowy. Wskazać też należy, iż powód nie wywodził swoich roszczeń z twierdzeń o nieważności przedmiotowej umowy, lecz niekwestionując jej mocy wiążącej powoływał się jedynie na zawarcie w jej treści klauzul niedozwolonych, którymi nie czuł się związany.

Odnosząc się do rozważań Sądu Rejonowego w zakresie nieważności tej umowy należy zwrócić uwagę, iż w orzecznictwie Sądu Najwyższego wyrażono pogląd, iż nawet w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek przepisy art. 808 §2 k.c. i art. 805 §1 k.c. nie sprzeciwiają się przeniesieniu ciężaru opłacania składek na ubezpieczonego, niebędącego stroną umowy ubezpieczenia (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 12.09.2013r. IV CSK 91/13, z dnia 12.03.2015r. I CSK 165/14, z dnia 12.01.2018r. II CSK 222/17). Z powyższego wynika, iż samo takie uregulowanie umowne nie zostało przez Sąd Najwyższy uznane za naruszenie bezwzględnego wymogu wynikającego z art. 808 §2 k.c., którego skutkiem byłaby nieważność tej czynności prawnej. Sąd Okręgowy w składzie rozpoznającym tę sprawę stanowisko to podziela, uznając w oparciu o materiał dowodowy znajdujący się w aktach sprawy, iż zawarcie powyższej umowy mieściło się w granicach zakreślonych przez zasadę swobody umów (art. 353<sup>1</sup> k.c.). Uwzględnienie tego zarzutu nie ma jednak wpływu na rozstrzygnięcie przedmiotowej sprawy, gdyż żądanie objęte powództwem nie było oparte na twierdzeniu o nieważności powyższej umowy, a powód domagał się jedynie zasądzenia na jego rzecz różnicy pomiędzy wartością jednostek uczestnictwa funduszu zgromadzonych za wniesione przez niego składki, a kwotą wypłaconą mu z tytułu rezygnacji z ubezpieczenia.

Na uwzględnienie nie zasługują natomiast pozostałe formułowane w apelacji zarzuty.

Odnosząc się do zarzutów naruszenia przepisów postępowania Sąd Okręgowy nie podziela zarzutu naruszenia art. 233 §1 k.p.c., gdyż dokonana przez Sąd Rejonowy ocena materiału dowodowego nie może być uznana za dowolną. Podnieść należy, że dokonywana przez sąd ocena materiału dowodowego znajduje się pod ochroną zasady swobodnej oceny dowodów. Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia art. 233 §1 k.p.c. wymaga wykazania, że przy ocenie dowodów doszło do uchybienia podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów. Nie wystarcza przy tym samo twierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest natomiast wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie Sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria naruszył Sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (por. Sąd Najwyższy m.in. w orzeczeniach z dnia: 23 stycznia 2001 r., sygn. akt IV CKN 970/00, LEX nr 52753, 12 kwietnia 2001 r., sygn. akt II CKN 588/99, LEX nr 52347, 10 stycznia 2002 r., sygn. akt II CKN 572/99, LEX nr 53136). Zarzuty strony pozwanej w rozpoznawanej sprawie stanowią jedynie nieuprawnioną polemikę z prawidłowymi ustaleniami Sądu Rejonowego, które w żaden sposób nie uchybiają zasadom logiki i doświadczenia życiowego. Nadto zarzuty te częściowo związane są z oceną prawną dokonaną przez Sąd Rejonowy, a nie oceną zgromadzonego materiału dowodowego.

Należy zauważyć, że Sąd pierwszej instancji rozstrzygając sprawę swoje ustalenia oparł na wszechstronnej ocenie całego zgromadzonego materiału dowodowego, przy czym żadnemu z tych dowodów nie odmówił wiarygodności. Zdaniem Sądu Okręgowego, nie można uznać, aby ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd pozostawały w sprzeczności z treścią materiału dowodowego, w szczególności z treścią dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, a związanych z nawiązaniem przez powoda stosunku prawnego ze stroną pozwaną, a także jego treści. Za chybione należy uznać stanowisko strony pozwanej o pominięciu przez Sąd warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym łączącej powoda z pozwanym w sytuacji, gdy znacząca część ustaleń faktycznych wprost opiera się na treści o.w.u. tej umowy. W pozostałej części zdaniem Sądu Okręgowego zarzuty strony pozwanej w istocie dotyczą oceny prawnej stanu faktycznego, której pozwany nie podziela, a nie oceny dowodów.

Sąd Okręgowy nie podziela zarzutu naruszenia przepisu art. 278 §1 k.p.c. oraz art. 232 k.p.c. i art. 6 k.c.

W ocenie Sądu Okręgowego podzielić należy stanowisko Sądu pierwszej instancji, iż w tej sprawie zbędne było prowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu wiedzy aktuarialnej. Zdaniem Sądu Okręgowego prowadzenie powyższego dowodu na wskazane przez pozwanego okoliczności nie było celowe, gdyż wbrew przekonaniu apelującego, dowód ten nie dotyczył faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Podzielić należy stanowisko, iż ocena abuzywności spornych klauzul była możliwa bez badania prawidłowości kalkulacji pobieranych przez stronę pozwaną opłat z ponoszonymi kosztami. Należy zauważyć, że w treści o.w.u. przedmiotowego ubezpieczenia brak jakiegokolwiek powiązania wysokości opłaty likwidacyjnej nakładanej na ubezpieczonego z wydatkami i kosztami ponoszonymi przez stronę pozwaną, w szczególności związanymi z dystrybucją oferowanych produktów. Zauważyć też należy, iż zgodnie ogólnymi warunkami przedmiotowej umowy strona pozwana miało prawo pobierać opłatę administracyjną (wraz z opłatą za ryzyko), która jak należy przypuszczać z jej nazwy służyć miała właśnie pokryciu kosztów związanych z obsługą i administrowaniem umową, kosztów jej dystrybucji, jak również innych kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą i związanym z tym ryzykiem. Opłata ta niewątpliwie była pobierana przez ubezpieczyciela przez cały okres w jakim umowa ta łączyła strony. W samej umowie nie określono także ewentualnych podstaw obliczenia przedmiotowych kosztów, w takiej, a nie innej wysokości, a zatem strona pozwana nie jest uprawniona do jednostronnego dookreślenia celu, czy też przeznaczenia opłaty likwidacyjnej.

Podkreślenia wymaga, że zatrzymywanie przez pozwaną części środków powoda w związku z wcześniejszym zakończeniem ubezpieczenia może pokrywać tylko koszty związane z tym faktem, a nadto koszty te winny zostać dokładnie sprecyzowane w postanowieniach umowy lub w o.w.u. W przypadku, gdy przedsiębiorca zaniechał wskazania podstaw obliczenia ponoszonych z tego tytułu kosztów, bazując jedynie na ogólnym wyobrażeniu o potencjalnych kosztach, jakie mogą powstać w związku z hipotetycznym zakończeniem ubezpieczenia przed czasem, nie można uznać za dopuszczalne następcze ustalanie wysokości tych kosztów w ramach toczącego się postępowania sądowego.

Sąd Okręgowy nie podzielił również zarzutu naruszenia art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c. Nie ulega wątpliwości, że zgodnie z art. 232 k.p.c. i art. 6 k.c. to strony mają obowiązek powoływania dowodów, przy czym ciężar dowodu spoczywa na stronie, która z danej okoliczności wywodzi skutki prawne. W ocenie Sądu nie można uznać, aby Sąd pierwszej instancji naruszył w szczególności art. 6 k.c. Z jakiegokolwiek czynności procesowej tego Sądu, a także z uzasadnienia zaskarżonego wyroku, nie wynika aby Sąd Rejonowy w sposób wadliwy ocenił, która ze stron ma wykazać okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia tej sprawy. Sąd Okręgowy nie dostrzega w szczególności, aby Sąd ten nie stał na stanowisku, iż to powód ma wykazać okoliczności faktyczne wskazujące na istnienie niedozwolonych postanowień w umowie łączącej go ze stroną pozwaną. Nie można podzielić poglądu skarżącego, że powód nie przedstawił na tę okoliczność jakiegokolwiek dowodów, gdyż przeczy temu treść pozwu, a także wnioski składane przez pełnomocnika powoda w trakcie postępowania. Stwierdzić należy, iż dowodami na tę okoliczność były przede wszystkim dowody dotyczące treści stosunku prawnego łączącego strony, a także dowód z przesłuchania powoda na okoliczność warunków w jakich przystąpił on do przedmiotowej umowy ubezpieczenia. W rozważaniach odnoszących się do tych zarzutów nie można pominąć uregulowania zawartego w art. 385<sup>1</sup> §4 k.c., zgodnie z którym ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje. Na taką okoliczność bez wątpienia nie powoływał się powód.

Sąd Okręgowy nie dostrzegł w niniejszej sprawie naruszenia przepisów prawa materialnego, które miały wpływ na wynik sprawy.

Za niezasadny należy uznać zarzut naruszenia art. 385<sup>1</sup> k.c. w zakresie w jakim strona pozwana zarzuciła, iż Sąd Rejonowy błędnie uznał, że postanowienia umowne kwestionowane przez powoda nie były uzgodnione indywidualnie. W tej kwestii stwierdzić należy, iż okoliczność tę zgodnie z art. 385<sup>1</sup> §4 k.c. winna wykazać strona pozwana, a w aktach tej sprawy brak jakiegokolwiek wniosku dowodowego na tę okoliczność. Zarzut ten jest tym bardziej bezzasadny, iż

strona pozwana stwierdziła, że postanowienia te były uzgadniane pomiędzy nią i ubezpieczającym (...) SA, a więc z podmiotem, który nie był ubezpieczającym w umowie, do której przystąpił powód. Nadto podnieść należy, iż skoro przedmiotowa umowa została zawarta na rzecz innych podmiotów niż jej strony, to zgodnie z art. 808 §5 k.c. powód jako ubezpieczony, z którym nikt nie uzgadniał tych postanowień był uprawniony do żądania kontroli indywidualnej tych postanowień w oparciu o art. 385<sup>1</sup> k.c.- art. 385<sup>3</sup> k.c. w zakresie w jakim dotyczyły one jego praw. Z ustaleń faktycznych nie wynika, aby przedmiotowa umowa ubezpieczenia związana była z działalnością gospodarczą lub zawodową powoda.

W ocenie Sądu Okręgowego nie jest trafny zarzut strony pozwanej, iż w tej sprawie brak było podstaw do badania abuzywności kwestionowanych przez powoda postanowień umownych z uwagi na to, iż określały one świadczenie główne należne powodowi z tej umowy od strony pozwanej. Sąd Okręgowy nie podziela tego stanowiska. Podnieść należy, iż powód w tej sprawie nie kwestionował postanowień o.w.u. dotyczących jego prawa do otrzymania od strony pozwanej całkowitego świadczenia wykupu i odpowiadającego mu obowiązku strony pozwanej do jego wypłaty, lecz te postanowienia, które upoważniały stronę pozwaną do zmniejszenia tego świadczenia o uregulowaną w o.w.u. opłatę likwidacyjną. Dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy nie ma więc decydującego znaczenia kwestia uznania tego świadczenia za świadczenie główne wynikające z umowy, czy też świadczenie, które takiego charakteru nie posiada. Podzielić bowiem należy podglądy innych składów Sądu Okręgowego w Krakowie, iż nawet w przypadku uznania tego rodzaju świadczenia za główne, co mogłoby skutkować brakiem możliwości jego oceny pod kątem abuzywności, jeżeli klauzula go przewidująca została sformułowana w sposób jednoznaczny, to klauzule umowne, które upoważniają ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia wykupu w obniżonej wysokości, niewątpliwie już takiej ocenie podlegają. Istota całkowitego wykupu ubezpieczenia sprowadza się bowiem do obowiązku wypłaty na rzecz ubezpieczonego kwoty, jaka wynika z wartości jednostek uczestnictwa w funduszach kapitałowych, w których zostały alokowane wnoszone przez niego składki ubezpieczeniowe. Natomiast zgodnie z pkt 4 w zw. z pkt 2 rozdziału 8 oraz pkt 6 rozdziału 14 o.w.u, strona pozwana była uprawniona do pomniejszenia tego świadczenia o należną opłatę likwidacyjną w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów. Tego rodzaju uprawnienie strony pozwanej do pobrania opłaty likwidacyjnej ze świadczenia, które ma obowiązek wypłacić na rzecz ubezpieczonego, zdaniem Sądu Okręgowego, nie może być uznane za świadczenie główne wynikające ze stosunku prawnego łączącego powoda ze stroną pozwaną. Z jakiegokolwiek postanowienia powyższej umowy, jak również z istoty tego stosunku, nie wynika, aby taka opłata stanowiła świadczenie główne którejkolwiek ze stron.

Sąd Okręgowy nie podziela także zarzutów naruszenia art. 385<sup>1</sup> k.c. oraz art. 805 k.c. w zw. z art. z art. 829 §1 k.c. oraz art. 2 ust.1 pkt 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (obowiązującej w czasie zawarcia i trwania umowy między stronami) oraz art. 385<sup>2</sup> k.c. w zw. z art. 65 §2 k.c.

Przypomnieć należy, że za utrwaloną należy uznać linię orzecniczą, w której przyjęto, iż 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. 385<sup>1</sup> zdanie pierwsze k.c. W uzasadnieniu wyroku z dnia 18 grudnia 2013 roku, I CSK 149/13, OSNC 2014/10/103, Sąd Najwyższy zakwestionował możliwość obciążania ubezpieczającego takimi opłatami, których charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w ogólnych warunkach umowy wyjaśnione, uznając to za okoliczność o kardynalnym znaczeniu dla oceny niedozwolonego charakteru tego postanowienia w świetle art. 385<sup>1</sup> §1 k.c. Nadto Sąd Najwyższy zwrócił uwagę na doniosłe znaczenie aspektu informacyjnego, ze względu na nadal niezadawalający poziom wiedzy i świadomości prawnej konsumentów, jako słabszej w stosunku do profesjonalnego kontrahenta strony stosunku zobowiązaniowego, uznając, że wyjaśnienie konsumentowi w postanowieniach ogólnych warunków umów mechanizmu wyliczania opłaty likwidacyjnej, pozwoliłoby ubezpieczającemu realnie ocenić wszystkie aspekty proponowanej przez pośrednika umowy ubezpieczenia i ocenić, czy zawarcie umowy jest dla

konsumenta rzeczywiście korzystne, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, które mogą nastąpić w przyszłości i skłonić go do ewentualnego wcześniejszego rozwiązania tej umowy.

W niniejszej sprawie brak jakiegokolwiek określenia celu obniżenia wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia i wyjaśnienia konsumentowi, że ma to służyć pokryciu określonych kosztów i jakich. Podzielić należy pogląd Sądu pierwszej instancji, że taka praktyka miała służyć zniechęceniu konsumenta do wcześniejszego rozwiązania umowy, z uwagi na obawę zatrzymania znacznej części jego środków. Należy podkreślić, że funkcja oraz mechanizm ustalania wysokości wypłacanej kwoty nie zostały w ogólnych warunkach umowy wyjaśnione. Konsument nie był zatem w chwili zawarcia umowy w stanie realnie ocenić wszystkich aspektów proponowanej umowy ubezpieczenia, a w szczególności nie był świadomy realnej wysokości kosztów, jakimi go obciążono. W rezultacie należało uznać, że takie sformułowanie ogólnych warunków ubezpieczenia, uniemożliwiało konsumentowi dokonanie rzeczywistej weryfikacji wysokości tych kosztów i poprawności ich wyliczenia oraz ustalenie, czy takie warunki są dla niego opłacalne. Podkreślenia wymaga, że takie ukształtowanie obowiązku nałożonego na konsumenta, jest niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz z zasadą konstruowania jasnych i przejrzystych postanowień umownych, bez zatajania jakichkolwiek okoliczności, mających wpływ na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta w razie zawarcia umowy. W judykaturze utrwalony jest pogląd, że rażące naruszenie interesów konsumenta - w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> §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 (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 832/04, Biuletyn SN 2005/11/13). Przenosząc powyższe rozważania na okoliczności niniejszej sprawy należy stwierdzić, że zawarta w ogólnych warunkach ubezpieczenia klauzula, umożliwiająca pobranie z należnego konsumentowi świadczenia całkowitego wykupu opłaty likwidacyjnej o wartości wynoszącej w pierwszych 3 latach 80% wartości zgromadzonych jednostek uczestnictwa funduszu, a następnie stopniowo ulegającej zmniejszeniu m.in. do 15% w ósmym roku trwania umowy, stanowi niedozwoloną klauzulą umowną (art. 385<sup>1</sup> § 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.

Z art. 385<sup>1</sup> §1 i 2 k.c. wynika, 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), 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. 385<sup>1</sup> §1 k.c.

Uznanie w okolicznościach niniejszej sprawy za niedozwolone postanowienie umowne klauzulę, upoważniającą stronę pozwaną do zatrzymania części kwoty stanowiącej wartość wykupu sprawia, że postanowienie to upada w całości. Dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy nie ma zatem znaczenia to, jakie rzeczywiście koszty ponosiła strona pozwana w związku z zawarciem umowy. W szczególności brak jest podstaw do pomniejszenia świadczenia powoda o wysokość rzeczywiście poniesionych przez stronę pozwaną kosztów. Takie ukształtowanie stosunku umownego stanowi swoistą sankcję dla przedsiębiorcy za ukształtowanie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, w sposób rażąco naruszający jego interesy.

W ocenie Sądu Okręgowego dla rozstrzygnięcia tej sprawy nie ma znaczenia okoliczność, iż przypadku rezygnacji przez powoda z ubezpieczenia w ósmym roku trwania umowy wysokość opłaty likwidacyjnej wynosiła 15%. Podnieść

należy, iż dokonując kontroli indywidualnej postanowienia umowy wynikającego z o.w.u. pod kątem istnienia klauzuli abuzywniej, należy mieć na uwadze stan z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienia będące przedmiotem umowy (art. 385<sup>2</sup> k.c.). Dla stwierdzenia zatem czy stosunek prawny łączący stronę pozwaną z powodem obejmuje także klauzule niedozwolone istotne znaczenie miał moment istniejący w 2009 roku, a nie w chwili rezygnacji przez powoda z ubezpieczenia. Z ustaleń faktycznych tej sprawy wynika, że podstawowym, a w zasadzie wyłącznym celem przystąpienia przez powoda do ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym był aspekt inwestycyjny. Tak ten produkt został mu przedstawiony z zapewnieniem o dobrej lokacie inwestowanego kapitału, a także niskich opłatach (1% rocznie). W ocenie Sądu Okręgowego, jest rzeczą niewątpliwą, iż zawarte w o.w.u. przez stronę pozwaną postanowienia regulujące wysokość i zasady zmniejszania świadczenia należnego powodowi w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia, naruszały dobre obyczaje. Zauważyć należy, że w żadnym z postanowień o.w.u. nie zostało wyjaśnione konsumentowi, czy i jakie ewentualnie koszty poniesione przez ubezpieczyciela ma pokrywać opłata likwidacyjna. Dlatego też należało uznać, że tak rażąco wysokie obniżenie wartości wykupu w istocie stanowiło sankcję za ewentualną wcześniejszą rezygnację z ubezpieczenia i miało zniechęcić konsumenta do podjęcia takiej decyzji. Zauważyć należy, że ocenie z punktu widzenia abuzywności podlegał cały mechanizm obniżania wartości wykupu, a nie jedna stawka wysokości opłaty likwidacyjnej. Ocenę tę Sąd Rejonowy przeprowadził prawidłowo, a jego wywody prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku zasługują na aprobatę.

Nie można też zgodzić się z zarzutem naruszenia art. 18 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, poprzez nieuwzględnienie faktu, że zakłady ubezpieczeń mają prawo pokrycia kosztów wykonywania umowy ubezpieczenia ze składki wpłaconej przez powoda i alokowanej w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Zakłady ubezpieczeń są oczywiście uprawnione do pokrywania ponoszonych kosztów z pobieranych składek ubezpieczeniowych, jednak są zobowiązane tak tworzyć warunki umów z konsumentami, by zabezpieczając pewność wykonania swoich zobowiązań i osiągnięcie jak najwyższego stopnia rentowności, nie naruszyć jednocześnie innych norm prawnych, w tym wynikających z tej samej ustawy (art. 13 ust. 4 pkt. 5). Realizowanie powyższego obowiązku nie może być osiągnięte kosztem naruszania dobrych obyczajów i usprawiedliwionych interesów ubezpieczonych.

Sąd Rejonowy nie naruszył też przepisów art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej 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 (...)) albowiem nie były one prawną podstawą rozstrzygnięcia niniejszego sporu, który nie dotyczył praw strony pozwanej do pokrywania kosztów prowadzonej działalności ze środków wpłaconych przez powoda oraz prowadzenia działalności rentownej. Przedmiotem niniejszego procesu była ocena czy strona pozwana dążąc do realizacji wszystkich swoich interesów ekonomicznych tj. pokrycia kosztów działalności i maksymalizacji zysków, nie czyniła tego w sposób rażąco naruszający interesy drugiej strony danego stosunku prawnego, w tym przypadku powoda. Zwrócić należy uwagę, iż tylko strona pozwana ma wpływ na wysokość ponoszonych kosztów, w tym kosztów dystrybucji oferowanych produktów. Jeśli w treści o.w.u. oferowanej powodowi nie zawarła postanowień określających zasady pokrywania ponoszonych kosztów i wydatków ze składek wnoszonych przez niego w celach inwestycyjnych, to nie może obecnie zarzucać, iż obowiązek zwrotu powodowi pełnej wartości wykupu bez pobrania opłaty likwidacyjnej naraża jej ekonomiczne interesy. Podnieść należy, iż według tej samej argumentacji strona pozwana mogłaby uzasadniać jako zgodne z dobrymi obyczajami pobieranie opłaty likwidacyjnej wynoszącej 80% i więcej przez cały okres trwania umowy łączącej strony, gdyż koszty przez nią poniesione mogłyby być adekwatne do tak ustalonej wysokości tej opłaty. Należy też zwrócić uwagę, iż koszty działalności danego ubezpieczyciela finansowane są z całej prowadzonej przez niego działalności gospodarczej, a nie jedynie z jednego oferowanego przez niego produktu.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Okręgowy oddalił apelację jako bezzasadną, na podstawie artykułu 385 k.p.c.

O kosztach postępowania odwoławczego, które stanowią koszty zastępstwa prawnego powoda, Sąd orzekł na zasadzie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. oraz w zw. z § 2 pkt 6 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra

Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2015.1804 ze zm.).

SSO Grzegorz Buła SSO Lucyna Rajchel SSO Agnieszka Cholewa-Kuchta