

Sygn. akt **XXVII Ca 709/19**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 listopada 2019 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXVII Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący:	<b>Sędzia Iwona Grzegorzewska</b>
Sędziowie:	Maja Smoderek del. Katarzyna Małysa (spr.)
Protokolant:	st. sekr. sąd. Anna Arczewska

po rozpoznaniu w dniu 5 listopada 2019r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa **P. L.**

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

**o zapłatę**

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy - Woli w Warszawie

z dnia 25 września 2018 r., sygn. akt II C 922/17

1. oddała apelację;
2. zasądza od Towarzystwa (...) S.A. w W. na rzecz P. L. kwotę 1 800 zł (jeden tysiąc osiemset złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej.

**Sygn. akt XXVII Ca 709/19**

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 30 marca 2017 roku P. L. wniósł o zasądzenie od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. kwoty 29.646,71 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty. Nadto powód wniósł o zasądzenie na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Rejonowy dla Warszawy-Woli w Warszawie wyrokiem z dnia 25 września 2018 r. w sprawie II C 922/17:

I. Zasadził od Towarzystwa (...) S.A. w W. na rzecz P. L. kwotę 23 242,32 (złoty)ch wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 czerwca 2017 roku do dnia zapłaty;

II. Oddalił powództwo w pozostałym zakresie;

III. Zasadził od Towarzystwa (...) S.A. w W. na rzecz P. L. kwotę 2 240,94 złotych tytułem zwrotu części kosztów procesu.

***Podstawą rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego były następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:***

P. L. przystąpił w dniu 17 października 2009 roku do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). Ubezpieczycielem było Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W., zaś ubezpieczającym i zarazem pośrednikiem było (...) S.A. z siedzibą w W.. Okres odpowiedzialności ustalony został na 180 miesięcy do dnia 16 listopada 2024 r. P. L. zobowiązał się do wpłaty składek bieżących w wysokości 744,00 zł oraz uiszczenia składki pierwszej w kwocie 27.000,00 zł. Wysokość składki zainwestowanej określono na 135.000,00 zł oraz dokonano wyboru funduszu kapitałowego, w którym miała być alokowana wpłacana przez niego składka, tj. w Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym (...). Podpisując deklarację P. L. potwierdził zarówno odbiór Warunków (...), Regulaminu, Tabeli Opłat i Limitów Składek oraz załącznika nr (...) do deklaracji, w której określono okres subskrypcji, w którym klient miał możliwość przystąpienia do ubezpieczenia w okresie od dnia 24 września 2009 r. do 08 listopada 2009 r.

Zgodnie z Warunkami (...) - wartość rachunku w/w ubezpieczonego miała odpowiadać iloczynowi bieżącej liczby jednostek uczestnictwa w funduszu kapitałowym znajdujących się na jego rachunku oraz aktualnej wartości jednej jednostki (rozdział 1 pkt 32 WU k. 20v.), która miała odpowiadać ilorazowi wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego podzielonej przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa w tym funduszu (rozdział 1 pkt 31 WU k. 20v.). W rozdziale 1 pkt 30 WU, zdefiniowano wartość aktywów netto funduszu kapitałowego jako wartość wszystkich aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ustaloną zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...), a w myśl § 4 ust. 2 tego Regulaminu, aktywa netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego miały być wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny. § 4 ust. 3 Regulaminu (...) stanowi zaś, że środki tego funduszu lokowane są do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) S.A., z których wypłata oparta jest na indeksie (...) (...). Owe obligacje wyceniane są w złotych polskich. Inwestycja w obligacje wiąże się z ryzykiem kredytowym emitenta, przez co należy rozumieć możliwość wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności emitenta do obsługi zadłużenia, w tym do wykupu wyemitowanych obligacji. Notowania powyższego indeksu miały wpływ na wartość aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). W ust. 5 § 4 Regulaminu postanowiono, że wartość rachunku ubezpieczonego po zakończeniu okresu odpowiedzialności zostanie obliczona w oparciu o wartość obligacji. Obligacje miały natomiast zapewnić ochronę kwoty odpowiadającej składce zainwestowanej powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę indeksu (...) (...).

Zgodnie z rozdziałem 2 ust. 1 Warunków (...), przedmiotem ubezpieczenia – było życie ubezpieczonego, przy czym ochrona ubezpieczeniowa była udzielana ubezpieczonemu na wypadek jego zgonu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub dożycia ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel miał spełnić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w rozdziale 10, na zasadach określonych w rozdziale 12, z zastrzeżeniem rozdziału 9. Wskazano ponadto, że celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. W razie rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel w terminie 35 dni od dnia otrzymania oryginału oświadczenia w tym zakresie, wypłaca środki z tytułu Całkowitego Wykupu na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia (ust. 4 rozdziału 14 WU). W przypadku Całkowitego Wykupu ubezpieczyciel

wypłaca kwotę równą Wartości Rachunku pomniejszoną o Opłatę Likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących) (ust. 6 rozdziału 14 WU).

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...), wysokość opłaty likwidacyjnej w 7 roku odpowiedzialności wynosiła 20% Wartości Rachunku.

W związku ze złożeniem przez powoda oświadczenia o rezygnacji z dalszego ubezpieczenia, umowa została rozwiązana z dniem 19 stycznia 2016 roku. Na dzień wyceny wartość rachunku wynosiła 63.651,61 zł. W związku z wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w 7 roku pobrana została opłata likwidacyjna w kwocie 12.730,32 zł. Na rzecz powoda wypłacono kwotę 50.921,29 zł.

Pozwane Towarzystwo (...) w trakcie trwania stosunku ubezpieczenia pobrało 73 razy kwotę 144 zł, tytułem opłaty administracyjnej, tj. łącznie kwotę 10.512,00 zł.

Pismem datowanym na dzień 08 lutego 2017 r. powód bezskutecznie wezwał pozwane Towarzystwo (...) do zapłaty kwoty 29.646,71 zł.

Zdaniem Sądu Rejonowego powództwo zasługiwało na uwzględnienie w przeważającej części.

W niniejszej sprawie Sąd Rejonowy nie dopatrył się sprzeczności grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...), do którego przystąpił powód z właściwościami (naturą) stosunku zobowiązaniowego, a w konsekwencji z treścią art. 353<sup>1</sup> k.c. Sądu Rejonowego nie przekonały twierdzenia strony powodowej o niewystarczająco precyzyjnym oznaczeniu sposobu, w jaki miała być ustalana wartość świadczeń, do spełnienia których pozwany byłby zobowiązany w razie ziszczenia się zdarzeń ubezpieczeniowych albo w razie rezygnacji powoda z ochrony ubezpieczeniowej. Wbrew twierdzeniom strony powodowej w WU oraz postanowieniach Regulaminu Funduszu Kapitałowego (...) oznaczono świadczenia, do zobowiązania których pozwany byłby zobowiązany w razie zaistnienia powyższych zdarzeń, w sposób pozwalający na określenie ich wartości w momencie, w którym każde z tych świadczeń stało by się wymagalne, co uznał za wystarczające dla skutecznego zawiązania stosunku obligacyjnego. Zarówno wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, do spełnienia których pozwany byłby zobowiązany w razie ziszczenia się któregoś z dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych, czyli zgonu powoda w okresie ubezpieczenia albo dożycia przez niego końca okresu ubezpieczenia (por. rozdział 10 WU), jak i wysokość świadczenia, które pozwany zobowiązał się zapłacić ubezpieczonemu w razie rezygnacji z ubezpieczenia lub zaprzestania opłacenia składek (por. rozdział 14 ust. 6 WU w zw. z rozdziałem 5 ust. 8 WU) były uzależnione od wartości rachunku ubezpieczonego rozumianej jako iloczyn liczby jednostek uczestnictwa w funduszu kapitałowym znajdujących się na tym rachunku oraz aktualnej wartości jednostki. Ta ostatnia zaś stanowiła iloraz wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, rozumianej jako wartość wszystkich aktywów tegoż funduszu pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz liczby wszystkich jednostek uczestnictwa w tymże funduszu.

Zauważył, że w przepisach prawa brak jest obowiązku informowania klientów przez zakłady ubezpieczeń o metodologii wyceny aktywów ubezpieczeniowych funduszu kapitałowych.

W świetle art. 13 ust. 4 pkt 4 nieobowiązującej już ustawy o działalności ubezpieczeniowej i art. 23 ust. 1 pkt 4 obecnie obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zakładu ubezpieczeń były i są obowiązane informować klientów o zasadach wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, które jednak należy odróżnić od pojęcia metodologii wyceny aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Tak więc Sąd Rejonowy był zdania, że brak poinformowania powoda w postanowieniach Warunków Ubezpieczenia i Regulaminu Funduszu o metodologii wyceny aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...) nie skutkuje nieważnością ubezpieczenia na życie i dożycie z UFK (...) ani czynności prawnej przystąpienia powoda do wynikającego z tej umowy ubezpieczenia,

albowiem nie było takiej potrzeby, skoro owa wycena jest według metodologii przewidzianej w bezwzględnie obowiązujących pozwanego przepisach prawa.

Jeśli zaś chodzi o kwestię ustalania wartości indeksu, która miała wpływ na wartość rachunku powoda, to zauważył, że § 4 ust. 3 Regulaminu stanowi, że środki powyższego funduszu kapitałowego lokowane są w obligacje wyemitowane przez (...) S.A., z których wypłata oparta jest na indeksie (...) (...) (Kod (...): (...)). Inwestycja w te instrumenty finansowe wiąże się z ryzykiem kredytowym emitenta, przez co należy rozumieć możliwość wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności emitenta do obsługi zadłużenia, w tym do wykupu wyemitowanych certyfikatów. Strona powodowa wskazywała, że ani w postanowieniach WU, ani w postanowieniach powyższego Regulaminu, ani w żadnych innych postanowieniach powyższej umowy pozwany ani ubezpieczający nie wyjaśnili, w jaki sposób ma być ustalana wartość owego indeksu, przez co pozwany mógł w sposób dowolny kształtować wartość aktywów netto funduszu, a w konsekwencji wartość rachunku udziałów powoda i wartość świadczeń, do spełnienia których zobowiązał się wobec powoda. Zarzut ten został uznany za chybiony z tej przyczyny, że pozwane towarzystwo ubezpieczeń nie miało żadnego wpływu na wartość owego indeksu.

Konkludując, uznać należało, że w postanowieniach WU i Regulaminu UFK (...) wystarczająco precyzyjnie oznaczono, w jaki sposób ma być ustalana wartość rachunku udziałów powoda, w jaki sposób ma być obliczona wartość świadczeń, tym samym określenie wartości tych świadczeń byłoby możliwe w momencie ich wymagalności.

Odnosząc się do abuzywności spornych postanowień umowy Sąd Rejonowy wskazał, iż kwestionowane postanowienia nie "zostały uzgodnione indywidualnie" z konsumentem, ponieważ powód nie miał rzeczywistego wpływu na ich treść.

Umowa zawarta na rzecz powoda należała do kategorii umów adhezyjnych, której postanowienia ustalone są przez jedną ze stron (pозwanego) we wzorcu umownym w postaci Warunków Ubezpieczenia (...) (art. 384 k.c.). Zarówno główne jak i dodatkowe postanowienia umowne nie były przedmiotem negocjacji, a powód nie miał bezpośredniego wpływu na ich treść. Przedstawienie powodowi przed podpisaniem deklaracji przystąpienia - Warunków Ubezpieczenia (...), Regulaminu i Tabeli Opłat i Limitów Składek pozostaje w tym miejscu bez doniosłości prawnej. Niekwestionowanym bowiem jest, iż przedmiotowe dokumenty miały zostać powodowi przedstawione do wiadomości. Stanowiły one jedynie podstawę funkcjonowania oferty opartej o produkt (...). Zapoznanie się z tym dokumentami nie warunkowało po stronie powoda żadnej możliwości zmiany treści przedmiotowych dokumentów.

Przechodząc do dalszych rozważań wskazał, iż z deklaracji przystąpienia jednoznacznie wynika, że istotnym elementem produktu (...) jest długość trwania okresu odpowiedzialności, a ponadto z analizy treści ogółu łączących strony postanowień, tj. zarówno Warunków Ubezpieczenia i Tabeli Opłat i Limitów Składek wynika, że produkt ten miał konstrukcję tzw. polisolokaty.

Kwestionowane przez powoda postanowienia dotyczą zasad wypłaty środków z rachunku ubezpieczonego w przypadku rezygnacji z produktu w trakcie ochrony ubezpieczeniowej w określonym roku odpowiedzialności, a zatem nie dotyczyły głównego świadczenia stron umowy.

Zgodnie z pkt. 4 rozdziału 14 WU, w razie rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel w terminie 35 dni od dnia otrzymania oryginału oświadczenia w tym zakresie, wypłaca środki z tytułu Całkowitego Wykupu na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia. W przypadku Całkowitego Wykupu ubezpieczyciel wypłaca kwotę równą Wartości Rachunku pomniejszoną o Opłatę Likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących) (pkt. 6 rozdziału 14 WU). Wysokość Opłaty Likwidacyjnej określa Tabela Opłat i Limitów Składek (pkt. 2 rozdział 8 WU). Przy czym zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...), wysokość opłaty likwidacyjnej w 7 roku odpowiedzialności wynosiła 20% Wartości Rachunku.

Reasumując Sąd Rejonowy wskazał, że dotycząca ubezpieczonego umowa jest umową nienazwaną, mieszaną, łączącą w sobie elementy umowy ubezpieczenia na życie i elementy dotyczące zasad inwestowania kapitału i przysparzania środków finansowych.

Uznanie konkretnej klauzuli umownej za niedozwolone postanowienie umowne wymaga ponadto stwierdzenia łącznego wystąpienia obu przesłanek – sprzeczności z dobrymi obyczajami oraz rażącego naruszenia interesów konsumenta. Dobre obyczaje to reguły postępowania niesprzeczne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami można uznać także działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności, a więc o działanie potocznie określane, jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające od przyjętych standardów postępowania. Sprzeczne z dobrymi obyczajami w niniejszej sprawie są te postanowienia, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku prawnego, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między partnerami umowy. Przede wszystkim wskazać należy, że nierównowaga oraz ustawowa sprzeczność z dobrymi obyczajami przejawia się w ustaleniu w 7 roku ubezpieczenia opłaty likwidacyjnej na poziomie 20% wartości rachunku ubezpieczonego. W ocenie Sądu Rejonowego nie sposób uznać zasadności obciążenia ubezpieczonego obowiązkiem uiszczenia opłaty z tytułu wykupu w wartości sprecyzowanej w Tabeli Opłat. Takowe postępowanie ubezpieczyciela stanowi przeniesienie ryzyka ubezpieczeniowego na ubezpieczonego.

Ponad powyższe wskazał, iż w analizowanych w sprawie Warunkach Ubezpieczenia brak jest wskazania, że opłata z tytułu wykupu całkowitego służy pokryciu kosztów i obciążeń jakie poniósł pozwany. Nie określa również ich wysokości. Takie „przemilczenie” jest niezgodne z dobrymi obyczajami wymaganymi w relacjach konsument - profesjonalista, które to powinny być ukształtowane na zasadzie przejrzystości, lojalności oraz jasności, bez pomijania jakichkolwiek okoliczności mających wpływ na prawną i ekonomiczną pozycję konsumenta. Niezgodnie z dobrymi obyczajami powód w dacie podpisania deklaracji przystąpienia (...) nie wiedział jakie koszty i w jakiej wysokości będzie ponosił w przypadku wypowiedzenia umowy. Powód nie wiedziałby tego nawet po wnikliwej analizie dokumentów. Ubezpieczonemu nie były również wiadome jakie elementy składowe wchodzić będą w globalną ilość kosztów obarczających go. Nieznana była również chociażby ich szacunkowa wysokość. Zasada lojalności pomiędzy kontrahentami i dobre obyczaje wymagały również by przedsiębiorca wyjaśnił i uzasadnił dlaczego w 7 roku obowiązywania umowy opłata z tytułu wykupu całkowitego w przypadku przyczyn obciążających ubezpieczającego wynosić będzie 20%.

Zatem nierównowaga oraz sprzeczność z dobrymi obyczajami przejawia się w braku poinformowania przy deklaracji przystąpienia ubezpieczonego – powoda o zasadach i wysokości potrącenia kosztów i kwoty wykupu w przypadku rozwiązania umowy. Zasady, charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania zasad wykupu nie zostały w warunkach ubezpieczenia szczegółowo wyjaśnione, a jedynie sposób lakoniczny i nie dający podstaw do weryfikacji i ustalenia co na poszczególne składniki mające wpływ na wysokość kosztów się składa. Ograniczenie się do lakonicznego i ogólnikowego stwierdzenia, nie jest wystarczające w relacji konsument – profesjonalista i narusza dobre obyczaje związane z profesjonalnym i rzetelnym obrotem gospodarczym. „Wyjaśnienie konsumentowi w postanowieniach ogólnych umów mechanizmu wyliczenia opłaty likwidacyjnej pozwoliłoby ubezpieczonemu realnie ocenić czy zawarcie umowy jest dla konsumenta rzeczywiście korzystne z uwagi na wszystkie okoliczności, które mogą wystąpić w przyszłości i skłonić go do ewentualnego wcześniejszego rozwiązania umowy (za wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 r. I CSK 149/13).

Postanowienia umowne wzorca stosowanego przez ubezpieczyciela, w sposób nieusprawiedliwiony nakładają na konsumenta obowiązek płacenia opłaty likwidacyjnej (jest to rodzaj sankcji za wcześniejsze rozwiązanie umowy i stanowi swoistą opłatę likwidacyjną, która była przedmiotem analiz Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów i została wpisana na listę klauzul abuzywnych) bez możliwości określenia, czy jego świadczenie jest ekwiwalentne i uzasadnione. Dysproporcja pomiędzy obowiązkami stron, a więc rażące naruszenie interesów konsumenta przejawia się w fakcie utraty przez powoda wszystkich zgromadzonych i wpłaconych środków bez względu na wysokość wpłaconej składki, a przede wszystkim kosztów poniesionych i wykazanych przez stronę pozwaną. Taka dysproporcja

zobowiązań - przejęcie całości lub znacznej części środków – w oderwaniu od faktycznie poniesionych kosztów i uiszczonych składek składają się na rażące naruszenie interesów konsumenta oraz są sprzeczne z dobrymi obyczajami, jak również naruszają interes ekonomiczny konsumenta, który zostaje obciążony opłatą nie mającą odzwierciedlenia w przepisach prawa, na co wskazał chociażby Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 04 kwietnia 2013r., w sprawie o sygnaturze akt VI ACa 1324/12, a który to pogląd Sąd w niniejszym składzie w pełni popiera. Ponadto, jak wskazano powyżej, w żadnym z zapisów Warunków Ubezpieczenia nie można odnaleźć uzasadnienia i przyczyn, dla których usprawiedliwione byłoby pobieranie opłaty likwidacyjnej w wymaganej wysokości. Laik w przedmiotowej materii nie tylko nie będzie w stanie ustalić szczegółowych składników opłaty z tytułu wykupu, ale również nie będzie posiadał choćby ogólnej wiedzy w przedmiocie przyczyn uzasadniających jej ustalenie.

W niniejszej sprawie postanowieniami niedozwolonymi są klauzule umowne dotyczące zasad wypłaty środków na rachunku ubezpieczonego w przypadku rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia i zasad obliczania opłaty likwidacyjnej. W ocenie Sądu klauzula nakazująca zapłatę tak dużej jak we wskazanej Tabeli Opłat i Limitów Składek opłaty likwidacyjnej w sytuacji, gdy pozwany mógł obracać środkami wpłaconymi przez powoda, osiągając w ten sposób zysk, nadmiernie obciąża powoda (konsumenta), a tym samym rażąco naruszając jego interesy.

Pozwany nie wykazał także, co równie istotne, iż koszty, których obowiązek zwrotu został nałożony na powoda były uzasadnione i współmierne do podejmowanych czynności w celu realizacji umowy i możliwości osiągnięcia długoterminowych zysków, zwłaszcza wobec pobierania od powoda w trakcie trwania umowy opłaty administracyjnej naliczanej od Składki Zainwestowanej wynoszącej 1,85 w skali roku, za ryzyko, które stanowią ekwiwalent wykonania obowiązków umownych w postaci inwestowania na zlecenie środkami pieniężnymi pochodzącymi ze składek.

Mając powyższe na uwadze Sąd Rejonowy uznał, że postanowienie dotyczące opłaty likwidacyjnej i opłaty administracyjnej zawarte w Tabeli Opłat i Limitów Składek w zw. rozdziałem 8 Warunków Ubezpieczenia (...) stanowi niedozwolone postanowienie umowne, które zgodnie z art. 385<sup>(1)</sup> § 1 zd. 1 k.c. nie wiąże powoda.

Wartość rachunku powoda na dzień wygaśnięcia ochrony wynosiła 63.651,61 zł. Wartość wykupu została ustalona na kwotę 50.921,29 zł. Tym samym powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części stanowiącej różnicę powyższych kwot, tj. co do kwoty 12.730,32 zł stanowiącej opłatę likwidacyjną oraz co do kwoty opłaty administracyjnej w wysokości 10.512 zł, pobranej w trakcie stosunku ubezpieczenia od powoda 73 razy po 144 zł.

Odsetki ustawowe za opóźnienie zasądzone zostały od dnia 27 czerwca 2017 roku do dnia zapłaty na podstawie art. 481 §1 k.c. w zw. z art. 455 k.c. Datę wymagalności Sąd Rejonowy ustalił w oparciu o datę pewną, jaką była data doręczenie pozwanemu odpisu pozwu z załącznikami, oddalając dalej idące roszczenie odsetkowe jako bezzasadne.

O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c.

***Od powyższego rozstrzygnięcia pozwany wniósł apelację zaskarżając je w części tj. co do kwoty 10512 zasądzonej tytułem zwrotu opłaty administracyjnej, zarzucając:***

1. nierozpoznanie istoty sprawy poprzez:

a) dokonanie abstrakcyjnej a nie incydentalnej kontroli wzorca umownego co się przejawiało w czynieniu abstrakcyjnych rozważań

b) brak rozróżnienia charakterystyki zaskarżonego postanowienia;

c) bezpodstawne zrównanie postanowień dotyczących opłaty likwidacyjnej i opłaty administracyjnej;

d) pominięcie, że wysokość opłaty administracyjnej została sformowana w sposób jasny;

e) pominięcie, iż zgodnie z postanowieniami umowy od początku okresu ubezpieczenia kwota wskazana jako Składka Zainwestowana jest inwestowana w całości pomimo jej opłacenia przez powoda jedynie w części co wpływa na wynik

finansowy inwestycji i uzasadnia uzależnienie wysokości pobranej opłaty administracyjnej od wysokości składki zainwestowanej;

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

a) uznaniu, iż opłata administracyjna nie określa głównych świadczeń stron;

b) uznaniu, iż określenie opłaty administracyjnej w skali całego roku nie daje przeciętnemu konsumentowi możliwości ustalenia jej faktycznej wysokości, pomimo iż naliczana jest ona od Składki Zainwestowanej, tj. kwoty 135.000 zł określonej zarówno w Deklaracji Przystąpienia, jak i Certyfikacie potwierdzającym objęcie powoda ochroną ubezpieczeniową, a proste działania matematyczne polegające na pomnożeniu składki zainwestowanej przez wskazaną w Tabeli płat i limitów składek wysokość opłaty administracyjnej (1,28 % ) oraz podzielenie uzyskanej wartości przez 12 miesięcy (w skali roku), pokazuje dokładną wysokość opłaty, tj. 144 zł miesięcznie i umożliwia jej obliczenie już przed zawarciem umowy

c) uznaniu, iż postanowienia umowy zostały sformułowane w sposób nieczytelny i niezrozumiałe podczas gdy Sąd nie podaje postanowień rzekomo niezrozumiałych i nieczytelnych;

3. naruszenie art. 6 k.c. poprzez jego niezastosowanie i nieuznanie, iż to na powodzie spoczywa ciężar udowodnienia, podczas gdy to na stronie powodowej w niniejszej sprawie spoczywa ciężar udowodnienia, iż postanowienia OWU są niezgodne z dobrymi obyczajami;

4. naruszenie art. 232 k.p.c. poprzez jego błędne zastosowanie i przyjęcie, iż powód przedstawił dowody świadczące o tym, iż postanowienie wzorca umownego stosowanego przez pozwaną stanowi postanowienie niedozwolone, pomimo braku przedstawienia takiego dowodu przez powoda;

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

6. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 385<sup>1</sup> k.c. oraz art. 805 k.c. w zw. z art. 829 § 1 k.c. i z art. 2 ust. 1 pkt. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz. U. z 2010 roku nr 11 poz. 66 z późn. zm.) poprzez ich błędną interpretację i uznanie, iż postanowienie dotyczący opłaty administracyjnej nie jest głównym świadczeniem, w myśl art. 385<sup>1</sup> k.c. jest ono głównym świadczeniem stron oraz jedynym wynagrodzeniem pozwanego w związku z zawartą umową,

7. naruszenie prawa materialnego w postaci art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego błędną wykładnię i uznanie, iż postanowienia Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym stanowią postanowienia niedozwolone i tym samym uznanie, iż pozwany 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;

Ponadto w treści apelacji, pozwany wniósł zarzut przedawnienia roszczenia powoda o zwrot opłat administracyjnych pobranych przed upływem 3 lat od wniesienia pozwu.

Wobec tak sformułowanych zarzutów, pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w zaskarżonej części oraz poprzez zasądzenie na rzecz pozwanego od powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz zasądzenie na rzecz pozwanego od powoda kosztów procesu, w tym postępowania za dwie instancje według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie w całości i zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności, za niezasadny tut. Sąd uznał zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 232 k.p.c. Podkreślić trzeba, że nie jest wystarczającym uzasadnieniem zarzutu naruszenia ww. normy przedstawienie przez stronę skarżącą własnej oceny dowodów i wyrażenie dezaprobaty dla oceny prezentowanej przez Sąd pierwszej instancji. Strona skarżąca ma bowiem obowiązek wykazania naruszenia przez Sąd paradygmatu oceny wynikającego z art. 233 § 1 k.p.c., a zatem wykazania, że Sąd wywiódł z materiału procesowego wnioski sprzeczne z zasadami logiki lub doświadczenia życiowego, względnie pominął w swojej ocenie istotne dla rozstrzygnięcia wnioski wynikające z konkretnych dowodów (por. wyrok SN z 7 stycznia 2005 r., IV CK 387/04, wyrok SA w Łodzi z 23 sierpnia 2013 r., I ACa 348/13). Tymczasem zarzuty strony apelującej ograniczają się zasadniczo do prezentowania własnych - korzystnych dla niej ustaleń stanu faktycznego, dokonanych na podstawie własnej, także korzystnej dla niej oceny dowodów przedłożonych w sprawie.

Nietrafny pozostawał również podniesiony przez pozwanego w treści apelacji zarzut naruszenia przez Sąd orzekający w pierwszej instancji art. 278 § 1 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego – aktuarusza. Należy bowiem przyznać rację Sadowi Rejonowemu, że rzeczony wniosek zasługiwał na oddalenie, albowiem jego uwzględnienie prowadziło jedynie do daremnego wydłużenia czasu procedowania i powiększyłoby koszty procesu obciążające stronę przegrywającą. Zgromadzony zaś w toku postępowania materiał dowodowy był na tyle obszerny i wystarczający, aby rozstrzygnąć, bez zasięgania wiadomości specjalnych, sprawę co do jej istoty i w rezultacie wydać merytoryczne orzeczenie również co do kwestii wysokości opłaty administracyjnej i sposobu jej ustalenia, przy czym zauważyć należy, iż prawidłowość skalkulowania opłaty administracyjnej nie mogła podlegać ocenie przez pryzmat dowodu z opinii biegłego - aktuarusza.

Odnośnie opłaty administracyjnej Sąd Okręgowy wbrew twierdzeniom strony apelującej nie stwierdził, aby w postępowaniu w pierwszej instancji doszło do naruszenia przez Sąd prawa materialnego, tj. art. 385<sup>1</sup> k.c. oraz art. 805 k.c. w zw. z art. 829 § 1 k.c. i z art. 2 ust. 1 pkt. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej. Nietrafny jest zarzut błędnej interpretacji poprzez uznanie omawianego postanowienia dotyczącego opłaty administracyjnej za nie będące głównym świadczeniem i stojące w sprzeczności z dobrymi obyczajami, podczas gdy według pozwanego, jest ono głównym świadczeniem stron oraz jedynym wynagrodzeniem pozwanego w związku z zawartą umową oraz nie stoi w sprzeczności z dobrymi obyczajami i nie narusza rażąco interesów powoda.

Jak wskazano w literaturze, „by określone postanowienie umowy mogło zostać uznane za niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu przepisu art. 385<sup>1</sup> k.c., spełnione muszą zostać cztery warunki:

- umowa musi być zawarta z konsumentem,
- postanowienie umowy nie zostało uzgodnione indywidualnie,
- postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy,
- postanowienie sformułowane w sposób jednoznaczny nie dotyczy głównych świadczeń stron”. (A. Rzetecka - Gil, Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania - część ogólna, LEX., 2011, kom. do art. 385<sup>1</sup>, pkt 9).

W rozpoznawanej sprawie nie ulega wątpliwości, że postanowienie dotyczące opłaty administracyjnej, w sposób jednoznaczny nie dotyczy głównych świadczeń stron. Pojęcie „głównego świadczenia stron” należy rozumieć wąsko, w nawiązaniu do pojęcia elementów przedmiotowo istotnych (essentialia negotii). Do elementów tych można zatem



zaliczyć wynagrodzenie i cenę oraz świadczenie wzajemne przedsiębiorcy - towar, usługę (zob. wyrok SA w Warszawie z 2 lutego 2011 r., VI ACa 910/2010).

W świetle powyższego, słusznie podniósł Sąd orzekając w pierwszej instancji, że po stronie ubezpieczyciela do świadczeń głównych umowy ubezpieczenia, należy zaliczyć – udzielenie ochrony ubezpieczeniowej poprzez wypłacanie świadczenia pieniężnego ubezpieczonemu w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, co wprost wynika z Warunków Ubezpieczenia. Z przedłożonych przez powoda dokumentów wywnioskować również można, że świadczeniem głównym po stronie ubezpieczeniowego, był przede wszystkim obowiązek zapłaty składek z tytułu zawartej umowy na życie i dożycie. W konsekwencji, nie można przyjąć, że pobierana przez pozwane Towarzystwo (...), opłata administracyjna, o której mowa w tabeli opłat i limitów składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...), jest świadczeniem głównym, albowiem rzeczona opłata nie należała do elementów przedmiotowo istotnych zawartej pomiędzy stronami umowy.

Nawet jeśli uznać by opłatę administracyjną za świadczenie główne, to w rozpoznawanej sprawie mamy do czynienia z sytuacją, o której mowa w zd. 2 art. 385(1) kpc, gdyż niewątpliwie postanowienie określające wysokość opłaty administracyjnej nie zostało sformułowane w sposób jednoznaczny, co słusznie zauważył Sąd I instancji i o czym będzie mowa jeszcze poniżej.

Jednocześnie rację należy przyznać Sądowi Rejonowemu, że opłata administracyjna pobierana w wysokości 1,28 % w skali roku naliczana od składki zadeklarowanej (a nie zainwestowanej) jest sprzeczna z dobrymi obyczajami.

Za sprzeczne z dobrymi obyczajami można uznać działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania u konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności. Działania te potocznie określa się jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające in minus od przyjętych standardów postępowania. Naruszenie interesów konsumenta wynikające z niedozwolonego postanowienia musi być zarazem rażące, a więc szczególnie doniosłe (zob. wyrok SA w Warszawie z 23 sierpnia 2011 r., VI ACa 262/2011).

Zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia, opłata administracyjna stanowi opłatę przeznaczoną na pokrycie czynności zarządzania i administrowania ubezpieczeń oraz kosztu zawarcia danego stosunku ubezpieczenia, a także stanowi wynagrodzenie ubezpieczyciela za obsługę danego stosunku ubezpieczenia. Rzeczona opłata administracyjna naliczana jest procentowo, zgodnie z tabelą opłat i limitów składek (1,28 % w skali roku), od wartości składki zainwestowanej i pobierana jest miesięcznie ze składki bieżącej w dniu zapłaty składki bieżącej.

Tak sformułowane pojęcie opłaty administracyjnej sugeruje, że pobierana kwota będzie zmienna, ponieważ jest wskazana jako pobierany procent kwoty, która została określona jako „składka zainwestowana”. Tymczasem w niniejszej sprawie, kwota pobierana w ramach opłaty administracyjnej jest kwotą stałą. Jak wynika bowiem z deklaracji do przystąpienia do grupowego ubezpieczenia, składka zainwestowana nie stanowi kwoty zmiennej, lecz niezmienną kwotę określoną w wysokości 135.000 zł. Zauważyć przy tym należy, że już samo określenie „składka zainwestowana” ma odmienne znaczenie według Warunków Ubezpieczenia, aniżeli potoczne znaczenie tego zwrotu i może sugerować, że opłata ta będzie ulegać zmianie, a jej wysokość będzie uzależniona od wartości wpłaconych składek, co na gruncie niniejszej sprawy nie ma miejsca. Zatem skoro wysokość składki zainwestowanej była znana od samego początku trwania umowy ubezpieczenia, powinna być w sposób wyraźny wskazana jako stała, wyliczona kwota stanowiąca opłatę administracyjną, tak aby ubezpieczony będący konsumentem, przystępując do umowy ubezpieczenia miał świadomość z jakimi konkretnymi opłatami będzie wiązało się przystąpienie do tejże umowy. Należy bowiem mieć na uwadze, że podanie przez pozwanego takiej informacji w sposób jednoznaczny i wyraźny, mogłoby mieć wpływ na podjęcie przez konsumenta decyzji o tym, czy przystąpić do takiego ubezpieczenia, w której została przewidziana comiesięczna, stała opłata administracyjna, czy też nie.

W ocenie Sądu Okręgowego, fakt naliczania przez ubezpieczyciela opłaty administracyjnej od kwoty zadeklarowanej pozostaje w sprzeczności z interesami konsumenta i zasadami współżycia społecznego, rażąco naruszając interesy konsumenta. Zauważyć w tym miejscu trzeba, że „składka zainwestowana”, o której mowa w Warunkach Ubezpieczenia, stanowi w rzeczywistości składkę zadeklarowaną, którą ubezpieczony zadeklarował się wpłacić

przez cały okres trwania umowy, a została określona jako składka zainwestowana. Takie sformułowanie prowadzi do wniosku, że ubezpieczyciel pobiera opłatę w wysokości 1,28 % w skali roku, od kwoty faktycznie wpłaconej przez ubezpieczonego, nie zaś od kwoty, która dopiero w przyszłości miałaby zostać wpłacona. W rzeczywistości ubezpieczyciel pobierał opłatę procentową od kwoty wyższej, aniżeli kwota, która została de facto wpłacona. Pobieranie zatem od początku procentowej opłaty administracyjnej, od całości składek, które mają być uiszczane przez okres piętnastu lat trwania umowy, w przypadku wcześniejszego rozwiązania tej umowy, jest sprzeczne z zasadami współzycia społecznego i rażąco narusza interesy konsumenta.

Dlatego też jeszcze raz podkreślenia wymaga, iż niezależnie od tego czy opłata administracyjna stanowi świadczenie główne, czy też nie łączącej strony umowy, to może ona być badana pod względem stwierdzenia abuzywności spornego postanowienia z uwagi na sposób jej sformułowania. Niewątpliwie odnoszenie się przez pozwanego do definicji „składka zainwestowana” czy „składka zadeklarowana” nie tylko wprowadza konsumenta - słabszą stronę umowy w błąd, ale też naraża go na poniesienie niewspółmiernie wysokich kosztów umowy, czego świadomości w chwili jej zawarcia mieć nie mógł. Już sama kwestia wprowadzenia konsumenta w błąd co do bieżących kosztów funkcjonowania umowy jest wystarczającą przesłanką do stwierdzenia spełnienia wszystkich przesłanek abuzywności przez uiszczaną przez powoda opłatę administracyjną. Zauważyć przy tym należy, iż Sąd Najwyższy wielokrotnie zwracał uwagę, iż w przypadku oceny umów ubezpieczenia o charakterze mieszanym, z przewagą elementu inwestycyjnego już sama nierówność ekonomiczna stron umowy może być traktowana jako klauzula abuzywna.

Podstawę prawną zasądzonego świadczenia stanowi art. 405 k.c. w zw. z art. 410 k.c., albowiem wskutek uznania postanowień umowy ubezpieczeniowej dotyczącej opłaty administracyjnej za klauzulę abuzywną, doszło do upadku podstawy do pobrania tych opłat zgodnie z art. 385<sup>1</sup>§1 k.c. (postanowienia nie wiązały konsumenta), a tym samym spełniły się przesłanki uzasadniające dokonanie zwrotu przez pozwanego nienależnie uzyskanej kwoty. Strona pozwana uzyskała korzyść majątkową poprzez obciążenie powoda owymi opłatami i wzbogaciła się o pobraną od powoda kwotę z tytułu tych opłat. Zatem, w zakresie opłaty administracyjnej, świadczenie spełnione przez powoda na rzecz pozwanego stanowiło świadczenie nienależne w rozumieniu art. 410 § 2 k.c. Z tych powodów za nieuzasadniony należało uznać również zarzut pozwanego dotyczący przedawnienia roszczenia, ponieważ zastosowanie znajduje tu 10 –letni (obecnie 6 letni) termin przedawnienia roszczenia, a nie wskazywany przez powoda termin 3 letni. Powód nie domaga się od pozwanego zapłaty roszczenia okresowego, ale zwrotu świadczenia nienależnego z uwagi na stwierdzenie jego abuzywności.

Nie jest trafny również podniesiony przez pozwanego zarzut naruszenia art. 153 ustawy z dnia 22 maja 2013 o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz. U. z 2013 roku poz. 950 ze zm). Zauważyć bowiem należy, że na żadnym etapie postępowania nie było negowane uprawnienie do pobierania przez przedsiębiorcę zawierającego umowę z konsumentem pewnych opłat za świadczone przezeń usługi, w tym także opłaty administracyjnej. Istotą sprawy była rażąco wysoka i przez to niedopuszczalna wysokość owych opłat jak również ich niejednoznaczne sformułowanie. Zarzuty apelującego pozostają zatem bez związku ze sprawą.

W konsekwencji za nieuzasadniony należało uznać także zarzut naruszenia art. 6 k.c., albowiem powód sprostał ciężącemu na nim ciężarowi procesowemu i wykazał, że omawiane postanowienia Warunków Ubezpieczenia są niezgodne z dobrymi obyczajami.

Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego oparto o zasadę odpowiedzialności za wynik sprawy określoną w art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Koszty te obejmowały wyłącznie wynagrodzenie pełnomocnika powoda w wysokości jednej stawki minimalnej określonej w § 2 pkt 5 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych, w brzmieniu obowiązującym w chwili wniesienia apelacji.