

Sygn. akt V Ca 1241/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 lipca 2018 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie V Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Bożena Miśkowiec

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym

w dniu 3 lipca 2018 r. w Warszawie

sprawy z powództwa M. N.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy-Woli w Warszawie

z dnia 9 listopada 2017 r., sygn. akt II C 2216/17

1. oddala apelację;
2. zasądza od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą we W. na rzecz M. N. kwotę 900,00 (dziewięćset) złotych tytułem kosztów postępowania w instancji odwoławczej.

Sygn. akt V Ca 1241/18

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 3 sierpnia 2017 roku M. N. wniósł o zasądzenie na swoją rzecz od Towarzystwa (...) S.A. kwoty 5.350,28 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 5 marca 2017 roku do dnia zapłaty oraz zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

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

Wyrokiem z dnia 9 listopada 2017 roku Sąd Rejonowy dla Warszawy-Woli w Warszawie: 1.) zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.350,28 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 15 lipca 2017 roku do dnia zapłaty; 2.) oddalił powództwo w pozostałym zakresie; 3.) zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.067 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło na podstawie następujących ustaleń oraz rozważań poczynionych przez sąd I instancji.

W dniu 16 września 2010 roku M. N. złożył deklarację przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) zawartej pomiędzy Towarzystwem (...) S.A. a (...) S.A.

i został objęty przez Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W. ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...), które zostały określone w warunkach ubezpieczenia (...). Odbiór warunków ubezpieczenia (...), regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...), tabeli opłat i limitów składek przed przystąpieniem do ubezpieczenia, zapoznanie się z ich treścią ich zrozumienie oraz ich akceptację powód potwierdził własnoręcznym podpisem.

Powód przystępując do umowy ubezpieczenia skorzystał również z 3 innych produktów finansowych, w tym lokaty bankowej o wyższym oprocentowaniu niż standardowa lokata.

Przedmiotem ubezpieczenia było życie powoda, a zakres ubezpieczenia obejmował śmierć powoda w okresie odpowiedzialności lub dożycie powoda do końca okresu odpowiedzialności. Celem ubezpieczenia było również gromadzenie i inwestowanie środków finansowych powoda przy wykorzystaniu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...). Powód zobowiązał się do uiszczenia składki pierwszej w wysokości 15.750 zł i składek bieżących w wysokości 434 zł płatnych miesięcznie.

Na podstawie w/w umowy ubezpieczyciel zobowiązał się w razie zgonu powoda wypłacić osobie uprawnionej świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w rozdziale 10 ust. 4 i 5 WU. Z kolei w razie dożycia przez powoda do końca okresu ubezpieczenia na mocy powyższej umowy pozwany byłby zobowiązany wypłacić mu równowartość 100% wartości rachunku w dacie umorzenia.

Zgodnie z warunkami ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę likwidacyjną, która jest naliczana i pobierana w przypadku całkowitego wykupu, procentowo zgodnie z tabelą opłat i limitów składek od wartości umorzonych jednostek uczestnictwa funduszu z rachunku. Pobranie następuje poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej ubezpieczonemu o wartość opłaty likwidacyjnej.

W razie rezygnacji przez powoda z ubezpieczenia po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej pozwany w terminie 35 dni od dnia otrzymania oryginału oświadczenia o rezygnacji wypłaci mu tytułem całkowitego wykupu wartość rachunku pomniejszoną o podatek dochody od osób fizycznych oraz opłatę likwidacyjną.

Zgodnie z tabelą opłat i limitów wysokość opłaty likwidacyjnej w 7 roku polisowym wynosiła 80% wartości rachunku.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasła z dniem 28 lutego 2017 roku. W tym też dniu nastąpiło umorzenie jednostek na rachunku M. N.. W momencie umorzenia wartość rachunku wynosiła 26.751,39 zł. Wysokość opłaty likwidacyjnej ustalono na kwotę 5.350,28 zł. Z tytułu wartości wykupu w/w towarzystwo ubezpieczeń zapłaciło M. N. kwotę 21.401,11 zł.

Pismem doręczonym w dniu 30 czerwca 2017 roku pełnomocnik powoda wezwał Towarzystwo (...) S.A., do zapłaty kwoty 5.350,28 zł w terminie 14 dni od dnia doręczenia pisma.

Sąd Rejonowy oddalił wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuariusza ponieważ okoliczności sprawy związane z ponoszonymi przez pozwanego za obsługę realizacji przedmiotowej umowy nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd I instancji uznał powództwo za zasługujące na uwzględnienie w przeważającej części.

Roszczenie powoda wynika z umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, do której przystąpił powód w dniu 16 września 2010 roku. Umowa do której przystąpił powód należała do kategorii umów nienazwanych, mieszanych, łączących w sobie elementy umowy ubezpieczenia oraz dotyczące zasad inwestowania kapitału i przysparzania środków finansowych.

Okoliczności faktyczne sprawy były pomiędzy stronami bezsporne.

W myśl art. 385¹ § 1 k.c. za niedozwolone postanowienia umowne uznaje się postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

W myśl przepisów kodeksu cywilnego za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową - art. 22¹ k.c.

Możliwość uznania danego postanowienia umownego za niedozwolone i wyeliminowanie go z obrotu stosowania jest zależna od spełnienia następujących przesłanek: postanowienie nie zostało uzgodnione indywidualnie, a więc nie podlegało negocjacji, ukształtowane w ten sposób prawa i obowiązki konsumenta pozostają w sprzeczności z dobrymi obyczajami, ukształtowane w ten sposób prawa naruszają interesy konsumenta i postanowienie umowy nie dotyczy sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron, w tym ceny lub wynagrodzenia. Powyższe przesłanki muszą zostać spełnione łącznie.

Niezgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przyjętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta - art. 385¹ § 3 k.c.

W ocenie Sądu I instancji, postanowienia warunków ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i załącznika nie zostały uzgodnione indywidualnie z powodem. Umowa do której przystąpił powód należała do kategorii umów adhezyjnych, której postanowienia ustalone są przez jedną ze stron tj. pozwanego we wzorcu umownym w postaci ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie - art. 384 k.c. Zarówno główne jak i dodatkowe postanowienia umowne nie były przedmiotem negocjacji pomiędzy stronami procesu, a powód nie miał bezpośredniego wpływu na ich treść. Powód jest również konsumentem, gdyż czynność prawna z dnia 16 września 2010 roku nie pozostawała w związku z działalnością gospodarczą i zawodową powoda. Bezspornie powód świadomie i dobrowolnie przystąpił do umowy ubezpieczenia, jednak nie miał wpływu na przedstawione mu postanowienia poza wyborem ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, w których miały być lokowane środki pochodzące ze składki alokowanej.

Zakwestionowane przez powoda postanowienia umowy dotyczą zasad wypłaty środków z rachunku ubezpieczonego w przypadku wystąpienia z umowy ubezpieczenia w określonym roku polisowym, a w szczególności pobierania przez pozwane towarzystwo opłaty likwidacyjnej, zatem nie dotyczyły głównego świadczenia stron umowy. Wprawdzie ustawodawca nie określił, co należy rozumieć przez sformułowanie "główne świadczenia stron", ale należało przyjąć, że z reguły są to takie elementy konstrukcyjne umowy, bez których uzgodnienia nie doszłoby do jej zawarcia, czyli tzw. essentialia negotii. Pojęcie "głównego świadczenia stron" należy rozumieć wąsko, w nawiązaniu do pojęcia elementów przedmiotowo istotnych umowy. Do elementów tych można zatem zaliczyć wynagrodzenie i cenę oraz świadczenie wzajemne przedsiębiorcy - towar, usługę (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 2 lutego 2011 r. VI ACa 910/10). W niniejszym sporze są to: ze strony pozwanej świadczenie usług ubezpieczeniowych na rzecz konsumentów, ze strony zaś konsumenta opłacenie składki ubezpieczeniowej. Zgodnie z rozdziałem 2 warunków ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia było udzielenie ochrony w zakresie ryzyka zgonu oraz śmierci. Zasady wypłaty świadczeń składających się na „świadczenie główne” strony pozwanej szczegółowo określone zostały w rozdziałach 10-12 dotyczącym wypłaty świadczeń z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest umową nienazwaną, mieszaną, łączącą w sobie elementy umowy ubezpieczenia na życie i elementy dotyczące zasad inwestowania kapitału i przysparzania środków finansowych. Tylko te elementy dotyczące świadczeń ubezpieczeniowych i zasad inwestowania składają się na zakres świadczenia głównego ubezpieczyciela. Obowiązek wypłaty świadczenia głównego aktywizuje się w wypadku zajścia zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia tj. zgonu ubezpieczonego, bądź też dożycia do końca trwania umowy ubezpieczenia. Postanowienia dotyczące zwrotu i wypłaty zgromadzonych środków w związku z wystąpieniem przez Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia mogą zostać zakwalifikowane tylko jako naturalia negotii, a nie postanowienia określające

podstawowe zobowiązanie stron odnoszące się do świadczenia głównego „aktywizującego się” dopiero po śmierci ubezpieczonego, bądź zakończeniu okresu trwania umowy. Kwestionowane przez powoda postanowienia zawarte w warunkach ubezpieczenia i tabeli opłat i limitów składek, dotyczą możliwości obciążenia przez pozwanego powoda opłatą likwidacyjną za realizację wykupu całkowitego. Opłata taka nie może zostać uznana, w ocenie Sądu, za świadczenie główne. Świadczeniem głównym co najwyżej może być kwota, którą pozwany ubezpieczyciel wypłacił powodowi w związku z wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej, ale nie opłata jaką z tego tytułu pobrał.

Kolejną przesłanką konieczną do zbadania wystąpienia ewentualnej abuzywności postanowień stosowanych we wzorcach umownych przez pozwanego, jest takie kształtowanie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, które rażąco narusza jego interesy. Uznanie konkretnej klauzuli umownej za niedozwolone postanowienie umowne wymaga więc stwierdzenia łącznego wystąpienia obu przesłanek tj. „sprzeczności z dobrymi obyczajami” oraz „rażącego naruszenia interesów konsumenta” (por. wyrok SN z dnia 29 sierpnia 2013 r., I CSK 660/12).

Dobre obyczaje należy ujmować jako normy obyczajowe, wyznaczające standardy uczciwych zachowań stron w praktyce kontraktowej i akceptowane powszechnie przez większość uczestników obrotu (por. Katarzyna Kopaczyńska - Piecniak, Komentarz do art. 72 Kodeksu cywilnego, stan prawny 2012.06.01).

„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.

W wyroku z dnia 13 lipca 2005 roku sygn. I CK 832/04 Sąd Najwyższy stwierdził, że „działanie wbrew dobremu obyczajom” w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. Podobnie w wyroku z dnia 3 lutego 2006 r. sygn. I CK 297/05, w którym Sąd Najwyższy stwierdził, że przepis art. 385¹ § 1 zdanie pierwsze k.c. jest odpowiednikiem art. 3 ust. 1 dyrektywy nr 93/13/WE, stanowiącym, że klauzulę umowną, która nie została uzgodniona indywidualnie, należy uznać za niedozwoloną, jeżeli naruszając zasadę dobrej wiary, powoduje istotną i nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków kontraktowych na niekorzyść konsumenta, przy czym rzeczą sądu jest ocena, czy nierównowaga jest „istotna”, czyli „rażąca” w rozumieniu odpowiedniego przepisu prawa polskiego (por. Adam Olejniczak, Komentarz do art. 385¹ Kodeksu cywilnego, stan prawny 2014.05.01).

Sprzeczne z dobrymi obyczajami w sprawie są te postanowienia, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między partnerami umowy. Nierównowaga oraz ustawowa sprzeczność z dobrymi obyczajami przejawia się w braku poinformowania w umowie powoda o zasadach i sposobie ustalenia opłaty likwidacyjnej. Zasady, charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania opłaty likwidacyjnej nie został szczegółowo wyjaśniony w treści warunków umowy. Postanowienia te przewidują jedynie, iż opłata likwidacyjna stanowi iloczyn wartości rachunku oraz stawki procentowej właściwej dla roku polisowego w którym zakończyła się ochrona ubezpieczeniowa. W treści warunków ubezpieczenia nie ma żadnych szczegółowych postanowień wyjaśniających ustalenie wartości tej opłaty w poszczególnych latach polisowym na takim a nie innym poziomie. W szczególności na podstawie WU nie sposób ustalić dlaczego w siódmym roku polisowym opłata likwidacyjna wynosi 20%. Nie wiadomo jaki jest sposób i mechanizm jej ustalenia. Bez żadnego znaczenia pozostaje okoliczność, iż powód w dacie przystąpienia do umowy ubezpieczenia miał pełną świadomość warunków ubezpieczenia, w szczególności skutków wystąpienia z umowy oraz wysokości opłaty likwidacyjnej w poszczególnych latach polisowych. Rzeczywiście powód w dacie przystąpienia do umowy ubezpieczenia miał pełną świadomość postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia przewidujących, iż w przypadku wystąpienia z umowy w siódmym roku polisowym potrącona zostanie opłata likwidacyjna wynosząca 20% wartości rachunku. Nie wiedział i nie mógł wiedzieć dlaczego pozwany pobierze opłatę likwidacyjną oraz czemu opłata ta miała służyć, na tym polega właśnie sprzeczność tych postanowień z dobrymi obyczajami. „Wyjaśnienie konsumentowi w postanowieniach ogólnych umów mechanizmu wyliczania opłaty likwidacyjnej pozwoliłoby ubezpieczonemu realnie ocenić czy zawarcie umowy jest dla niego rzeczywiście korzystne

z uwagi na wszystkie okoliczności, które mogą wystąpić w przyszłości i skłonić go do ewentualnego wcześniejszego rozwiązania umowy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 r. I CSK 149/13).

W analizowanych w sprawie ogólnych warunkach umowy brak jest wskazania, że opłata likwidacyjna służy pokryciu kosztów i obciążeń jakie poniósł pozwany. W żadnym z postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia nie można odnaleźć uzasadnienia i przyczyn, dla których usprawiedliwione byłoby zatrzymanie części wartości rachunku powoda i ustalenie opłaty likwidacyjnej na takim a nie innym poziomie. Z ogólnych warunków ubezpieczenia nie wynika również, w jaki sposób opłata likwidacyjna pozostaje w związku z ponoszonymi przez pozwanego kosztami. Nie określa również wysokości tych kosztów. Takie „przemilczenie” jest niezgodne z dobrymi obyczajami wymaganymi w relacjach konsument-profesjonalista, które powinny być ukształtowane na zasadzie przejrzystości, lojalności oraz jasności bez pomijania jakichkolwiek okoliczności mających wpływ na prawną i ekonomiczną pozycję konsumenta.

Strona pozwana, na etapie zawierania umowy, w żaden sposób nie poinformowała powoda o tym, iż ustalenie opłaty likwidacyjnej na takim a nie innym poziomie i zatrzymanie części środków przez pozwanego służy pokryciu kosztów poniesionych przez pozwanego, w tym prowizji wypłaconej na rzecz ubezpieczającego, wysokości tej prowizji, sposobie jej ustalenia. Powód nie mając żadnego wpływu na wysokość wynagrodzenia ubezpieczającego, przynajmniej powinien zostać poinformowany jaką kwotę z tego tytułu strona pozwana wypłaciła, skoro jak twierdzi pozwana spółka ustalenie opłaty likwidacyjnej w kolejnych latach polisowych ma na celu pokrycie wypłaconej przez nią prowizji dla pośrednika i kosztami tej prowizji pozwana spółka obciąża powoda. Powód zawierając umowę nie znał wysokości prowizji wypłaconej przez pozwaną spółkę pośrednikowi, nie miał wiedzy, że prowizja taka została w ogóle zapłacona i nie mógł wiedzieć, że w przypadku rozwiązania umowy i dokonania wykupu całkowitego zostanie tymi kosztami obciążony.

Przyjmuje się, że postanowienia umowy rażąco naruszają interes konsumenta, jeżeli poważnie, znacząco odbiegają od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron. W realiach sprawy oznacza to, iż postanowieniami niedozwolonymi w umowie ubezpieczenia są klauzule umowne dotyczące zasad wypłaty środków na rachunku ubezpieczonego w przypadku wykupu ubezpieczenia i zatrzymywania części wartości rachunku przez pozwanego, tj. postanowienia załącznika do wniosku przewidujące, iż w siódmym roku polisowym pozwany zatrzyma 20% wartości rachunku.

Zdaniem Sądu I instancji klauzula umowna nakazująca zapłatę tak dużej opłaty z tytułu wykupu w sytuacji, gdy pozwana mogła obracać środkami wpłaconymi przez powoda, osiągając w ten sposób zysk, nadmiernie obciąża powoda (konsumenta), a tym samym rażąco narusza jego interesy (zob. wyrok SN z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie I CSK 149/13). Przyjmuje się, że postanowienia umowy rażąco naruszają interes konsumenta, jeżeli poważnie, znacząco odbiegają od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 lipca 2005 r. w sprawie I CK 832/04 stwierdził, że „rażące naruszenie interesów konsumenta” oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego słabszej stronie jaką jest konsument. W ocenie Sądu Rejonowego ustalenie „opłaty likwidacyjnej” nakazuje oceniać w kategoriach bezzasadnej sankcji za utratę przez pozwanego możliwości dysponowania środkami finansowymi konsumenta. Jednocześnie stwierdzić należało, że przerzucenie tak wysokich kosztów obsługi umowy ubezpieczenia na powoda, ewidentnie kształtuje jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Sąd Rejonowy powołał wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie VI ACa 87/12, w którym stwierdzono, że nie można tłumaczyć żadną miarą konieczności pobierania opłaty likwidacyjnej wskutek wcześniejszego rozwiązania umowy, gdyż ubezpieczyciel utracił spodziewane, związane z długim okresem inwestowania środków przez ubezpieczającego, korzyści. Tym samym takie zapisy umowy są swoistą sankcją dla powoda za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy. Powyższe potwierdza, że takie postanowienia umowne naruszają dobre obyczaje, gdyż pozwalają ubezpieczycielowi na przejęcie części wpłaconych środków, a tym samym na pozbawienie konsumenta w wyniku pobrania opłaty likwidacyjnej części środków zgromadzonych na prowadzonym przez niego rachunku udziałów, co jest rażąco niekorzystane i sprzeczne z zasadami współzycie społecznego.

Postanowienia umowne wzorca stosowanego przez pozwanego, w sposób nieusprawiedliwiony nakładają na konsumenta obowiązek zapłacenia opłaty likwidacyjnej bez możliwości określenia, czy jego świadczenie jest

ekwiwalentne i uzasadnione. Dysproporcja pomiędzy obowiązkami stron, rażąco naruszenie interesów konsumenta przejawia się w fakcie utraty przez powoda większości zgromadzonych i wpłaconych środków bez względu na wysokość wpłaconej składki, a przede wszystkim kosztów poniesionych i wykazanych przez pozwanego. Wartość rachunku zatrzymywana przez pozwanego w przypadku rozwiązania umowy z powodu rezygnacji ubezpieczonego została określona w sposób ryczałtowy. Taka dysproporcja zobowiązań - przejęcie całości lub znacznej części środków – w oderwaniu od faktycznie poniesionych kosztów i uiszczonych składek składają się na rażąco naruszenie interesów konsumenta oraz są sprzeczne z dobrymi obyczajami.

Mając powyższe na uwadze Sąd uznał, że postanowienie zawarte w „tabeli opłat i limitów składek w zw. z rozdziałem 8 ust. 4 warunków ubezpieczenia, uprawniające pozwanego do zatrzymania 20% wartości rachunku powoda, stanowi niedozwolone postanowienie umowne, które zgodnie z art. 385¹ § 1 zd. 1 k.c. nie wiąże powoda, gdyż stanowi niedozwolone postanowienie umowne. Tym samym stosownie do rozdziału 14 ust. 6 warunków ubezpieczenia, pozwane towarzystwo zobowiązane było do wypłaty na rzecz powoda wartości rachunku bez jej pomniejszenia o opłatę likwidacyjną. Wartość rachunku powoda na dzień 28 lutego 2017 roku wynosiła 26.751,39 zł, kwotę 21.401,11 zł wypłacono powodowi, pozostała kwota 5.350,28 zł pozwane towarzystwo zatrzymało tytułem opłaty likwidacyjnej. Pozwany zatrzymał powyższą kwotę na podstawie postanowień niedozwolonych w rozumieniu art. 385¹ k.c., które nie wiążą powoda. Wobec powyższego koniecznym było zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 5.350,28 zł.

Jednocześnie wbrew twierdzeniom pozwanego, wskazać należało, że powód ma legitymację procesową czynną do dochodzenia od pozwanego w/w kwoty, a pozwany jest podmiotem legitymowanym biernie, co wynika z postanowień warunków ubezpieczenia tj. rozdziału 14 ust. 6. Podkreślenia wymaga, iż powód nie domaga się zwrotu składki lecz wypłaty kwoty stanowiącej część wartości rachunku zatrzymanej przez pozwane towarzystwo tytułem opłaty likwidacyjnej, tj. części świadczenia przewidzianego w rozdziale 14 ust. 6, do wypłaty którego to świadczenia zobowiązany jest ubezpieczyciel czyli pozwanego towarzystwo ubezpieczeń.

Okres od którego zasądzone zostały odsetki od całości dochodzonego roszczenia wynika z uregulowań art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c. Powód wezwał pozwanego do zapłaty pismem datowanym na dzień 26 czerwca 2017 roku, doręczonym pozwanemu w dniu 30 czerwca 2017 roku. Termin spełnienia świadczenia przez pozwanego upływał z dniem 14 lipca 2017 roku. Od dnia 15 lipca 2017 roku pozwany pozostaje w opóźnieniu i od tej daty należało zasądzić odsetki. W pozostałym zakresie Sąd Rejonowy oddalił powództwo, albowiem powodowi nie należą się odsetki za wcześniejszy okres niż od 15 lipca 2017 roku, gdyż pozwany nie był wówczas w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu zapadło na podstawie art. 100 k.p.c. oraz § 2 pkt 4 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany, zaskarżając go w części, tj. co do pkt I i III wniósł o jego zmianę poprzez oddalenie powództwa w zaskarżonej części oraz poprzez zasądzenie na rzecz pozwanej od powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, zasądzenie na rzecz pozwanej od powoda kosztów procesu, w tym postępowania za dwie instancje według norm przepisanych, ewentualnie jego uchylenie w zaskarżonej części i przekazanie do ponownego rozpoznania Sądowi I Instancji, zasądzenie na rzecz pozwanej od powoda kosztów procesu, w tym postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Orzeczeniu zarzucił: 1.) nierozpoznanie istoty sprawy oraz błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia poprzez: - pominięcie, że wartość wpłaconego świadczenia Całkowitego Wykupu w wysokości 80 % wartości rachunku nie narusza interesów konsumenta w sposób rażący, a nadto jak wskazał Sąd Okręgowy w Krakowie, II Wydział Cywilny Odwoławczy w wyroku z dnia 20 maja 2017 r., sygn. akt II Ca 644/17 brak jest, przy wypłacie wartości rachunku udziałów w takiej wysokości, spełnienia przesłanek naruszenia dobrych obyczajów oraz rażącego naruszenia interesów konsumenta, - pominięcie, iż powód w związku z zawarciem umowy z pozwanym zawarł jeszcze umowę wysokooprocentowanej lokaty bankowej, zatem osiągnął korzyść majątkową i nie sposób uznać, że doszło do naruszenia dobrych obyczajów, a w ocenie pozwanego roszczenie powoda narusza zasady współżycia społecznego; 2.) naruszenie prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny

dowodów, polegające na: - uznaniu, iż opłata likwidacyjna na poziomie 20 % stanowi rażące naruszenie interesów konsumenta i to w stopniu rażącym oraz narusza dobre obyczaje; - uznaniu, iż bez znaczenia jest, że powód w dacie przystąpienia do umowy ubezpieczenia miał pełną świadomość warunków ubezpieczenia, w szczególności skutków wystąpienia z umowy oraz wysokości opłaty likwidacyjnej; - uznaniu, iż kwota Całkowitego Wykupu nie jest głównym świadczeniem z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym; - dowolną, a nie swobodną ocenę dowodu z Deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia, gdzie powód pisemnie oświadczył, że został pouczony m.in. o ryzyku i opłatach związanych z umową, a więc Sąd meriti błędnie ustalił, że powód był niedoinformowany; 3.) naruszenie art. 6 k.c. poprzez jego niezastosowanie i nie uznanie, iż to na powódzie 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. 385¹ 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 (t.j. Dz. U. z 2010 roku nr 11 poz. 66 ze zm.) („ustawa o działalności ubezpieczeniowej”) poprzez jego błędną interpretację i uznanie, iż: - Całkowity Wykup nie jest świadczeniem głównym z umowy ubezpieczenia; - postanowienie umowne na podstawie którego pozwany wypłacił powodowi 80% wartości rachunku stoi w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interes Powoda; 7.) naruszenie prawa materialnego, tj. art. 18 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego błędną interpretację i uznanie, iż pozwana nie ma prawa pokrycia kosztów wykonywania umowy ubezpieczenia ze składki wpłaconej przez powoda i alokowanej w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe; 8.) 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 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; 9.) 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, podczas gdy wyżej wspomniane Rozporządzenie zarówno określa szczegółowo koszty ponoszone przez pozwaną i koszty które pozwana ma rozliczyć z wpłaconych składek jak określa czas ich amortyzacji jak i termin jakich należy je rozliczyć.

Powód wniósł o oddalenie apelacji w całości oraz zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego nie zasługiwała na uwzględnienie, gdyż wbrew zawartym w niej twierdzeniom Sąd Rejonowy, wydając zaskarżony wyrok, nie dopuścił się żadnego z zarzucanych mu uchybień, a kwestionowane rozstrzygnięcie zarówno w sferze jego podstawy faktycznej jak i prawnej – jest w ocenie Sądu odwoławczego trafne i w pełni odpowiada prawu. Sąd II instancji przyjął za własne poczynione przez Sąd Rejonowy ustalenia faktyczne stwierdzając, że znajdują umocowanie w prawidłowo ocenionym materiale dowodowym, jak również podzielił w całej rozciągłości wnioski sądu meriti, jako wywiedzione z tych ustaleń w sposób logiczny, przy prawidłowym uwzględnieniu porządku prawnego.

Sąd Okręgowy nie podzielił najdalej idącego zarzutu – nierozpoznania przez Sąd I instancji istoty sprawy, bowiem podniesiona wraz z nim argumentacja dotyczyła w zasadzie wyłącznie oceny dowodów oraz zaistnienia przesłanki z art. 385¹ k.c., mianowicie rażącego naruszenia interesów konsumenta. Skarżący w żaden sposób nie uzasadnił

w jaki sposób uznanie przez Sąd Rejonowy, że pozwany dopuścił się naruszenia dobrych obyczajów świadczy o nierozpoznaniu istoty sprawy.

W zakresie zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. należy mieć na względzie, że może być on uznany za usprawiedliwiony tylko wówczas, gdy sąd zaprezentuje rozumowanie sprzeczne z regułami logiki bądź z doświadczeniem życiowym. Dla skuteczności podniesienia powyższego zarzutu nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (zob. post. Sądu Najwyższego z 23 stycznia 2001 r., IV CKN 970/00).

W ocenie Sądu II instancji wskazać należy, że uzasadnienie zaskarżonego wyroku zawiera szczegółowe i wyczerpujące odniesienie do każdej z przesłanek przewidzianych w art. 385¹ k.c., a pozwany nie wskazał na żadne przyczyny dyskwalifikujące postępowanie sądu w tym zakresie, w szczególności nie wykazał, aby sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Argumentacja apelacji sprowadza się w zasadzie wyłącznie do odmiennej niż dokonana przez Sąd Rejonowy oceny charakteru opłaty likwidacyjnej i kwoty Całkowitego Wykupu oraz świadomości powoda co do warunków ubezpieczenia, w tym w szczególności pouczenia go m.in. o ryzyku i opłatach związanych z umową, a jako taka nie może być uznana za skuteczną. Przedstawienie zarzutu naruszenia zasad swobodnej oceny dowodów nie może bowiem polegać na wskazaniu przez stronę alternatywnego stanu faktycznego, ustalonego przez nią na podstawie własnej oceny dowodów (zob. wyr. Sądu Najwyższego z 29 czerwca 2004 r., II CK 393/03, wyr. Sądu Najwyższego z 18 czerwca 2004 r., II CK 369/03).

Odnosnie zarzutu dotyczącego uznania, że kwota Całkowitego Wykupu nie stanowi głównego świadczenia pozwanego z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, należało z całą stanowczością podzielić stanowisko Sądu Rejonowego, który oceniając tę kwestię, oparł się na ugruntowanym stanowisku doktryny oraz judykatury, iż pojęcie „główne świadczenia stron” należy interpretować wąsko, w nawiązaniu do pojęcia elementów umowy przedmiotowo istotnych (essentialia negotii). Do elementów tych zaliczyć można wynagrodzenie i cenę oraz świadczenie wzajemne przedsiębiorcy – towar, usługę, np. elementem tym będzie ilość i cena towaru w umowie sprzedaży, ale już nie określenie jakości towaru. Essentialia negotii umowy nie podlegają kontroli, chyba że zostaną sformułowane w sposób niejednoznaczny. Tym samym Sąd Rejonowy prawidłowo wskazał, iż w sprawie niniejszej do głównych świadczeń stron należało ze strony pozwanej – świadczenie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego lub dożycia ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności, a ze strony zaś powoda – opłacanie składek ubezpieczeniowych.

Wobec powyższego zapisy dotyczące Całkowitego Wykupu, z uwagi na fakt iż nie określały one głównych świadczeń stron, podlegały ocenie pod kątem tego czy kształtowały prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz czy rażąco naruszały interesy powoda, a tym samym czy są niedozwolonymi postanowieniami umownymi w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.p.c.

Sąd Rejonowy w sposób prawidłowy ocenił, że zapisy warunków ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i załącznika nie były uzgadniane indywidualnie z powodem, który nie miał rzeczywistego wpływu na ich treść. Umowa bowiem należała do umów adhezyjnych, których postanowienia są ustalane przez jedną ze stron, w tym wypadku przez pozwanego, we wzorcu umownym w postaci Warunków Ubezpieczenia (...). Wobec powyższego, w niniejszej sprawie istnieje domniemanie, iż postanowienia dotyczące opłaty likwidacyjnej nie zostały uzgodnione indywidualnie, a pozwany tego domniemanie nie wzruszył.

Sąd Okręgowy za niezasadne uznał zarzuty dotyczące naruszenia przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracji albowiem zapisy ustawy nie mogą przemawiać za zamieszczeniem na ich podstawie w umowach zawieranych z konsumentami postanowień stanowiących klauzule abuzywne. Argumentacja pozwanego w tym zakresie pozostaje całkowicie w sprzeczności z ustaleniami i stanowiskiem Sądu Rejonowego, bowiem wskazuje

wyłącznie na brak możliwości pokrywania przez ubezpieczyciela kosztów wykonywania umowy ubezpieczenia ze składki wpłaconej przez powoda i alokowanej w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe w oderwaniu od abuzywnego charakteru postanowień, będących podstawą jej zatrzymania.

Sąd II instancji nie podzielił również zarzutu naruszenia art. 278 § 1 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza. W ocenie Sądu Okręgowego, Sąd I instancji trafnie wskazał, że dowód powyższy nie miał istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy albowiem okoliczności istotne zostały wykazane przy pomocy innych środków dowodowych. Podstawowymi i najważniejszymi dowodami w niniejszej sprawie były dokumenty, w tym przede wszystkim umowa i Warunki Ubezpieczenia. Należy wskazać, iż okoliczności na które został zawnioskowany dowód nie zmieniłyby faktu iż zapisy umowy dotyczące Całkowitego Wykupu i opłaty likwidacyjnej stanowiły niedozwolone postanowienia umowne i jako takie nie wiązały stron umowy.

Z tego też względu Sąd Okręgowy nie uwzględnił wniosku o rozpoznanie na podstawie art. 380 k.p.c. postanowienia Sądu I instancji oddającego wnioski dowodowe pozwanego i dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu wiedzy aktuarialnej.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił wywiedzioną apelację, jako bezzasadną. O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 2 pkt 4 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych.