

Sygn. akt II Ca 796/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 grudnia 2017 roku

Sąd Okręgowy w Piotrkowie Tryb. Wydział II Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący	SSA w SO Arkadiusz Lisiecki
Sędziowie	SSO Ewa Tomczyk (spr.) SSO Jarosław Gołębiowski
Protokolant	st. sekr. sąd. Beata Gosławska

po rozpoznaniu w dniu 14 grudnia 2017 roku w Piotrkowie Trybunalskim

na rozprawie sprawy z powództwa J. S.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Radomsku

z dnia 23 czerwca 2017 roku, sygn. akt I C 934/16

1. oddała apelację;

2. zasądza od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej (...) w W. na rzecz powoda J. S. kwotę 900 (dziewięćset) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu za instancję odwoławczą.

SSA w SO Arkadiusz Lisiecki

SSO Ewa Tomczyk SSO Jarosław Gołębiowski

Sygn. akt II Ca 796/17

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 23 czerwca 2017 roku Sąd Rejonowy w Radomsku po rozpoznaniu sprawy z powództwa J. S. przeciwko (...) Spółce Akcyjnej (...) w W. o zapłatę:

1. zasądził od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej (...) w W. na rzecz J. S. kwotę 7.736,88 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 30 czerwca 2016 roku do dnia zapłaty;

2. zasądził od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej (...) w W. na rzecz J. S. kwotę 2.717,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Podstawę powyższego rozstrzygnięcia stanowiły przytoczone poniżej ustalenia i rozważania Sądu Rejonowego.

W dniu 22 kwietnia 2011 roku pomiędzy J. S. a (...) Spółką Akcyjną w W. (obecnie (...) Spółka Akcyjna (...) w W.) zawarta została umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną M. (...).

Umowa została zawarta na okres 30 lat, koniec okresu ubezpieczenia został określony na dzień 21 kwietnia 2041 roku. Składka regularna została określona na kwotę 3.000 złotych i miała być opłacana corocznie.

Zgodnie z treścią polisy stanowiącej integralną część umowy prawa i obowiązki wynikające z umowy były określone w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia przedmiotem umowy łączącej strony było życie ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w okresie, na jaki umowa została zawarta. Celem umowy nie była realizacja zysków w krótkim horyzoncie czasowym.

Zakres ubezpieczenia obejmował następujące zdarzenia ubezpieczeniowe: dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia oraz śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia.

W przypadku zajścia zdarzeń innych niż powyższe lub odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, ubezpieczyciel był zobowiązany do wypłaty ubezpieczającemu świadczenia wykupu określonego szczegółowo w §23 umowy.

Z tytułu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczyciel zgodnie z treścią OWU (§24) pobierał następujące opłaty: opłatę wstępną, opłatę za udzielenie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, opłatę za ryzyko, opłatę administracyjną, opłatę za zarządzanie aktywami rachunku jednostek funduszy, opłatę za zarządzanie aktywami portfeli modelowych, opłatę operacyjną, inne opłaty z tytułu dodatkowych usług oferowanych przez ubezpieczyciela związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi określone w szczegółowych regulaminach. Kwota wypłaty świadczenia wykupu w szóstym roku ubezpieczenia wynosiła 44%.

Umowa łącząca strony została rozwiązana ze skutkiem na dzień 24 maja 2016 roku. Do tego czasu ubezpieczający uiszczył składki w łącznej wysokości 15.600,00 złotych. Wartość części bazowej rachunku wyniosła 13.815,86 złotych, opłata likwidacyjna została ustalona

w wysokości 7.736,88 złotych, w konsekwencji powód z tytułu świadczenia wykupu otrzymał środki pieniężne w wysokości 6.078,98 zł.

Do zawarcia umowy ubezpieczenia z powodem doszło za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego M. K., z którą nawiązywał on kontakt telefoniczny i umówił się na bezpośrednie spotkanie celem zaprezentowania mu korzyści możliwych do osiągnięcia w wyniku inwestycji środków pieniężnych w ramach umowy. Powód podczas 30 – minutowego spotkania był jedynie ogólnikowo informowany o opłatach pobieranych przez ubezpieczyciela z wpłacanych przez ubezpieczonego środków, generalnie skupiono się na przedstawieniu pozytywnych stron umowy. Powód nie miał wpływu na kształtowanie treści umowy, podpisał gotowy formularz wypełniony za niego przez agenta, nie miał również możliwości zapoznania się podczas krótkiego spotkania ze szczegółowymi zapisami regulaminu i ogólnych warunków umowy.

Z tytułu zawarcia umowy z powodem i jej dalszej obsługi pozwane towarzystwo ubezpieczeń wypłaciło pośrednikowi prowizje w łącznej wysokości 4.471,80 złotych. Ponadto pozwany pobierał ze środków wpłacanych przez powoda również i dalsze kwoty pokrywające: koszty wynagrodzeń wraz z narzutami pracowników zajmujących się akwizycją, koszty badań lekarskich, koszty atestów i ekspertyz przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego, koszty wystawienia polis,

koszty włączenia umowy ubezpieczenia do portfela ubezpieczeń, koszty włączenia umowy reasekuracji do portfela reasekuracji, prowizje i udziały w zyskach cedentów. Poza tym ubezpieczyciel z wpłacanych środków pokrywał: koszty reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych, koszty ogólne związane z badaniem wniosków i wystawianiem polis, koszty administracyjne, czyli koszty wynagrodzeń pracowników zajmujących się obsługą ubezpieczeń, infolinii oraz związane z zarządzaniem aktywami funduszy czy utrzymaniem systemów administrujących polisami. Koszty te ustalane są poprzez zsumowanie kosztów poniesionych przez ubezpieczyciela w danym roku i podzielenie uzyskanej kwoty przez liczbę umów nowo zawartych.

W przypadku umowy zawartej z powodem pozostałe koszty akwizycji wyniosły: - 1.764,60 złotych, koszty administracyjne związane z wykonywaniem umowy: - 1.575,18 złotych, wreszcie pozostałe koszty techniczne: 22,35 złotych. Powyższych ustaleń faktycznych Sąd Rejonowy dokonał na podstawie złożonych do sprawy dokumentów, których prawdziwości nie kwestionowała żadna ze stron niniejszego postępowania, a w odniesieniu do których także Sąd nie znalazł podstaw, aby odmówić im przymiotu wiarygodności. Sąd oparł się także na zeznaniach powoda, treść których nie była podważana, stąd należy je uznać w całości za wiarygodne. Podkreślenia wymaga, iż powód zeznawał w sposób rzetelny i uporządkowany, a podnoszone przez niego twierdzenia brzmiały logicznie i znajdowały potwierdzenie w dowodach z dokumentów.

Sąd Rejonowy zważył, że w niniejszej sprawie bezsporne było zawarcie przez strony umowy o treści określonej w dołączonych do pozwu Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń oraz wypowiedzeniem przez powoda umowy, w związku z czym doszło do przedterminowego rozwiązania umowy zawartej pierwotnie na 30 lat. Kwestią pomiędzy stronami sporną, a dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy kluczową, było to czy postanowienia umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy powodem a pozwanym w takim zakresie w jakim uprawniały ubezpieczyciela do zatrzymania części środków powoda zgromadzonych na jego rachunku, a których zwrotu w niniejszej sprawie powód się domagał, stanowią niedozwolone klauzule umowne.

Umowa zawarta przez strony odpowiadała w swej konstrukcji wymienionej w dziale I. załącznika do obowiązującej na moment jej zawarcia ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U.2015.1206 j.t. z dnia 2015.08.20) umowie ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Według §3 OWU przedmiotem umowy było życie ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze składek wpłacanych z tytułu umowy w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w okresie na jaki umowa została zawarta. Zaznaczono jednocześnie, że celem umowy nie jest realizacja zysków w krótkim horyzoncie czasowym. Zakres ubezpieczenia obejmował jako zdarzenia ubezpieczeniowe: dożycie przez ubezpieczonego daty dożycia oraz śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia (§3 ust. 2 OWU). Nakreślony w tym miejscu szczególny typ stosunku zobowiązaniowego łączący cechy umowy ubezpieczenia na życie z umową o charakterze inwestycyjnym - składki ubezpieczających przeznaczane są bowiem na nabycie jednostek uczestnictwa

w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, którego środki przeznaczone są właśnie na inwestycje - łączy wysokość wypłacanych przez ubezpieczyciela świadczeń z wynikami inwestycyjnymi osiąganymi przez fundusz kapitałowy. Stąd też wynika zazwyczaj wyższa niż w przypadku typowej umowy ubezpieczenia na życie wysokość składki - składka jest bowiem przeznaczana na inwestycje, a nie na pokrycie kosztów bieżącej działalności ubezpieczyciela. Różnica polega też na możliwości wycofania środków zgromadzonych w ramach ubezpieczenia związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym - w przeciwieństwie do klasycznych umów ubezpieczenia, gdzie składki wpłacane przez ubezpieczającego mają charakter bezwrotny (por. M. Szczepańska, Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, LEX 2011). Wedle §4 ust. 3 OWU w przypadku zdarzeń w tym dokumencie określonych, innych niż zdarzenia ubezpieczeniowe lub odstąpienie ubezpieczającego od umowy w terminie 30 dni od daty doręczenia polisy, ubezpieczyciel zobowiązywał się wypłacić ubezpieczającemu świadczenie wykupu w wysokości kwoty nie wyższej niż kwota odpowiadająca wartości części wolnej rachunku, powiększonej o określony procent wartości części bazowej rachunku, wskazany w ust. 15. Załącznika nr 1 do OWU. Jako że do rozwiązania umowy ubezpieczenia pomiędzy stronami postępowania doszło na skutek wypowiedzenia jej przez powoda, szczególne znaczenie ma analiza §10 ust. 2 OWU, wedle którego w przypadku rozwiązania umowy przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel zobowiązany jest do dokonania wypłaty kwoty w wysokości świadczenia wykupu, zgodnie z zasadami

wypłaty świadczenia wykupu określonymi w §23 OWU. Zgodnie wreszcie z §23 ust. 5 i 6 OWU wysokość świadczenia wykupu na dany dzień jest równa wartości części wolnej rachunku oraz określonego procentu wartości części bazowej rachunku wskazanego w ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU. Wysokość procentu o jakim mowa miała być ustalana na podstawie okresu ubezpieczenia dla danej umowy aktualnego na dzień jej zawarcia oraz roku oznaczającego w okresie bazowym oraz po jego upływie, jeśli nie zostały opłacone składki regularne należne za okres bazowy (co do zasady okres pierwszych siedmiu lat polisy - §2 ust. 1 pkt 12 OWU), a w razie gdy nie nastąpiło zawieszenie opłacania składki regularnej (w niniejszej sprawie nie dowodzone, by do takiego zawieszenia doszło) - liczbę lat polisy, za które w pełni zostały zapłacone wszystkie składki regularne powiększoną o 1, jednak nie wyższą niż rok polisy, w którym dokonywana jest całkowita lub częściowa wypłata świadczenia wykupu. W ust. 15 załącznika Nr 1 do OWU określono procent wartości części bazowej rachunku w zależności od tego na jak długi okres została zawarta umowa ubezpieczenia. W przypadku okresu ubezpieczenia wynoszącego 30 lat, w pierwszym i drugim roku chodziło o 2%, w trzecim 20%, w czwartym 30%, w piątym 40%, w szóstym 44%, w siódmym 45%, w ósmym 47%, w dziewiątym 48%, w dziesiątym 50%, w jedenastym 52%, w dwunastym 53%, w trzynastym 55%, w czternastym 57%, w piętnastym 59%, w szesnastym 61%, w siedemnastym 63%, w osiemnastym 65%, w dziewiętnastym 67%, w dwudziestym 69%, w dwudziestym pierwszym 72%, w dwudziestym drugim 74%, w dwudziestym trzecim 77%, w dwudziestym czwartym 79%, w dwudziestym piątym 82%, w dwudziestym szóstym 84%, w dwudziestym siódmym 87%, w dwudziestym ósmym 90%, w dwudziestym dziewiątym 93%, w trzydziestym 96%, Równocześnie w §10 ust. 4 OWU przewidziano, że w razie przedterminowego rozwiązania umowy na skutek wypowiedzenia jej przez ubezpieczającego wypłacana wysokość świadczenia wykupu w zakresie wartości części bazowej rachunku uwzględnia jej pomniejszenie o koszty poniesione przez ubezpieczyciela związane z dystrybucją i zawarciem umowy oraz o koszty związane z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, które w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy nie będą mogły zostać pokryte z opłat określonych w §24 ust. 1 OWU, jakie byłyby pobierane przez ubezpieczyciela w trakcie całego okresu, na jaki umowa została zawarta. Zarazem jednak dodano, że wypłacając świadczenie wykupu ubezpieczyciel nie nalicza ani nie potrąca z wypłacanego świadczenia jakiegokolwiek kary umownej lub odstępnego w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego, związanych z przedterminowym rozwiązaniem umowy.

Ogół powołanych zapisów umownych stał się dla pozwanego podstawą dla niewypłacenia powodowi - wskutek wypowiedzenia przez niego umowy - wartości jednostek funduszy nabytych za dotychczas opłacone przez niego składki w pełnym zakresie. Ze względu na wyżej zarysowaną kwestię sporną pomiędzy stronami należało rozważyć, czy zakwestionowane zapisy stanowią niedozwolone klauzule umowne.

Zagadnienie to reguluje w pierwszej kolejności art. 385§1 k.c., zgodnie z którym to przepisem 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).

Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Jeżeli postanowienie umowy zgodnie z §1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie (§2). Niezgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta (§ 3). Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje (§4). Na podstawie art. 385§2 kc oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny. By określone postanowienie umowy mogło zostać uznane za niedozwolone postanowienie umowne, spełnione muszą zostać cztery warunki: 1) umowa musi być zawarta z konsumentem, 2) postanowienie umowy nie zostało uzgodnione indywidualnie, 3) postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, 4) postanowienie sformułowane w sposób jednoznaczny nie dotyczy głównych świadczeń stron.

Okoliczność zawarcia przez pozwanego umowy ubezpieczenia z powodem jako konsumentem nie była w toku postępowania kwestionowana. Wobec drugiej z przesłanek uznania za niedozwolone postanowienia umownego, a

więc braku jego indywidualnego uzgodnienia, należało zważyć w pierwszej kolejności na wynikającą z art. 385⁽¹⁾§4 k.c. zasadę, wedle której ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie spoczywa na tym kto się na to powołuje. W przedmiotowej sprawie strona pozwana nie próbowała nawet wykazywać, że postanowienia OWU dotyczące zasad wypłaty i ustalania wysokości świadczeń na wypadek wcześniejszego niż przewidziany terminu rozwiązania umowy zostały z powodem uzgodnione indywidualnie. W sprzeczności od nakazu zapłaty wskazuje się oczywiście na teoretyczną możliwość wprowadzania zmian do umowy, jednakże wobec złożoności i wielości jej zapisów, nie sposób wymagać od przeciętnego konsumenta, by był w stanie przy zawieraniu umowy (której to czynności – jak wskazuje doświadczenie życiowe – nie poświęca się zbyt dużo czasu i to najczęściej z przyczyn nieleżących po stronie klienta, a ponaglającego agenta ubezpieczeniowego) jakiegokolwiek jej zmiany zaproponować. Sporne pomiędzy stronami zapisy należy więc uznać za nieuzgodnione z powodem indywidualnie, bowiem stanowiły one wzorzec umowy zaproponowany konsumentowi przez przedsiębiorcę prowadzącego profesjonalną działalność w zakresie ubezpieczeń. Chodzi tutaj bowiem o takie postanowienia umowne, które zostają wprowadzone do treści stosunku prawnego przez jedną z jego stron (zwykle tę silniejszą - w tym przypadku ubezpieczyciela) jeszcze przed zawarciem konkretnej umowy. Opracowywane w taki sposób postanowienia umów nie mogą być w tym stanie rzeczy, a biorąc pod uwagę ich specyfikę, przez drugą stronę zmieniane. Z samej nazwy „Ogólne Warunki Ubezpieczenia” wynika też, że zapisy w takim dokumencie się znajdujące stosowane są masowo w większej ilości umów i w takim też celu zostały stworzone. Spełniona została również kolejna z przesłanek uznania postanowienia umownego za niedozwolone, bowiem w ocenie Sądu orzekającego w niniejszej sprawie nie może zostać uznane za główne świadczenie ubezpieczyciela w postaci świadczenia wykupu, o którym mowa w §10 ust. 2, a obliczane zgodnie z §23 OWU. Przez główne świadczenia stron należy rozumieć elementy umowy decydujące o jej charakterze, bez których uzgodnienia nie doszłoby do jej zawarcia, stanowiące *essentialia negotii* danej umowy (art. 385⁽¹⁾§1 k.c. wskazuje przykładowo, że może tu chodzić o cenę lub wynagrodzenie). Brzmienie powołanego przepisu nie pozwala na szeroką interpretację sformułowania „postanowień określających główne świadczenia stron”, dlatego też koniecznym jest, by wyrażenie to roznieść wąsko jako obejmujące swym zakresem tylko te zapisy, które wprost odnoszą się do obowiązku głównego, podstawowego, realizowanego w ramach umowy. Wszelkie wątpliwości należy przy tym rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną (uzasadnienie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2007 roku, sygn. akt III CZP 62/07). Za główne świadczenia stron umowy ubezpieczenia, nawet jeśli jest to ten szczególny typ umowy ubezpieczenia związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, uznać należy nadal: po stronie ubezpieczyciela - świadczenie usług ubezpieczeniowych na rzecz konsumentów, po stronie ubezpieczającego zaś - zapłatę składek ubezpieczeniowych. Nawet jednak gdyby uznać inaczej, to przypomnienia wymaga w tym miejscu, że stosownie do art. 385⁽¹⁾§1 k.c. warunkiem uznania postanowień umowy zawieranej z konsumentem za regulujące główne świadczenia stron jest to, by były one sformułowane w sposób jednoznaczny, a więc pozwalający konsumentowi na prostą ocenę wysokości świadczenia drugiej strony lub świadczenia własnego (tak też Sąd Najwyższy w uzasadnieniu w/w uchwały). Za jednoznaczne nie sposób uznać postanowień OWU stosowanych przez pozwanego, a regulujących zasady wypłaty i ustalania wysokości świadczenia wykupu w sytuacji rozwiązania umowy na skutek wypowiedzenia jej przez ubezpieczającego. Ponownie zacytować można tutaj §10 ust. 2 OWU, wedle którego w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 2) - 3), Ubezpieczyciel dokona wypłaty kwoty w wysokości Świadczenia wykupu, zgodnie z zasadami wypłaty Świadczenia Wykupu określonymi w § 23. Odsyła się zatem w tym miejscu, w pierwszej kolejności, do pkt. 2 ust. 1 § 10 OWU, zgodnie z którym umowa ulega rozwiązaniu wskutek oświadczenia ubezpieczającego. W dalszej zaś kolejności do w/w §23 OWU. Stosownie do §23 ust. 5 OWU wysokość Świadczenia Wykupu na dany dzień jest równa Wartości Części Wolnej Rachunku oraz określonego procentu Wartości Części Bazowej Rachunku, wskazanego w ust. 15 Załącznika nr 1 do OWU. Wartość Części Bazowej Rachunku została zdefiniowana jako stanowiąca Część Bazową Rachunku wartość środków zapisanych w danym dniu na Rachunku Jednostek Funduszy, obliczona jako liczba Jednostek Funduszy pomnożona przez właściwe Ceny Jednostek Funduszy, powiększona o wartość gotówki, a Wartość Części Wolnej Rachunku jako stanowiąca Część Wolną Rachunku wartość środków zapisanych w danym dniu na Rachunku Jednostek Funduszy, obliczona jako liczba Jednostek Funduszy pomnożona przez właściwe Ceny Jednostek Funduszy, powiększona o wartość gotówki. Ubezpieczyciel odwoływał się zatem w ten sposób do dalszych jeszcze pojęć wprowadzając ich szczególne rozumienie na gruncie OWU, zmuszając tym samym konsumenta do każdorazowego odwoływania się do

słowniczka pojęć, w sytuacji przyswajania poszczególnych a skomplikowanych zapisów umowy. Wbrew stanowisku prezentowanemu przez stronę pozwaną za niezrozumiałą dla przeciętnego konsumenta należy uznać także treść tabeli w ust. 15 załącznika nr 1 do OWU wskazującą na określony procent Części Bazowej Rachunku wypłacany Ubezpieczającemu, w przypadku odpisania Jednostek Funduszy z Części Bazowej Rachunku w związku z całkowitą lub częściową wypłatą Świadczenia Wykupu. W świetle powyższego tym bardziej nie da się obronić tezy, by świadczenie wykupu stanowiło po stronie ubezpieczyciela świadczenie główne. Zapisy OWU dotyczące zasad wypłaty i ustalania wysokości tego świadczenia są trudne do zrozumienia dla przeciętnego konsumenta, wymagające od niego sprawnego poruszania się w specyficznej terminologii stosowanej przez ubezpieczyciela. Pozwany stosuje w ramach OWU metodę definiowania pojęć za pomocą dalszych pojęć, często niejasnych i niezrozumiałych. Ponadto zapisy dotyczące zasad ustalania wysokości świadczenia wykupu rozrzucone są w rozmaitych fragmentach rozbudowanych OWU, zamiast dla uzyskania w tym zakresie klarowności pozostawać zgrupowane w jednym miejscu. W takiej sytuacji znajdujące się w OWU zapisy dotyczące świadczenia wykupu uznać należy za regulujące świadczenie poboczne, nienależące do essentialia negotii tego typu umowy. Rozważając kwestię tego czy postanowienia OWU, które dla strony pozwanej stanowiły podstawę odmowy wypłaty powodowi świadczenia wykupu w pełnym zakresie kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami rażąco naruszając jego interesy można się odnieść do orzeczeń Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wydawanych w sprawach o uznanie za niedozwolone postanowień wzorców umownych stosowanych przez innego ubezpieczyciela oferującego konsumentom zawieranie umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. I tak, zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 26 czerwca 2012 roku, sygn. akt VI ACa 87/12, oddalającym apelację pozwanego wpisano z dniem 16 października 2012 r. pod nr (...) do rejestru klauzul niedozwolonych postanowienie stosowane przez (...) Spółkę Akcyjną w W. o treści: „Oplata likwidacyjna jest pobierana w wysokości wskazanej w tabeli poniższej: Rok Polisowy, w którym jest pobierana opłata likwidacyjna od środków wypłacanych z Subkonta Składek” (od 1. do 10.) „Wysokość opłaty likwidacyjnej stanowiąca procent środków wypłacanych z Subkonta Składek” (oznaczenie procentowe) „1 - 99%, 2 - 99%, 3 - 80%, 4 - 70%, 5 - 60%, 6 - 50%, 7 - 40%, 8 - 30%, 9 - 20%, 10 - 10%”.

Z kolei zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 4 kwietnia 2013 roku, sygn. akt VI ACa 1324/12, oddalającym apelację pozwanego wpisano z dniem 14 maja 2013 roku pod nr (...) do rejestru klauzul niedozwolonych postanowienie stosowane przez (...) Spółkę Akcyjną w W. o treści: „Oplata likwidacyjna pobierana z Subkonta Składek regularnych, poprzez umorzenie Jednostek Uczestnictwa, przed Całkowitą Wypłatą, w razie wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia (...) oraz tej części Częściowej Wypłaty z Subkonta Składek Regularnych, która powoduje, że Wartość Subkonta Składek Regularnych staje się niższa od kwoty odpowiadającej Statusowi Polisy Oplaconej przed wskazaną poniżej Rocznicą Polisy, w następującej wysokości: - do dnia poprzedzającego 1. Rocznicę Polisy

-100,0%, - od 2. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 3. Rocznicę Polisy - 80,0%, - od 3. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 4. Rocznicę Polisy -70,0%, - od 4. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 5. Rocznicę Polisy - 60,0%, - od 5. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 6. Rocznicę Polisy - 50,0%, - od 6. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 7. Rocznicę Polisy - 40,0%, - od 7. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 8. Rocznicę Polisy - 30,0%, - od 8. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 9. Rocznicę Polisy - 20,0%, - od 9. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 10. Rocznicę Polisy -10,0%, - od 10. Rocznicy Polisy - 0%.”. Oczywiście cytowane wyroki Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zabraniały stosować takich klauzul wyłącznie wskazanemu w nich ubezpieczycielowi, jednakże w niniejszej sprawie orzeczenia te stanowiły istotną wskazówkę dla oceny abuzywności postanowień OWU stosowanych przez pozwanego. Łatwo bowiem zauważyć, że zacytowane klauzule uprawniały ubezpieczyciela, tak samo jak w niniejszej sprawie, do zachowania niemalże całej sumy zgromadzonej na rachunku ubezpieczającego w przypadku, gdy dochodziło do wcześniejszego niż przewidywane rozwiązanie umowy. Warto zwrócić w tym miejscu uwagę, że świadczenie ustalone przez pozwanego, a należne powodowi wynosiło 6.078,98 złotych, tak więc powód został w przeważającej części pozbawiony środków jakie po zainwestowaniu składek przez niego wpłaconych pozostały na rachunku. Wynika z tego, że w tym zakresie skutki stosowania przez pozwanego zakwestionowanych postanowień OWU były równie daleko idące jak te, jakie następowały w wyniku stosowania przez

(...) zapisów o opłacie likwidacyjnej, a które to zapisy Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał za niedozwolone w stosunkach z konsumentami. Co się tyczy kwestii dobrych obyczajów, to w przypadku czynności podejmowanych przez przedsiębiorców w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, należy się odnieść również do powszechnie przyjmowanych wartości etycznych, wspólnych dla wszelkich sfer aktywności zarobkowej człowieka. Sprzeczne z dobrymi obyczajami będą przykładowo takie działania, które zmierzają do wykorzystania przez przedsiębiorcę jako profesjonalnego uczestnika obrotu, braku kompetencji konsumenta niemającego specjalistycznej wiedzy w danej dziedzinie np. finansów czy działalności ubezpieczeniowej. Interesami konsumenta zasługującymi na ochronę są oczywiście również jego interesy majątkowe. Ustawodawca wymaga przy tym, by naruszenie interesów konsumenta w wyniku zastosowania danego postanowienia umownego było naruszeniem rażącym, a więc naruszało te interesy w sposób wyjątkowy, znacznie odbiegający od przyjętych w społeczeństwie ocen etycznych. Oczywistym kryterium oceny może być w przypadku interesów majątkowych konsumenta wysokość poniesionej przez niego straty wyrażonej najczęściej w sposób arytmetyczny jako określona kwota pieniężna. Trzeba tutaj wrócić do wskazywanych już różnic pomiędzy tradycyjną umową ubezpieczenia, a taką umową z jaką ma się do czynienia w niniejszej sprawie, a więc umową ubezpieczenia powiązaną z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Tylko w przypadku tej pierwszej umowy składki wpłacane przez ubezpieczającego z samej istoty umowy mają charakter bezzwrotny, przy tym wysokość świadczenia na wypadek nastąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jest z góry określona. W przypadku zaś drugiego z typów umów ubezpieczającemu przyznaje się uprawnienie do wycofania przynajmniej części składek - są to bowiem środki przeznaczone na inwestycje, a wysokość wypłaconego świadczenia ubezpieczeniowego uzależniona jest od skuteczności dokonywanych inwestycji - zysk z zainwestowanej składki automatycznie zwiększać ma wysokość wypłaconego świadczenia. W wyniku naliczenia przez pozwanego w istocie opłaty likwidacyjnej w niniejszej sprawie doszło do przejęcia przez pozwane Towarzystwo znaczącej części środków jakie pozostały na dzień rozwiązania umowy na rachunku ubezpieczającego. Takie rozwiązanie w sposób niedopuszczalny w relacji przedsiębiorca - konsument kształtuje prawa i obowiązki stron umowy zaburzając pożądaną równowagę tego stosunku. Nie były przekonujące próby wykazania przez stronę pozwaną, że w przypadku gdyby umowa ubezpieczenia nie została rozwiązana przed czasem koszty poniesione przez ubezpieczyciela, a pokryte ze środków znajdujących się na rachunku pozwanego zostałyby rozłożone w czasie i pokryte proporcjonalnie ze środków pochodzących z przyszłych składek wpłaconych przez ubezpieczającego. Opłaty, o jakich mowa w § 24 OWU to: opłata wstępna (określony procent wartości każdej należnej w pierwszym roku polisy składki regularnej oraz każdej zapłaconej z tytułu umowy składki dodatkowej; zgodnie z załącznikiem do OWU opłata od składki regularnej wynosiła 0%, a od składki dodatkowej - 2%), opłata za udzielanie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej (w wysokości 2,00 złotych miesięcznie w okresie udzielania takiej ochrony czyli od dnia doręczenia wniosku o zawarcie umowy do siedziby ubezpieczyciela, nie dłużej niż przez 60 dni), opłata za ryzyko (pobierana miesięcznie z góry przez cały czas trwania umowy, a obliczana jako iloczyn tzw. podstawy naliczenia opłaty i 1/12 stawki podanej w tabeli określonej w ust. 13. załącznika nr 1 do OWU, której wysokość miała się zmieniać stosownie do wieku ubezpieczonego), opłata administracyjna (pobierana co miesiąc - do 31 grudnia 2011 roku miała wynosić 10,48 złotych), opłata za zarządzanie aktywami rachunku jednostek funduszy (określona procentowo i pobierana miesięcznie z góry ustalana z uwzględnieniem wysokości środków zapisanych na rachunku ubezpieczonego i stawek określonych w załączniku do OWU), opłata za zarządzanie aktywami portfeli modelowych (określona procentowo i pobierana miesięcznie z góry), opłata operacyjna (pobierana za czynności szczegółowo wymienione w § 24 ust. 11 OWU) oraz inne opłaty z tytułu dodatkowych usług oferowanych przez ubezpieczyciela związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, określone w szczegółowych regulaminach. Abstrahując już od niekiedy niejasnego opisu sposobu ustalania wysokości danej opłaty, zwrócić należy uwagę na zastrzeżenie wskazane w ust. 15 §24 OWU, zgodnie z którym wszystkie wymienione opłaty służą pokryciu kosztów związanych z obsługą i administrowaniem umową, kosztów jej dystrybucji, jak również innych kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą. Nie wyjaśniają jednak OWU tego czym są koszty dystrybucji umowy, ani w jaki sposób ustalana jest wysokość kosztów związanych z prowadzoną przez ubezpieczyciela działalnością gospodarczą, a przecież są to z punktu widzenia konsumenta wiadomości o charakterze kluczowym, od których w zwykłych warunkach uzależniałby on zawarcie umowy ubezpieczenia. Zapisy OWU uniemożliwiały natomiast przeciętnemu konsumentowi ustalenie rzeczywistej wysokości kosztów jakie będą pokrywane z wpłaconych przez niego składek. W istocie koszty jakie obciążały ubezpieczającego z tytułu umowy zawartej z pozwanym zostały w sposób zawołowany ustalone ryczałtowo,

w oderwaniu od rzeczywistych kosztów ponoszonych w związku z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej jako procent wartości środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego. Ponadto w ocenie Sądu podawane przez pozwanego koszty wykazywane fakturami i innymi dokumentami stwierdzającymi wysokość prowizji dla pośrednika ubezpieczeniowego są zwyczajnymi wydatkami ponoszonymi w związku z prowadzeniem przez niego działalności gospodarczej w zakresie ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, którymi w braku wyraźnej ku temu podstawy wynikającej z treści stosunku umownego nawiązanego przez strony ubezpieczający nie może zostać obciążony. Mylące dla powoda - konsumenta musiało być to, że w § 24 ust. 1 OWU o opłatach pobieranych przez ubezpieczyciela z tytułu zawarcia i wykonywania umowy pisze się tak, jak gdyby katalog tam się znajdujący był zamknięty. Strona pozwana przy tym sama w sprzeczności od nakazu zapłaty wskazuje, że prowizja agenta ubezpieczeniowego jest najważniejszą pozycją po stronie kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia. W tym kontekście należałoby wymagać od pozwanego, aby w OWU prezentowanych konsumentom informował ich w sposób wyraźny o tych kosztach, przerzucanych przecież ostatecznie na klienta. Powód tymczasem nie tylko nie został poinformowany o wysokości prowizji należnej pośrednikowi, ale też na jej wysokość nie mógł mieć jakiegokolwiek wpływu. Wbrew temu co twierdzi, strona pozwana zmierza w rzeczywistości do przerzucenia całego ryzyka związanego z zawartą umową ubezpieczenia na ubezpieczającego. Okoliczności wypłaty przez stronę pozwaną na rzecz pośrednika prowizji w określonych wysokościach zostały uprawdopodobnione dołączonymi do akt niniejszego postępowania dokumentami - przy czym z uwagi na wyżej poczynione rozważania, nie miały one w sprawie znaczenia. Reasumując Sąd w składzie niniejszym uznał, że stosowane przez stronę pozwaną postanowienia umowne dotyczące ustalania wysokości świadczenia wykupu należnego ubezpieczającemu w razie wcześniejszego niż przewidywany terminu rozwiązania umowy stanowiły na gruncie niniejszej sprawy niedozwolone postanowienia umowne i jako takie nie mogły być wiążące dla powoda. Ocena taka uwzględnia także wprowadzone przez art. 385² k.c. kryterium okoliczności zawarcia umowy, które w niniejszej sprawie (niedostateczne poinformowanie o obciążających powoda rzeczywistych kosztach związanych z jej zawarciem) nie uwzględniały interesów konsumenta. Wobec tego ubezpieczyciel bezpodstawnie pozbawił powoda środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego w kwocie 7.736,88 zł, dlatego też taka właśnie kwota została od pozwanego na rzecz powoda zasądzona, wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 30 czerwca 2016 roku, a więc daty wymagalności wynikającej z wystosowanego do strony pozwanej wezwania do zapłaty.

Na marginesie Sąd Rejonowy wskazał, iż wyrokiem z dnia 18 listopada 2013 roku, sygn. akt XVII AmC 12373/12 Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał za niedozwolone i zakazał wykorzystywania w umowach z konsumentami postanowienia wzorca umowy o treści takiej, jak w ust. 15 załącznika nr 1 do OWU stosowanych przez pozwanego. Wyrok ten stanowi istotny głos w kwestii oceny uznania postanowienia umownego stosowanego przez pozwanego jako klauzuli abuzywniej. Działanie strony pozwanej takie jak w niniejszej sprawie polegające de facto na zawłaszczeniu bez wyraźnej podstawy umownej środków pieniężnych należących do powoda, jako z punktu widzenia norm moralnych naganne, nie mogło uzyskać ochrony prawnej.

Co do możliwości powołania się w realiach sprawę na treść art. 409 k.c. Sąd I instancji wskazał, iż strona pozwana jako podmiot profesjonalny konstruując ogólne warunki ubezpieczenia powinna dokonać tego w taki sposób, aby nie zawierały one klauzul abuzywnych, w przeciwnym razie musi liczyć się z obowiązkiem zwrotu świadczenia pobranego na podstawie nieważnego postanowienia umownego. Zresztą pozwany w żaden sposób nie wykazał, że zużył uzyskaną korzyść lub utracił ją w taki sposób, że nie jest już wzbogacony. Jedynie bezproduktywne zużycie korzyści mogłoby prowadzić do wyłączenia odpowiedzialności pozwanego. Przeznaczenie korzyści na spłatę zobowiązań bądź realizację własnych zobowiązań prowadzi do zmniejszenia pasywów. Nie można więc w takim wypadku mówić o braku wzbogacenia pozwanego. Poza tym traktowanie zapłaty wynagrodzenia pośrednikowi, który doprowadził do zawarcia umowy, jako zużycia korzyści oznaczałoby, że doszło do tego zanim w ogóle korzyść została uzyskana. Wynagrodzenie to jest wypłacane bowiem najczęściej wcześniej niż dochodzi do świadczenia ze strony ubezpieczonego. Trudno więc mówić o zużyciu surogatu składki. Pozwany nie był też właścicielem środków zgromadzonych na rachunku powoda. Wpłata składek na ten rachunek nie stanowiła więc korzyści dla pozwanego.

O kosztach postępowania orzeczono zgodnie z art. 98 k.p.c. mając na względzie stawki adwokackie obowiązujące w okresie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia 26 października 2016 roku.

Powyższy wyrok zaskarżyła w całości strona pozwana.

Apelacja wyrokowi w zaskarżonej części zarzuca:

I. naruszenie przepisów prawa procesowego, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy tj. :

1) art. 217 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c., przez oddalenie wniosku dowodowego o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza pomimo tego, że dowód dotyczył faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy;

2) art. 217 § 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez niepoczynienie ustaleń faktycznych w oparciu o dowody z raportów: kosztowego i prowizyjnego, podczas gdy dowody te zostały przez Sąd dopuszczone na wskazane przez powoda okoliczności,

II. naruszenie przepisów prawa materialnego tj.:

4) art. 65 § 1 i § 2 k.c. w zw. z art. 13 ust. 4 pkt 2, pkt 5 i pkt 6 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (obowiązującej w czasie zawarcia i obowiązywania umowy między stronami), poprzez brak uznania, że Świadczenie Wykupu jest głównym świadczeniem Pozwanej na rzecz Powoda, a w konsekwencji niesłusznego niezastosowania normy z art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. umowy,

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

6) art. 385² k.c. poprzez jego błędną interpretację i niezastosowanie w sprawie tj. dokonanie indywidualnej kontroli wzorca umownego z pominięciem reguły interpretacyjnej wyznaczonej przez przepisy prawa, w tym w szczególności bez dokonania oceny zgodności postanowień umowy z dobrymi obyczajami według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny, w tym kwestii długoterminowości umowy (30 lat) oraz zadeklarowania składki rocznej w wysokości 3.000 zł;

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

8) art. 385² k.c. w zw. z art. 65 § 2 k.c. poprzez jego błędną interpretację i niezastosowanie w sprawie tj. dokonanie indywidualnej kontroli wzorca umownego z pominięciem reguły interpretacyjnej wyznaczonej w art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez jej niezastosowanie i przyjęcie, że Pozwana jako zakład ubezpieczeń nie ma prawa pokrycie kosztów prowadzonej działalności ze środków wpłaconych przez Powoda jako składki z tytułu zwartej umowy ubezpieczenia;

9) art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz art. 16 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji poprzez ich niezastosowanie i przyjęcie, iż Pozwana, jako zakład ubezpieczeń, nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzonej działalności ze środków wpłaconych przez Powoda jako składka z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

Ponadto z ostrożności procesowej na wypadek uznania przez Sąd Odwoławczy, że Pozwana nie była uprawniona do zatrzymania części środków znajdujących się na rachunku ubezpieczeniowym Powoda skarżący zarzucił wyrokowi następujące naruszenia prawa materialnego:

10) art. 409 k.c. poprzez jego niezastosowanie i nieuwzględnienie faktu, że Pozwana, w świetle znajdującej się w aktach dokumentacji kosztowej zużyła korzyść uzyskaną od Powoda w taki sposób, że nie była wzbogacona o kwotę zatrzymanej kwoty;

11) art. 455 k.c. w zw. z art. 817 § 1 k.c. poprzez zasądzenie odsetek od 30 czerwca 2016 r., podczas gdy odsetki należałoby ewentualnie liczyć najwcześniej od 31 dnia następującego po dniu doręczenia Pozwanej wezwania do zapłaty

W związku z powyższym apelującym wnosił o:

i. na podstawie art. 505¹⁰ § 2 k.p.c. rozpoznanie apelacji na rozprawie i pominięcie trybu uproszczonego wobec konieczności poczynienia ustaleń faktycznych wymagających wiedzy specjalnej (art. 505⁷ k.p.c. w zw. z art. 391 k.p.c.);

ii. zmianę wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od Powoda na rzecz Pozwanej kosztów postępowania za I instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych;

(...). zasądzenie od Powoda na rzecz Pozwanej kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych;

iv. rozpoznanie na podstawie art. 380 k.p.c. postanowienia o oddaleniu wniosku dowodowego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza oraz dopuszczenie i przeprowadzenie tego dowodu na okoliczności wskazane w pierwszym piśmie procesowym Pozwanej.

.

W odpowiedzi na apelację pełnomocnik powoda wnosił o jej oddalenie i zasądzenie kosztów procesu za II instancję.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja strony pozwanej podlegała oddaleniu jako nieuzasadniona.

Całkowicie chybione i niezasadne są podniesione w niej zarzuty: uchybień procesowych, tj. naruszenia przepisów art. 217 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. i w związku z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza i dokonanie błędnych ustaleń bez zasięgnięcia wiedzy specjalnej, a także obrazy przepisów prawa materialnego, tj.: art. 65 § 1 i § 2 k.c. w zw. z art. 13 ust. 4 pkt. 5 i pkt. 6 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385² § 1 k.c. w zw. z art. 18 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i art. 65 § 2 k.c., art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej jak również art. 409 k.c. oraz art. 455 w zw. z art. 817 § 1 k.c., co doprowadziło do niewłaściwej wykładni i oceny postanowień umowy i w konsekwencji błędne uznanie, że zawiera ona, wskazane przez Sąd, nieobowiązujące powoda klauzule abuzywne i skutkowało uwzględnieniem powództwa.

Po pierwsze wskazać należy, iż Sąd Rejonowy nie uchybił wskazanym w apelacji przepisom prawa procesowego oddalając wniosek strony pozwanej o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza, gdyż wskazane przez pozwanego okoliczności, które miały być przy pomocy tego środka dowodowego dowodzone nie wymagają – wbrew odmiennemu stanowisku skarżącego - zasięgnięcia wiedzy specjalnej, lecz dotyczą kwestii prawnych odnoszących się do interpretacji i oceny postanowień łączącej strony umowy, które to należą do kompetencji Sądu orzekającego w sprawie.

Dlatego też Sąd I instancji władny był samodzielnie i bez udziału biegłego aktuarusza dokonać ustaleń i oceny, które kwestionuje niezasadnie apelacja.

Z tego samego też powodu ponowiony w apelacji powyższy wniosek dowodowy nie został przez Sąd Okręgowy uwzględniony.

Sąd Rejonowy dokonał trafnych ustaleń faktycznych, które odpowiadają niespornemu w zasadzie materiałowi dowodowemu, co skutkuje, iż ustalenia te zasługują na akceptację Sądu II instancji, który przyjmuje je za własne.

Uznać też należy, że z tych prawidłowych ustaleń faktycznych Sąd I instancji wysnuł również trafne wnioski, składające się na rozważania prawne w zakresie oceny prawnej żądania pozwu.

Uzasadnienie zaskarżonego wyroku wskazuje bowiem, iż Sąd I instancji dokonał szczególnie wnikliwej analizy treści umowy oraz oceny jej postanowień, dochodząc do słusznych wniosków w zakresie oceny prawnej żądania pozwu, uznając je za zasadne.

Sąd Okręgowy podziela zatem w całości obszerne i przekonujące stanowisko Sądu Rejonowego, które znajduje potwierdzenie w powołanym przez ten Sąd orzecznictwie. Dodatkowo wskazać należy na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 r. (w sprawie I CSK 149/13), w którym Sąd Najwyższy wskazał na abuzywny charakter postanowień ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w zakresie pobierania w razie wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego przed upływem 10 lat od daty zawarcia umowy opłaty likwidacyjnej powodującej utratę wszystkich lub znacznej części zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego środków finansowych jako rażąco naruszających interesy konsumenta. Dlatego też Sąd Okręgowy apelację w tym zakresie uznaje za nieuzasadnioną i sprowadzającą się jedynie do nieskutecznej polemiki z trafnym stanowiskiem Sądu I instancji.

Zaskarżony wyrok odpowiada więc też powołanemu w jego uzasadnieniu prawu materialnemu i w żadnym wypadku w okolicznościach niniejszej sprawy nie narusza on żadnego ze wskazanych w apelacji przepisów tegoż prawa.

W istocie zarzut obrazy wskazanych w apelacji przepisów prawa materialnego dotyczy oceny postanowień umowy i wyprowadzonych przez Sąd I instancji wniosków w zakresie oceny prawnej żądania pozwu z prawidłowo ustalonych faktów, co też – jak powyżej wskazano – Sąd ten wykonał prawidłowo.

Podzielając w całości rozważania prawne Sądu Rejonowego, nie ma potrzeby przytaczania ich tu ponownie. Należy jedynie rozszerzyć je w kontekście przywołanych w apelacji zarzutów i wskazać na całkowitą niezrozumiałość sposobu określenia wyliczenia opłaty likwidacyjnej, który to odwołuje się do wskazanego w OWU wzoru matematycznego, który to nie tylko, że jest niezrozumiały, ale jest on nielogiczny i wewnętrznie sprzeczny. Gdyby go zastosować zgodnie z zasadami matematycznymi doszłoby do wyliczenia kwoty, która byłaby paradoksalna i nieodpowiadająca celom umowy.

Trudno w tych powyższych okolicznościach przypisywać jakiegokolwiek znaczenie faktowi ewentualnego niezapoznania się przez powoda z treścią umowy i OWU przed jej podpisaniem - co niezasadnie eksponuje pozwany i nadaje tej okoliczności zbyt duże znaczenie dla rozstrzygnięcia - skoro postanowienia zakwestionowane przez Sąd Rejonowy, a w szczególności wyżej wskazane dotyczące obliczenia opłaty likwidacyjnej, o którą to miała być pomniejszona wartość wykupu, są tak niezrozumiałe i nielogiczne – jak wyżej wskazano - że prawdopodobnie sama strona pozwana jej nie rozumie skoro umieściła ją w umowie, nie zdając sobie sprawy, że właściwe, zgodne z zasadami arytmetycznymi zastosowanie wzoru, o którym powyżej rodzi skutki paradoksalne.

Zważyć także trzeba na kwestię proporcjonalności świadczeń obu stron, mając przy tym oczywiście na względzie ryzyko każdej z nich, związane z zawarciem i wykonaniem tej umowy.

I tu, nie sposób nie zauważyć, że powód wpłacił tytułem składek kwotę 15.600 zł. Wartość rachunku wynosiła 13.815,86 zł. W tych okolicznościach wypłacenie mu jedynie kwoty 6.078,98 zł, która to stanowiła zaledwie około 39 % wpłaconych składek, jest niewątpliwie niezwykle krzywdzące dla powoda.

Powyższe potwierdza jedynie słuszność stanowiska Sądu Rejonowego i uzasadnia w – w okolicznościach niniejszej sprawy - zasądzenie zaskarżonym wyrokiem dodatkowej kwoty 7.736,88 zł, która łącznie z wypłaconą już powodowi przez pozwanego sumą daje właśnie wartość wykupu polisy bez żadnych już potrąceń.

Wobec przyjętej przez Sąd Rejonowy słusznej podstawy rozstrzygnięcia bezprzedmiotowe staje się ustosunkowanie do alternatywnie podniesionego zarzutu obrazy art. 409 k.c., aczkolwiek i w tej kwestii nie można byłoby zgodzić się z apelującym, że wyzbył się korzyści majątkowej bezpodstawnie uzyskanej kosztem powoda i nie jest już wzbogacony i zobowiązany do jej zwrotu.

Nie można też zgodzić się z apelującą, że odsetki ustawowe od świadczenia głównego Sąd zasądził od niewłaściwej daty. Skoro powód wyznaczył w wezwaniu do zapłaty termin na spełnienie świadczenia, któremu strona pozwana uchybiła, zasadne było zasądzenie odsetek od dnia 30 czerwca 2016 r., w którym upłynął 14 – dniowy termin wyznaczony w piśmie pełnomocnika powoda z dnia 13 czerwca 2016 r. (wezwanie do zapłaty i potwierdzenie odbioru – k. 39 – 40). Dlatego też zarzut obrazy przepisów art. 455 w zw. z art. 817 § 1 k.c. jest także chybiony.

Dlatego też, apelacja strony pozwanej podlegała oddaleniu jako nieuzasadniona na podstawie art. 385 k.p.c.

Podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu za instancję odwoławczą stanowił art. 98 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.

Mając na uwadze wszystkie powyższe rozważania oraz powołane w nich przepisy Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji wyroku.

Sędzia Arkadiusz Lisiecki

Sędzia Ewa Tomczyk Sędzia Jarosław Gołębiowski