

Sygn. akt VI ACa 1678/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 maja 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SA Agata Zając (spr.)

Sędzia SA Małgorzata Borkowska

Sędzia SA Teresa Mróz

Protokolant Małgorzata Samuła

po rozpoznaniu w dniu 10 maja 2018 r. w Warszawie na rozprawie

sprawy z powództwa M. M.

przeciwko Towarzystwu (...) S.A. we W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 15 września 2017 r., sygn. akt XXV C 84/17

I. oddala apelację;

II. zasądza od towarzystwa (...) S.A. we W. na rzecz M. M. 5 400 (pięć tysięcy czterysta) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sygn. akt VI ACa 1678/17

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 22 listopada 2013 r. M. M. wniósł o zasądzenie od pozwanych (...) Bank S.A. z siedzibą w W. i Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. solidarnie kwoty 100 482,69 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zwrotu należności wpłaconych przez powoda na rzecz pozwanego Towarzystwa (...) S.A. oraz o zasądzenie od pozwanych kosztów postępowania według norm przepisanych.

Powód wskazał, iż swoje roszczenie wywodzi z tytułu umowy ubezpieczenia z kapitałowym funduszem inwestycyjnym (...) zawartej z Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą we W. w dniu 31 października 2009 r. Powód przystępując do ubezpieczenia został wprowadzony w błąd co do cech produktu, sposobu obliczania wartości rachunku, pobieranych opłat. Ponadto zapisy wzorca umownego przewidujące pobieranie wysokiej opłaty likwidacyjnej są abuzywne, nie wiążą powoda jako konsumenta. Powód wypowiedział umowę, zaś pozwana z zainwestowanych przez niego środków, po potrąceniu opłaty likwidacyjnej, wypłaciła powodowi kwotę 10 397,31 zł.

Pozwany (...) Bank S.A. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego oraz zwrotu opłaty skarbowej w wysokości 17 zł, według norm przepisanych.

Pozwane Towarzystwo (...) S.A. wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego oraz zwrotu opłaty skarbowej w wysokości 17 zł, według norm przepisanych.

Pozwany zaprzeczył, by w ramach ubezpieczenia (...) była udzielana jakakolwiek gwarancja ochrony kapitału, powołał się na przepisy mówiące, iż ryzyko inwestycyjne ponosi odpowiednio ubezpieczający i ubezpieczony, w związku z czym pozwany nie ponosi odpowiedzialności za straty inwestycyjne powoda, jednocześnie wskazał, iż powód żąda wypłacenia całości składek jakby umowa i ochrona ubezpieczeniowa nie istniała w ogóle, a tymczasem nie zakwestionował on ważności tej umowy. Pozwany podkreślił, że wykorzystany w umowie wzorzec, wbrew twierdzeniom pozwu, nie jest wpisany do rejestru klauzul niedozwolonych, poza tym w niniejszej sprawie nie zachodzą przesłanki z art. 385¹ § 1 k.c. gdyż umowa ubezpieczenia nie jest umową zawartą z konsumentem ani jej postanowienia nie były uzgadnianie indywidualnie. Wysokość opłaty likwidacyjnej pozwany uzasadnił jedynie koniecznością zabezpieczenia interesów ubezpieczyciela i innych jego klientów, a nie chęcią zysku, podnosząc, iż roszczenie o zwrot składki w stosunku do zakładu ubezpieczeń może przysługiwać jedynie ubezpieczającemu, a nie ubezpieczonemu, w związku z czym pozwane Towarzystwo (...) nie ma legitymacji biernej w niniejszej sprawie.

W piśmie procesowym z 28 lutego 2014 r. powód wskazał, że jego roszczenie oparte jest m. in. na naruszeniu przez oba pozwane podmioty zbiorowych praw konsumentów oraz na stosowaniu przez pozwanych nieuczciwych praktyk rynkowych. Żądanie zwrotu całości spełnionego przez konsumenta na rzecz przedsiębiorcy świadczenia znajduje uzasadnienie w art. 12 ust. 1 pkt 2 i 4 ustawy z 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym.

Wyrokiem z dnia 12 czerwca 2015 r. Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz M. M. kwotę 100 482,69 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 17 grudnia 2013 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 8 642 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania, w tym kwotę 3 617 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, oddalił powództwo przeciwko (...) Bank S.A. z siedzibą w W., zasądził od M. M. na rzecz (...) Bank S.A. z siedzibą we W. kwotę 17 zł tytułem zwrotu opłaty skarbowej od pełnomocnictwa i oddalił wnioski o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego (...) Bank S.A. z siedzibą w W..

Od powyższego rozstrzygnięcia apelację wniosło Towarzystwo (...) S.A., zaskarżając je w całości oraz wnosząc o jego zmianę poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów postępowania za obie instancje; ewentualnie uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

Wyrokiem z 30 września 2016 r., VI ACa 1496/15, Sąd Apelacyjny w Warszawie uchylił zaskarżony wyrok w punkcie 1 i sprawę w tym zakresie przekazał do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Warszawie, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania odwoławczego.

Wyrokiem z dnia 15 września 2017 r. Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od pozwanego Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą we W. na rzecz powoda M. M. kwotę 100 482,69 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 17 grudnia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 8 642 zł tytułem zwrotu kosztów procesu i nie obciążył powoda kosztami postępowania apelacyjnego poniesionymi przez stronę pozwaną.

Sąd Okręgowy dokonał następujących ustaleń faktycznych:

Pomiędzy Towarzystwem (...) S.A. a (...) Bankiem S.A. w dniu 24 września 2009 r. zawarta została umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem (...) Banku S.A. (...). Jako ubezpieczony został wskazany M. M.. Integralną część umowy stanowiły Warunki (...), Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu (...) (...) – (...), Tabela Opłat i Limitów do Umowy (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem (...) (...).

Przedmiotem ubezpieczenia było życie Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa była udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu na wypadek zgonu Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności.

Warunki (...) przewidywały w rozdziale 14 możliwość rezygnacji z ubezpieczenia. Zgodnie z jego zapisami w razie rezygnacji z ubezpieczenia i całkowitego wykupu ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu w wyniku inwestycji) (ust. 6). Wypłata środków powinna nastąpić w ciągu 35 dni od rozwiązania umowy (ust. 10).

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek opłata likwidacyjna przez pierwsze trzy lata trwania okresu odpowiedzialności wynosiła 100% wartości rachunku. W latach następnych jej wysokość malała wynosząc po okresie 4 lat – 75%, 5 lat – 50%, 6 lat – 30%, 7 lat – 20%, 8 lat – 15%, 9 lat – 10%, 10 lat – 5%, 10 lat – 4%, 12 lat – 3%, 13 lat – 2%, 14 – 15 lat – 1% wartości rachunku.

Powód M. M. poszukiwał na rynku finansowym dogodnej dla siebie długookresowej, pozbawionej ryzyka straty, formy oszczędności kapitału. W tym celu w październiku 2009 r. przybył do oddziału banku (...) S.A. w P. przy ul. (...), gdzie wraz z żoną zapoznał się z ofertą inwestycyjną (...) przedstawioną przez doradcę (...). Doradca wypełniając swoje obowiązki przedstawił małżonkom kilka alternatywnych ofert mogących spełniać ich oczekiwania. Zaprezentował on cechy charakterystyczne oferowanych produktów oraz poinformował o opłatach należnych towarzystwu ubezpieczeń.

W dniach 17 i 22 października 2009 r. powód otrzymał za pośrednictwem poczty elektronicznej od pracownika (...) Bank S.A. materiały dotyczące oferowanego produktu (...) oraz dwóch innych programów celem zapoznania się z nimi i dokonania ewentualnego wyboru najbardziej korzystnej dla siebie oferty. W materiałach tych znajdowały się Warunki (...), Tabela Opłat i Limitów Składek, Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu (...).

M. M. podpisał 31 października 2009 r. Deklarację Przystąpienia do (...) wraz załącznikiem nr 1. Czas trwania umowy i związanej z nią odpowiedzialności został ustalony na 180 miesięcy, a bieżąca składka miesięczna została określona na kwotę 1 364,00 zł, przy czym tzw. Pierwsza Składka opiewała na kwotę 49 500 zł. Załącznik nr 1 określał okres subskrypcji od 24 września 2009 do 08 listopada 2009 r. Powód podpisując umowę nie miał możliwości negocjowania jej zapisów.

Zgodnie z Certyfikatem potwierdzającym objęcie ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem (...) (...) z 20 listopada 2009 r. odpowiedzialność wynikająca z zawartej umowy ubezpieczenia obejmować miała okres od 16 listopada 2009 r. do 16 listopada 2024 r. Certyfikat ten określał wysokość składki zainwestowanej na kwotę 247 500 zł. W wyniku podpisania przedmiotowej umowy ubezpieczenia pozwany (...) S.A. stał się ubezpieczającym, pozwane Towarzystwo (...) S.A. – ubezpieczycielem, a powód M. M. jako klient objęty ochroną ubezpieczeniową – ubezpieczonym. Z kolei stronami grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie (...) były wyłącznie ubezpieczyciel i ubezpieczający.

Podpisując Deklarację Przystąpienia powód dokonał przelewu środków finansowych w wysokości 50 864 zł, w tym tytułem tzw. Pierwszej Składki kwotę 49 500,00 zł na rachunek bankowy pozwanego Towarzystwa. Powód dokonywał regularnych wpłat w okresie od listopada 2009 r. do lipca 2013 r. Uiszczył 45 miesięczne składki w kwocie po 1 364 zł. Przełał na rachunek ubezpieczyciela łącznie 110 880 zł (tj. 49 500 zł tyt. pierwszej składki + 61 380,00 zł tyt. sumy regularnych składek).

Powód otrzymał od pozwanego ad.2 (...) S.A. pismo datowane na dzień 26 września 2011 r., które zawierało informację, iż ustalona dotychczas wysokość opłaty likwidacyjnej za pierwsze trzy lata trwania umowy zostaje zmniejszona do 80% wartości rachunku. W piśmie została podkreślona zaleta 100% ochrony składki zainwestowanej na koniec okresu ubezpieczeniowego oraz informacja o naliczaniu zysku od pięciokrotności początkowo wpłaconej kwoty.

W piśmie z 2 listopada 2012 r. M. M. złożył do (...) S.A. reklamację na nieprawidłowości związane z zaprezentowaniem mu programu (...). Niniejsza reklamacja nie została uwzględniona przez bank w piśmie z 14 stycznia 2013 r. Następnie decyzja (...) S.A. podtrzymana została w piśmie z 24 kwietnia 2013 r.

Powód złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia (...) w dniu 4 września 2013 r. W dacie rezygnacji przez powoda z ubezpieczenia wartość jego rachunku wynosiła 41 589,23 zł. Od kwoty tej odjęta została opłata likwidacyjna w wysokości 31 191,92 zł., wskutek czego 18 października 2013 r. otrzymał od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. zwrot kwoty 10 397,31 zł.

Powód skierował do Rzecznika Ubezpieczonych pismo z 29 października 2013 r. z prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie zwrotu świadczeń wniesionych przez powoda na rzecz Towarzystwa (...) S.A. W odpowiedzi na powyższe pismo Rzecznik Ubezpieczonych stwierdził, iż nie potrafi w jednoznaczny sposób rozstrzygnąć zaistniałego pomiędzy stronami sporu i zalecił skierowanie się do właściwego sądu.

Za podstawę ustaleń faktycznych w rozpoznawanej sprawie Sąd Okręgowy przyjął dowody z dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy wskazując, że ich treść i wiarygodność nie była podważana, a także na dowodzie z przesłuchania powoda, którego twierdzenia były logiczne i korelowały z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w aktach sprawy. Sąd Okręgowy uznał, że zeznania świadka F. K. niewiele wniosły do sprawy, wynikało z nich, że w wyniku upływu czasu, jak i obsługi wielu innych klientów może on nie pamiętać jakie dokładnie informacje przekazywał M. M. i jego żonie.

Opinię biegłego W. F., powołanego na wniosek strony pozwanej, Sąd Okręgowy uznał za nieprzydatną w niniejszej sprawie wskazując, że opinia nie odpowiada w pełni na pytania postawione w postanowieniu o powołaniu dowodu z opinii biegłego, jest mało zrozumiała, a jej tezy, nie poparte odpowiednimi danymi, odzwierciedlają bardziej poglądy biegłego niż obiektywne fachowe rozważania.

Sąd Okręgowy pominął wszelkie subiektywne wypowiedzi biegłego, zmierzające do wykładni spornych zapisów umownych, a także przepisów ustawowych oraz rozważania biegłego w zakresie sposobu i kalkulowania składek ubezpieczeniowych, mechanizmów ich inwestowania przez pozwaną Spółkę, charakteru umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami (...), zasadności i wysokości ponoszonych przez pozwaną kosztów. Zdaniem Sądu Okręgowego teza dowodowa zakreślona przez pozwaną na podstawie której biegły dokonał owej oceny, zmierzała bowiem w istocie do tworzenia podstaw faktycznych, które nie występowały w świadomości powoda na dzień zawierania spornej umowy. Ustalenie mechanizmu kształtowania wysokości opłaty likwidacyjnej, zasadności jej wysokości z punktu widzenia kalkulacji kosztów ponoszonych przez pozwaną było zaś w ocenie sądu zbędne dla oceny abuzywności kwestionowanych postanowień umownych.

Sąd Okręgowy pominął też złożone przez pozwaną Towarzystwo (...) wraz z pismem z 13 marca 2017 r. kopie materiałów prasowych wskazując, że nie dotyczyły one okoliczności faktycznych, a jedynie przedstawiały opinie pojawiające się w środowisku prawniczym w zakresie charakteru opłaty likwidacyjnej.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał, że powództwo zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy podkreślił, że powód w okresie ubezpieczenia, zgodnie z treścią Certyfikatu wystawionego przez ubezpieczyciela, dokonał wpłat na rachunek bankowy umowy środków pieniężnych w łącznej wysokości 110 880,00 zł w tym: Pierwszej Składki w wysokości 49 500,00 zł oraz 45 miesięcznych składek po 1 364,00 zł każda w łącznej wysokości 61 380,00 zł.

W związku z rezygnacją powoda z ochrony ubezpieczeniowej, pozwane Towarzystwo (...) w dniu 18 października 2013 r. dokonało na rzecz powoda wyceny jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku ubezpieczonego przyjmując, iż wartość rachunku na dzień umorzenia wynosi 41 589,23 zł. Z kwoty tej ubezpieczyciel pobrał opłatę likwidacyjną w wysokości 31 191,92 zł, stanowiącą 75% wartości rachunku na dzień umorzenia, wypłacając powodowi

kwotę 10 397,31 zł. Powód dochodzi zapłaty różnicy między środkami wpłaconymi tytułem składki ubezpieczeniowej a kwotą wypłaconą tytułem całkowitego wykupu tj. kwoty 100 482,69 zł (110 880,00 zł – 10 397,31 zł).

Wskazując, iż swoje żądanie powód wywodził zarówno z zarzutu abuzywności postanowień umownych odnoszących się do pobierania przez ubezpieczyciela opłaty likwidacyjnej w przypadku rozwiązania umowy przed upływem karencji oraz dokonywania wyceny Wartości Rachunku przez ubezpieczyciela w związku z wcześniejszym rozwiązaniem umowy, jak i zarzutu naruszenia interesu konsumenta wskutek zastosowania przez przedsiębiorcę nieuczciwych praktyk rynkowych, Sąd Okręgowy uznał zasadność roszczenia opartego na art. 12 ust. 1 pkt 2 i pkt 4 ustawy z 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym.

Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z zawartą umową celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych Ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu (...). Przez Ubezpieczeniowy Fundusz (...) rozumiano wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek pierwszych i składek bieżących, inwestowany zgodnie z przyjętą w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu (...) (...) strategią inwestycyjną.

W myśl definicji umownej zawartej w WU przez Całkowity wykup należy rozumieć zamianę przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu zapisanych na Rachunku na środki pieniężne na zasadach określonych w Rozdziale 14.

W razie rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia, Ubezpieczyciel w terminie 35 dni od otrzymania oryginału oświadczenia w tym zakresie, wypłaca środki z tytułu całkowitego wykupu na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego.

W razie Całkowitego wykupu, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę równą Wartości rachunku pomniejszoną o Oplatę Likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych.

Umorzenie wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu na Rachunku następuje najpóźniej 30 dnia po dniu otrzymania przez Ubezpieczyciela oryginału „Oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia”, według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu obowiązującej w Dacie Umorzenia, którą jest data zamiany przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu na środki pieniężne.

W przypadku Całkowitego wykupu wskutek likwidacji Ubezpieczeniowego Funduszu (...) umorzenie wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje najpóźniej 30 dnia od dnia likwidacji, według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu z dnia likwidacji.

Sąd Okręgowy zauważył, że podstawową kwestią dla ustalenia wysokości świadczeń należnych ubezpieczonemu w przypadku rezygnacji z umowy jest ustalenie Wartości Rachunku, którego wartość zależy od ustalenia Wartości Aktywów Funduszu powiązanego z polisą, sposób ten wynika natomiast z Regulaminu (...).

Ubezpieczeniowy Fundusz (...)(dalej także jako (...)) powstaje ze Składek Pierwszych i Składek Bieżących, wpłaconych przez Ubezpieczonych po pomniejszeniu o Oplatę Administracyjną, które są alokowane w (...) poprzez nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu. Celem (...) jest powiększenie wartości Aktywów (...) w wyniku wzrostu wartości lokat (...).

Wartość początkowa Jednostki Uczestnictwa Funduszu wynosi 200 zł. Wartość jednostki Uczestnictwa Funduszu zmienia się zgodnie ze zmianą Wartości aktywów netto (...) przypadających na Jednostkę Uczestnictwa Funduszu.

(...) jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów Ubezpieczyciela, składającą się z Jednostek Uczestnictwa Funduszu o jednakowej wartości. Aktywa netto (...) są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożności wyceny.

Środki (...) lokowane są w 100% w obligacje wyemitowane przez (...) S.A., z których wypłata oparta jest na indeksie (...) (...) .

Wartość jednostki Uczestnictwa Funduszu ustalana jest na Dzień wyceny i

obliczana jest jako iloraz Wartości aktywów netto (...) na Dzień wyceny i liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dzień wyceny.

Wartość jednostki Uczestnictwa Funduszu jest publikowana nie rzadziej niż raz w roku w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim oraz na stronie internetowej (...)

W ocenie Sądu Okręgowego wykładnia powołanych wyżej postanowień umownych zawartych w ogólnych warunkach umowy oraz regulaminie prowadzi do wniosku, iż ani w Warunkach (...), ani też w Regulaminie, nie wskazano stosowanego przez pozwaną mechanizmu wyceny Wartości Jednostek Uczestnictwa posiadanych na dzień rozwiązania umowy (czy też śmierci powoda). Wykładnia powołanych zapisów prowadzi do wniosku, iż rzeczoną wycenę przeprowadza sam Ubezpieczyciel według bliżej nie sprecyzowanych kryteriów „wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny (porównaj § 4 ust. 2 z § 6 ust. 2 z § 9 ust. 4 z § 8 ust. 2). Co więcej ustalona Wartość Jednostki Uczestnictwa publikowana jest przez samego Ubezpieczyciela.

Takie skonstruowanie wzorca powoduje w ocenie Sądu Okręgowego, iż pozwana uzyskała w zasadzie dowolność w wycenie Jednostek Uczestnictwa Funduszu w poszczególnych Dniach wyceny, a zatem mogła przyjąć ich wartość a tym samym wartość wypłacanych Ubezpieczonemu kwot w związku z rozwiązaniem umowy, likwidacją rachunku i umorzeniem Jednostek Uczestnictwa Funduszu. Ubezpieczony posiadał wiedzę o liczbie zakupionych za jego składki Jednostek Uczestnictwa, ale decyzja o ich wycenie (tj. wycenie Wartości aktywów netto (...)), a tym samym także wysokości finalnie wypłacanych środków pieniężnych leżała wyłącznie w gestii pozwanej i nie mogła zostać w zasadzie w żaden sposób skontrolowana. W ocenie Sądu Okręgowego nie było żadnych przeszkód, aby taki mechanizm wyceny został ujawniony w treści umowy, nawet jeżeli jest skomplikowany, a jego zrozumienie przekracza możliwości przeciętnego uczestnika obrotu. Strony bowiem mogą zawierać umowy bardzo skomplikowane, o dużym poziomie trudności, ale ich świadczenia muszą być na tyle precyzyjnie opisane, żeby ich wysokość była weryfikowalna według określonego jawnego schematu. Nie dopuszczalna jest sytuacja w której o wysokości świadczenia decyduje jedna ze stron, w szczególności w przypadku, gdy wpływa to na interes podmiotu nieprofesjonalnego – konsumenta. Zdaniem Sądu Okręgowego aktywa ubezpieczeniowego funduszu (...), do którego powód wpłacał swoje składki były wycenianie w sposób arbitralny i oderwany od obiektywnie postrzeganych wahań na rynkach kapitałowych. Oznacza to, że o wartości aktywów zgromadzonych w ubezpieczeniowym funduszu (...), a tym samym poszczególnych Jednostek Uczestnictwa na Dzień Umorzenia, decydowało pozwane Towarzystwo (...), a nie żadne obiektywne przesłanki takie jak kurs giełdowy czy sytuacja makroekonomiczna.

Sąd Okręgowy zauważył, że według przepisów ustawowych, towarzystwa ubezpieczeniowe oferujące ubezpieczeniowe fundusze (...), w przeciwieństwie do funduszy inwestycyjnych działających na podstawie ustawy o funduszach inwestycyjnych, nie mają obowiązku inwestowania w aktywa notowane na rynku publicznym, których wycena jest dokonywana w sposób ciągły przez uczestników tego rynku i jest oparta na prawach popytu i podaży. Zgromadzone w wyniku szeregu operacji finansowych aktywa (zgromadzone w różnym czasie, kupione według różnych wartości – taniej, drożej) tworzące (...) musiały być wyceniane w celu określenia ogólnej Wartości aktywów netto (...), a tym samym i ceny jednostkowej poszczególnych Jednostek Uczestnictwa. To stanowi natomiast pole do ewentualnych nadużyć poprzez zaniżanie wartości (...). Wpłacane przez ubezpieczonego składki w formie pieniężnej zamieniane były bowiem zgodnie z umową na Jednostki Uczestnictwa w (...) dopiero po pobraniu opłat określonych we wzorcu umownym. Ubezpieczyciel osiągał dzięki tak skonstruowanej przez siebie umowie zysk z pobieranych opłat i z prostego rachunku ekonomicznego logicznym jest, iż nie był zainteresowany w związku z możliwością wcześniejszego rozwiązania umowy przez klienta utrzymywaniem wyceny (...) na wysokim poziomie, mimo, iż całość środków inwestował w bezpieczny instrument finansowy w postaci obligacji, unikając tym samym zagrożenia płynącego

z wahań giełdowych związanych chociażby z nabywaniem akcji spółek notowanych na giełdzie. Sąd Okręgowy zauważył też, że ubezpieczyciel pobierał od ubezpieczonego także dodatkową opłatę za ryzyko, wliczoną do opłaty administracyjnej, pobieraną wedle umowy z tytułu udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym w związku ze sposobem skonstruowania umowy, całe ryzyko ubezpieczeniowe zostało przerzucone na ubezpieczonego.

Powyższe rozważania doprowadziły Sąd Okręgowy do uznania, że zapisy zawartej przez strony umowy nie są transparentne, zaś ubezpieczyciel w istocie zataił przed konsumentem sposób szacowania wartości (...) na Dzień Wyceny. Przeciętny konsument zapoznając się z warunkami umowy, wobec zawłości jej zapisów mógł się nie zorientować w skomplikowanym mechanizmie zastosowanym we wzorcu umownym przez Ubezpieczyciela, tym bardziej, iż jedną z zasadniczych cech produktu, stanowiącą o jego atrakcyjności miała być właśnie ochrona zainwestowanego kapitału.

Sąd Okręgowy wskazał, że z zeznań powoda wynika, iż ochrona kapitału była zasadniczym motywem dla którego powód zdecydował się akurat na produkt pozwanej i zamiar ten potwierdza także treść złożonej korespondencji e-mail. Rzeczywista, skomplikowana konstrukcja wzorca umownego z uwagi na przyjęte definicje oraz sposób obliczania Składki Pierwszej i Składek Bieżących takowej ochrony jednakże nie dawała. Nawet w przypadku 15 lat opłacania składek, Ubezpieczony posiadał gwarancję otrzymania wyłącznie kwoty 247 500 zł odpowiadającej Składce Zainwestowanej (por. certyfikat – k. 20; § 4 ust. 5 Regulaminu – k. 25v) podczas gdy w okresie wykonywania umowy Ubezpieczony uiściłby kwotę 293 656 zł (Składka Pierwsza 49 500,00 zł + Składki Bieżące [179 miesięcy x 1 364,00 zł]).

Sąd Okręgowy uznał, że mechanizmem umownym który także mógł wprowadzać konsumenta w błąd, jest sposób ustalania i pobierania przez Ubezpieczyciela opłaty administracyjnej, pobieranej w wysokości określonej w Tabeli Opłat i Limitów, tj. 1,28% w skali roku, jednakże nie od wartości opłacanych miesięcznych Składek Bieżących a od Składki Zainwestowanej tj. wskazanej w deklaracji kwoty, która miała dopiero zostać zainwestowana w (...) tj. kwoty 247 500 zł. Z rachunku matematycznego wynika, iż roczna wysokość tej opłaty pobieranej w de facto w 12 miesięcznych ratach wynosiła 3 168 zł (247 500 zł x 1,28%), a zatem przy tak skonstruowanym wzorcu do momentu zakończenia okresu obowiązywania umowy (180 miesięcy tj. 15 lat) Ubezpieczyciel pobrałby z wnoszonych Składek Bieżących opłatę administracyjną w łącznej wysokości 47 520 zł. Ubezpieczony przez 15 lat oszczędzania i po wpłaceniu kwoty 293 656 zł w zamian otrzymywał wyłącznie gwarancję zwrotu Składki Zainwestowanej, powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę (...) na dzień 13 listopada 2024 r., przy czym w przypadku ujemnej wartości powyższego indexu ubezpieczony nie miał nawet gwarancji, iż odzyska przynajmniej kwotę stanowiącą równowartość wpłaconych środków.

Sąd Okręgowy zauważył, że sytuacja konsumenta przedstawiała się jeszcze gorzej w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy, gdyż wówczas ubezpieczony nie posiadał nawet gwarancji, iż po odjęciu opłaty administracyjnej pobranej w czasie obowiązywania umowy, uzyska kwotę stanowiącą różnicę między wniesionym kapitałem (w okresie obowiązywania umowy) a należną opłatą administracyjną (w okresie obowiązywania umowy). Ubezpieczyciel potraçał nadto w takiej sytuacji od Wartości Rachunku (ustalanej arbitralnie) także dodatkowo, wysoką (zwłaszcza w pierwszych siedmiu latach) opłatę likwidacyjną (która jak wywodzi w niniejszym postępowaniu pozwana, przeznaczana była na pokrycie kosztów poniesionych przez Ubezpieczyciela), i to w sytuacji gdy kapitał przekazywany przez Ubezpieczonych, pozwana lokowała we względnie bezpieczne instrumenty finansowe w postaci obligacji.

Zdaniem Sądu Okręgowego ochrona 100% wpłaconego kapitału była więc w rzeczywistości jedynie „chwytem marketingowym” przyciągającym potencjalnych klientów zainteresowanych bezpiecznym oszczędzaniem z możliwością osiągnięcia zysku. Skoro bowiem Ubezpieczyciel gwarantował przynajmniej zwrot zainwestowanych w ubezpieczenie środków, nie istniało w świadomości konsumenta ryzyko „straty” na oferowanym produkcie finansowym. W ocenie Sądu Okręgowego do wywołania takiego przeświadczenia u konsumenta zmierzał sposób sformułowania zapisów i definicji w przedmiotowym wzorcu umownym. Ich skomplikowany charakter, posługiwanie się złożonymi definicjami i pojęciami, innymi w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy, a innymi w przypadku dożycia określonego okresu obowiązywania umowy, mógł wywołać błędne wyobrażenie o spornym produkcie nawet u bardzo świadomego konsumenta.

W konsekwencji powyższych rozważań Sąd Okręgowy uznał, że sposób skonstruowania wzorca przez pozwaną wywołał u powoda błąd, gdyż pomija istotne informacje potrzebne przeciętnemu konsumentowi do podjęcia decyzji dotyczącej umowy i tym samym spowodował (lub przynajmniej mógł spowodować) podjęcie przez powoda decyzji o zawarciu umowy, której żaden rozsądnie postępujący człowiek mający na celu bezpieczne ulokowanie kapitału, oszczędności (a taką formą inwestycji miała być sporna umowa dla powoda) inaczej by nie podjął.

W ocenie Sądu Okręgowego na chwilę orzekania, usunięcie skutków praktyk stosowanych przez pozwaną oraz naprawienie szkody wyrządzonej powodowi może nastąpić wyłącznie poprzez zwrot całości kwoty wpłaconej przez powoda tytułem Pierwszej Składki oraz Składek Bieżących uiszczonych do chwili rozwiązania umowy, powód nie domagał się bowiem ustalenia nieważności umowy. Sąd Okręgowy uznał, że zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności pozwanego w postaci dokonania nieuczciwej praktyki rynkowej, wystąpienia szkody o charakterze majątkowym w kwocie 100 482,69 zł, istnienia związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wyrządzającym szkodę a zaistniałą szkodą, a także winy po stronie pozwanego przedsiębiorcy jako sprawcy nieuczciwej praktyki rynkowej, w postaci skonstruowania wzorca umownego o wskazanej treści.

Niezależnie od powyższych rozważań Sąd Okręgowy odniósł się też do zarzutu abuzywności postanowień wzorca traktujących o opłacie likwidacyjnej, pobieranej dodatkowo w przypadku rozwiązania umowy przed upływem okresu karencji oraz sposobu obliczania przez pozwaną w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy tzw. Całkowitego Wykupu, a właściwie Wartości Rachunku.

Sąd Okręgowy odwołał się przede wszystkim do uzasadnienia wyroku kasatoryjnego Sądu Apelacyjnego w Warszawie wydanego w sprawie niniejszej.

W ocenie Sądu Okręgowego postanowienia dotyczące opłaty likwidacyjnej nie określały „głównych świadczeń stron”, w związku z czym mogą być one oceniane pod kątem abuzywności, podobnie jak świadczenie ubezpieczyciela w postaci Całkowitego Wykupu, które było wypłacane w przypadku wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia i nie stanowiło stricte głównego świadczenia strony pozwanej wynikającego z ubezpieczeniowego bądź kapitałowego charakteru umowy.

Sąd Okręgowy uznał, że „świadczeniem głównym” ze strony powoda biorąc pod uwagę ubezpieczeniowy aspekt umowy była zapłata Składki Pierwszej i Składek Bieżących, zaś świadczeniem głównym strony pozwanej – wypłata umówionego świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego bądź upływie okresu obowiązywania umowy.

Umowę zawarto na czas określony 180 miesięcy (15 lat), zaś zgodnie z postanowieniami umowy wysokość świadczenia ubezpieczeniowego zależna była od:

- liczby wniesionych przez ubezpieczonego składek (czasu obowiązywania umowy),
- nabytej za te środki liczby jednostek uczestnictwa,
- wartości tych jednostek na moment ich wyceny (umorzenia), a właściwie Wartości Rachunku w Dacie Uumorzenia określony w umowie z zastosowaniem (w przypadku świadczenia z tytułu dożycia) wzoru wynikającego z § 4 ust. 5 Regulaminu (k. 25v).

Strony umowy, w której jedna z nich jest towarzystwem ubezpieczeń, jasno sprecyzowały warunki, w których nastąpi wypłata świadczenia ubezpieczeniowego, zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela, osobę upoważnioną do odbioru świadczenia, wysokość opłat pobieranych w toku wykonywania umowy, które to elementy składały się na główne świadczenia stron, zważywszy na ubezpieczeniowy aspekt przedmiotowej umowy.

Odstępstwem w porównaniu do klasycznej umowy ubezpieczenia jest to, że Ubezpieczyciel w ramach inwestowania składek działał na zlecenie Ubezpieczającego, a umowa przypomina zarządzanie powierzonymi aktywami na zlecenie.

W takim ujęciu umowy o charakterze mieszanym, poza ochroną ubezpieczeniową, świadczeniem głównym ubezpieczyciela było zdaniem Sądu Okręgowego zarządzanie środkami pieniężnymi zainwestowanymi w określony fundusz kapitałowy (aspekt kapitałowy umowy).

Taki właśnie sposób zachowania ubezpieczyciela (świadczenia) został określony przez strony jako zobowiązanie ubezpieczyciela względem ubezpieczonego (czy też raczej inwestora), który w zamian zobowiązał się wnosić na rzecz ubezpieczyciela (wykonującego przyjęte zlecenie, obsługującego polisę) wynagrodzenie w postaci umówionej z tego tytułu opłaty administracyjnej (w tym opłaty od ryzyka).

Dopiero po jej odliczeniu pozwana za pozostałe środki pieniężne dokonywała inwestycji (kupna) w imieniu powoda jednostek uczestnictwa (...). W tak przyjętym układzie stosunków świadczenie jednej strony, było skorelowane z zobowiązaniem drugiej strony tworząc wyżej przedstawiony stosunek prawny z elementami umowy ubezpieczenia oraz umowy inwestycyjnej.

Zdaniem Sądu Okręgowego, wartość Umorzonych Jednostek Uczestnictwa w przypadku Całkowitego Wykupu jako „świadczenie” na podstawie którego określano procentową wysokość opłaty likwidacyjnej, nie ma wyodrębnionego, wyraźnie w umowie zobowiązania drugiej strony, któremu odpowiadałoby obowiązek świadczenia pieniężnego ubezpieczonego na rzecz ubezpieczyciela w wysokości określonej w umowie oraz Tabeli Opłat i Limitów.

Zdaniem Sądu Okręgowego konstrukcja opłaty likwidacyjnej upodabnia ją raczej do stanowiącej dodatkowe zastrzeżenie umowne „kary umownej” z tytułu nienależytego wykonania umowy, która nie mogła zostać skutecznie zastrzeżona ze względu na jej sprzeczność z art. 483 i nast. k.c.

W ocenie Sądu Okręgowego opłata likwidacyjna, a także świadczenie z tytułu Całkowitego Wykupu w odróżnieniu od pozostałych ww. elementów składających się na sporny stosunek prawny, nie były nieodłącznym elementem umowy, bez którego niemożliwym była wypłata umówionego świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Naliczenie opłaty likwidacyjnej, wypłaty kwoty Całkowitego Wykupu uzależnione było od zdarzenia przyszłego i niepewnego w postaci rozwiązania umowy przed upływem karencji.

Świadczenie z tytułu Całkowitego Wykupu stanowiło zdaniem Sądu Okręgowego zwrot wpłaconych przez Ubezpieczonego składek w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową, pomniejszonych o opłatę administracyjną, zamienionych na Jednostki Uczestnictwa w (...), które na skutek oświadczenia o rozwiązaniu umowy były następnie zamieniane przez pozwaną w sposób wskazany w ww. zapisach Regulaminu.

Tym samym w ocenie Sądu Okręgowego na treść łączącej strony umowy ubezpieczenia z funduszami (...) składało się:

I. z punktu widzenia ubezpieczeniowego charakteru tej umowy:

- zobowiązanie ubezpieczyciela do udzielenia określonej ochrony ubezpieczeniowej na zasadach i wymiarze określonym w umowie, któremu odpowiadało świadczenie wzajemne ubezpieczonego w postaci wnoszenia Składki Pierwszej i Składek Bieżących przez ubezpieczonego za okres udzielonego ubezpieczenia, pobieranie bliżej niesprecyzowanej opłaty od ryzyka stanowiącej część opłaty administracyjnej;

II. z punktu widzenia inwestycyjnego, kapitałowego charakteru tej umowy:

- zobowiązanie ubezpieczyciela do lokowania składek wnoszonych przez ubezpieczonego w fundusz (...), obracanie tymi środkami, któremu odpowiadał wskazany w umowie obowiązek świadczenia w postaci ponoszenia przez ubezpieczonego opłaty administracyjnej, pobieranej przez ubezpieczyciela przed zainwestowaniem tychże środków poprzez potrącenie ich ze składek wnoszonych przez ubezpieczonego.

Za bezzasadne Sąd Okręgowy uznał odwołanie się przez pozwaną do treści art. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 950 ze zm.) wskazując, że przepis ten określa wyłącznie konieczne elementy treści umowy ubezpieczenia w sensie technicznym, wskazuje, jakie elementy stosunku prawnego

strony obowiązane są uregulować. Wymóg ten nie jest jednak jednoznaczny z określeniem głównego świadczenia stron, stanowiącego materialną treść zobowiązania. Z powołanego przepisu nie wynika bynajmniej, by strony obowiązane były przewidzieć w umowie, że w razie jej wypowiedzenia w określonym terminie ubezpieczony powinien uiścić ubezpieczycielowi opłatę za wcześniejsze rozwiązanie umowy. Przepis ten nakazuje określić jedynie zasady ustalania tego rodzaju opłaty, nie nakłada natomiast obowiązku potrącenia z wartości polisy opłaty likwidacyjnej.

Za chybione Sąd Okręgowy uznał też powołanie się przez pozwaną na przepisy Rozporządzenia Ministra (...)z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji wskazując, że rozporządzenie to nie miało znaczenia dla oceny ewentualnej abuzywności spornych zapisów wzorca umownego, szczególnie w odniesieniu do umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem (...), gdzie faktycznie przedmiotem świadczenia ubezpieczeniowego są środki zainwestowane przez ubezpieczonego wraz z ewentualnie wypracowanym zyskiem. Ubezpieczony w tym układzie powierza Ubezpieczycielowi pieniądze w celu inwestycji i to te środki tworzą kapitał, który obracany przez ubezpieczyciela może przynieść zysk.

Ryzyko zaangażowania kapitału obciąża ubezpieczonego i tylko jego, albowiem zasada repartycji ryzyka ubezpieczeniowego, przy takim modelu konstrukcyjnym tej umowy nie znajduje zastosowania. Ten model opiera się na węźle łączącym Ubezpieczonego z zarządzającym jego pieniędzmi (model inwestor – zarządzający), a zajście wypadku ubezpieczeniowego zasadniczo nie dotyczy innych ubezpieczonych, skoro świadczeniem zakładu w takim wypadku jest wartość zainwestowanych przez danego ubezpieczonego środków w chwili zajścia przewidzianego w umowie warunku.

Z uwagi na powyższe Sąd Okręgowy uznał, że zarówno postanowienia dotyczące opłaty likwidacyjnej, jak i pozostałe rozwiązania umowne, w tym określające skutki rozwiązania polisy przed upływem 15 lat od daty zawarcia umowy, nie stanowią świadczeń głównych w rozumieniu powołanych powyżej przepisów, a co za tym idzie - mogą być oceniane w kontekście art. 385¹ § 1 k.c.

Sąd Okręgowy uznał, że powołane przez powoda wyroki Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, pomimo podobnego stanu faktycznego, nie rozciągają swojej prawomocności na niniejsze postępowanie, powołując się na uchwałę Sądu Najwyższego [7] z 20 listopada 2015 r., III CZP 17/15 (LEX nr 1916698).

Zdaniem Sądu Okręgowego, dla oceny abuzywności danego postanowienia umownego miarodajny jest test polegający na ustaleniu hipotetycznego stanu faktycznego, w którym kwestionowany zapis nie zostałby zastrzeżony i ustalenie, jak wówczas wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta. Jeżeli konsument byłby w lepszej sytuacji, gdyby konkretnego postanowienia wzorca nie było, należy przyjąć, że ma ono charakter nieuczciwy (por. wyrok SA w Warszawie z 11 października 2011 r., VI ACa 421/11, LEX nr 1171445).

Sąd Okręgowy uznał, że zastrzeżenie przez pozwaną pobrania opłat ustalonych jako w istocie ryczałtowo ustalony ułamek wartości polisy w pierwszym roku obowiązywania umowy na wypadek jej rozwiązania przed upływem 15 lat od daty zawarcia, pozostaje w sprzeczności z dyspozycją art. 385¹ § 1 k.c.

Sąd Okręgowy wskazał, że umowa na życie z ubezpieczeniowym funduszem (...)należy do kategorii umów z zakresu ubezpieczeń osobowych.

Umowę ubezpieczenia osobowego z mocy bezwzględnie obowiązującego przepisu prawa (art. 830 § 1 k.c.) ubezpieczony może wypowiedzieć w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku – ze skutkiem natychmiastowym. Przepis ten ma charakter ius cogens a co za tym idzie, niedopuszczalne byłoby wyłączenie możliwości wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego w jej treści lub w treści ogólnych warunków ubezpieczenia. Możliwość wypowiedzenia jest prawem podmiotowym, z którego ubezpieczający może skorzystać bez względu na umowny czas trwania takiego stosunku ubezpieczenia osobowego a zatem zarówno w umowach zawartych na czas nieokreślony jak i na czas oznaczony.

Zdaniem Sądu Okręgowego pozwana w ogólnych warunkach ubezpieczenia zapewniła w sposób jedynie formalny możliwość skorzystania z omawianego uprawnienia. Jest ono iluzoryczne a to z uwagi na to, że w razie rozwiązania umowy, pozwana dokonuje wypłaty Wartości Rachunku (Całkowity Wykup) z potrąceniem wysokiej opłaty likwidacyjnej, stanowiącej istotną barierę psychiczną dla konsumenta przed skorzystaniem z tegoż uprawnienia.

Zasadniczą przesłanką decydującą o abuzywnym charakterze wskazanych postanowień umownych jest zdaniem Sądu Okręgowego już fakt, iż wzorzec umowy stosowany przez pozwaną w żadnym miejscu nie definiuje, za jakie świadczenia wzajemne opłata jest pobierana, ewentualnie jakie wydatki pozwanej i za co są z niej pokrywane.

W ocenie Sądu Okręgowego konieczność sprecyzowania tej instytucji była obowiązkiem pozwanej wynikającym z powinności, jakie nakłada nań art. 385¹ § 1 k.c. co do jednoznacznego i przejrzystego konstruowania wzorca.

Sąd Okręgowy uznał, że stanowisko pozwanej co do pokrywania ponoszonych przez nią kosztów nie jest przekonujące ze względu na wskazywane przez nią wydatki, których poniesienie miało zostać zrekompensovane poprzez potrącenie spornej opłaty ze środków finansowych zgromadzonych na rachunku umownym powoda. Analiza twierdzeń pozwanej wskazuje, iż wydatki te nie były w żadnym razie powiązane z kosztami stricte towarzyszącymi rozwiązaniu umowy ubezpieczenia na życie. Wręcz przeciwnie, zdaniem Sądu Okręgowego, pozwana w ten sposób przerzuca na konsumentów koszty poniesione przy zawarciu umowy czy wręcz koszty ogólne własnej działalności gospodarczej, zaś dążenie do pomniejszenia start bądź zapewnienia zysków dla strony pozwanej nie może prowadzić do obciążenia tymże ryzykiem oraz wszelkimi ponoszonymi przez nią kosztami drugiej strony umowy ubezpieczenia. Usprawiedliwienia dla powyższego nie stanowi nawet akcentowany przez pozwaną fakt, że umowy ubezpieczenia na życie, ze swej natury, mają długoterminowy charakter, co pozwala na rozłożenie w czasie kosztów ponoszonych przez zakład ubezpieczeń.

Sąd Okręgowy wskazał, że w licznych orzecznictwie sądowym dotyczącym opłat likwidacyjnych bądź podobnych klauzul umownych, nie zakwestionowano samej możliwości zastrzeżenia i pobrania opłat likwidacyjnych przez ubezpieczycieli. Za niedozwolone uznano natomiast klauzulę kształtującą jej wysokość ryczałtowo, w oderwaniu od kosztów faktycznie ponoszonych z zastrzeżeniem, iż we wzorcu umownym przedsiębiorca powinien dokładnie określić pokryciu jakich kosztów ma ona służyć.

Pozwana jako profesjonalista powinna bowiem skonstruować warunki umowy w taki sposób, aby jak najbardziej jasno i przejrzysto wskazywały one konsumentowi, jakie będą realne koszty związane z funkcjonowaniem umowy, a także jakie będą realne koszty związane z wcześniejszym jej rozwiązaniem. Generalnie zatem już w samej umowie powinno być ustalone, np. w jakiej konkretnie kwocie prowizja w związku z zawarciem umowy została wypłacona pośrednikowi, który skierował powoda do tego towarzystwa i doradził mu zawarcie umowy. Wówczas rzeczywiście mogłaby być to podstawa do tego, aby pewne kwoty potrącić ze zwracanego świadczenia, tym bardziej, że konsument znając te kwoty, mógłby ocenić ryzyko, jakie wiązałoby się z wycofaniem się z umowy. O tym wszystkim powinien on być jednak powiadomiony już na etapie zawierania umowy.

Nie wystarcza w ocenie Sądu Okręgowego ogólnikowe powołanie się na rzekomo powszechnie znany fakt, że koszt wykupu alokowanych środków jest w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia wyższy niż w następnych. Nie stanowi też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter.

Sąd Okręgowy nie odmawia przy tym pozwanej prawa do rozliczenia kosztów akwizycji i innych poniesionych w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy, wskazując jedynie na konieczność ich konkretyzacji i rzetelnego poinformowania klienta przed zawarciem umowy, czego pozwana w realiach niniejszej sprawy nie dopełniła.

Powołanie się przez stronę pozwaną na przepis art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej tudzież §16 ust. 4 ww. Rozporządzenia Ministra (...) jest w ocenie Sądu Okręgowego o tyle nietrafne, że przepisy te dotyczą kalkulacji składki ubezpieczeniowej w klasycznym stosunku ubezpieczeniowym.

W ocenie Sądu Okręgowego powód wykazał w sposób niebudzący wątpliwości wszystkie przesłanki abuzywności zapisów wzorca umownego w zakresie opłaty likwidacyjnej, a tym samym zasadność powództwa o zapłatę, co do kwoty 31 191,92 zł, która wobec nieważności ww. zapisu umownego została pobrana bez podstawy prawnej, stanowiąc nienależne świadczenie (art. 410 k.c.).

Za abuzywne Sąd Okręgowy uznał też zapisy wzorca umownego w zakresie ustalania przez Ubezpieczyciela Wartości Rachunku Ubezpieczonego (Całkowitego Wykupu) w przypadku wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia.

W ocenie Sądu Okręgowego, kwestionowane przez powoda klauzule umowne, przyznające ubezpieczycielowi wyłączne prawo do ustalania Wartości Rachunku ubezpieczonego (Jednostek Uczestnictwa w (...)) w sposób oczywisty i rażący godzą w interes ekonomiczny konsumenta, naruszając równowagę kontraktową, zasady uczciwości i poszanowania drugiej strony stosunku prawnego. Postanowienia te w istocie kreują stan, w którym ubezpieczyciel w sposób arbitralny, przy pozbawieniu ubezpieczonego konsumenta jakichkolwiek uprawnień kontrolnych, ustala wartość nabytych w jego imieniu Jednostek Uczestnictwa w (...). Takie kształtowanie postanowień umownych przez podmiot profesjonalny w zakresie relacji z konsumentami nie tylko rażąco narusza interes ekonomiczny konsumenta, ale stanowi także rażące naruszenie norm powszechnie akceptowalnych w społeczeństwie tj. dobrych obyczajów oraz równowagi kontraktowej.

Sąd Okręgowy zauważył, że powód inwestując w (...), którego środki inwestowane były w stabilny i bezpieczny z założenia instrument finansowy w postaci obligacji, niewątpliwie ponosił pewne ryzyko spadku wartości inwestycji. Ryzyko to było oczywiście z całą pewnością niższe, aniżeli w przypadku inwestowania w akcje spółek notowanych na giełdzie. Zdaniem Sądu Okręgowego pozwana konstruując zapisy wzorca umownego, nie dała jednak konsumentowi w zasadzie żadnej możliwości skontrolowania sposobu ustalania wartości Jednostek Uczestnictwa w (...). Powód zarówno w chwili zawierania umowy jak i jej rozwiązywanie nie był w stanie ustalić w oparciu o jakie obiektywne kryteria rynkowe, pozwana będzie dokonywała wyceny Jednostek Uczestnictwa.

Dodatkowe wątpliwości Sądu Okręgowego budzi także termin w którym Ubezpieczyciel był obowiązany umorzyć Jednostki Uczestnictwa w (...) (30 dni), gdyż dawało to pozwanej swobodę w wyborze Daty Umorzenia, co mogło stanowić pole do nadużyć. Powód został bowiem pozbawiony możliwości rezygnacji z umowy w momencie najkorzystniejszej wartości Jednostek Uczestnictwa, co więcej nie wiedział według jakich kryteriów, będą one wyceniane, a także w jakiej dacie po złożeniu oświadczenia o rezygnacji z umowy nastąpi zamiana Jednostek Uczestnictwa na środki pieniężne.

Sąd Okręgowy wskazał, że wyłączenie abuzywnych zapisów umownych dotyczących Całkowitego Wykupu w związku z wcześniejszą rezygnacją z umowy ubezpieczenia powoduje, iż w łączącym strony stosunku prawnym brak jest zapisów, regulujących kwestię ustalenia wartości Jednostek Uczestnictwa w związku z rezygnacją z ubezpieczenia przez konsumenta.

Skutkiem wyłączenia tego postanowienie jest zdaniem Sądu Okręgowego nieważność całej umowy ex tunc, wobec czego odpadła podstawa prawna świadczenia powoda.

Sąd Okręgowy uznał też, że zawarta przez strony umowa jest nieważna z uwagi na przekroczenie zasady swobody umów określonej w art. 353¹ k.c. Zdaniem Sądu Okręgowego okoliczność braku ujawnienia w umowie ubezpieczenia sposobu ustalenia Wartości Rachunku (Wartości Jednostek Uczestnictwa) sprzeciwia się naturze stosunku zobowiązania o charakterze dwustronnie zobowiązującym (umowy ubezpieczenia z (...) o charakterze mieszanym - ubezpieczeniowym oraz inwestycyjnym). Świadczenie Ubezpieczyciela w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy (bądź śmierci ubezpieczonego) nie było bowiem określone w umowie w sposób wystarczająco konkretny, lecz w sposób, który umożliwiał kształtowanie wielkości tego świadczenia przez samego Ubezpieczyciela poprzez jego arbitralne decyzje, na które druga strona umowy -Ubezpieczony - nie miał żadnego wpływu. Jest to sprzeczne z naturą ww. stosunku zobowiązaniowego jako takiego, a także zasadami współżycia społecznego.

W ocenie Sądu Okręgowego pozwana nadużyła swojej pozycji w omawianym stosunku prawnym, układając jego treść w sposób wyłączający wszelką kontrolę konsumenta, powierzającego Ubezpieczycielowi środki pieniężne w celu inwestycji w instrumenty finansowe, których wartość wpływała na wysokość świadczenie z tytułu Całkowitego Wykupu (w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy) oraz Wartość Rachunku w Dacie Umorzenia (w przypadku śmierci Ubezpieczonego), a która w żaden sposób nie mogła zostać skontrolowana, poprzez odwołanie się do obiektywnych, rynkowych kryteriów wyceny.

Sąd Okręgowy podkreślił, że wzorzec umowy do którego przystąpił powód będący konsumentem został sporządzony przez podmiot, będący profesjonalistą – Towarzystwem (...), zaś niedookreślone zapisy umowne wzorca, skomplikowane definicje, różne mechanizmy i kryteria ustalania Wartości Rachunku w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych oraz wcześniejszego rozwiązania umowy powodują, iż wyobrażenie konsumenta co do cech spornego produktu, było niepełne, rozmyte, nie pozwalające mu na rzetelną ocenę opłacalności produktu do którego przystąpił. Wyobrażenie to było dodatkowo podsycane przedstawionymi powodowi artykułami reklamowymi, z których przy zawłości wzorca umownego, można błędnie wyinterpretować, iż Wartość Rachunku stale uzależniona jest od wartości (...) (...), co w istocie nie miało miejsca. Ubezpieczyciel bowiem zgodnie z treścią umowy, mógł dowolnie operować wartością Jednostek Uczestnictwa w (...), wpływając tym samym także na kwotę Całkowitego Wykupu oraz Wartość Rachunku w Dacie Umorzenia.

Wskazując na powyższe rozważania Sąd Okręgowy uznał za zasadne roszczenie powoda w całości, wskazując jako podstawę rozstrzygnięcia o odsetkach treść art. 355 k.c. i datę doręczenia pozwanemu odpisu pozwu.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 2 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c., jednakże na podstawie art. 102 k.p.c. odstąpił od obciążania powoda kosztami poniesionymi przez pozwaną w postępowaniu apelacyjnym uznając, że wyrok kasacyjny był następstwem nierozpoznania przez Sąd I instancji drugiej ze wskazywanych przez powoda podstawy faktycznej.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wniósł pozwany, zaskarżając wyrok w całości i zarzucając:

1. naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. polegające na sporządzeniu uzasadnienia

zaskarżonego wyroku w sposób uniemożliwiający jego kontrolę instancyjną;

2. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. polegające na przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów, przez:

a) błędne uznanie, iż w arbitralny sposób ustalana jest wartość instrumentów finansowych stanowiących aktywa (...), podczas gdy wniosek taki pozbawiony jest oparcia w zgromadzonym materiale dowodowym,

b) błędne uznanie, że wysokość świadczeń jest ustalana arbitralnie, podczas gdy świadczenie z tytułu śmierci w całym okresie ubezpieczenia odpowiada a świadczenie z tytułu dożycia odpowiada co najmniej składce zainwestowanej,

c) błędne uznanie, że gwarancja składki zainwestowanej, nie zaś zwrotu całej składki rażąco narusza zasady współzycia społecznego,

d) uznanie, że umowa ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem (...) (...) rodzi dla ubezpieczonego nieoczekiwane skutki, w sytuacji, gdy z przeprowadzonych przez Sąd Okręgowy dowodów wynika, iż skutki tej umowy zostały dokładnie opisane w Warunkach i Regulaminie;

e) błędne uznanie, że pozwany nie ponosi ryzyka, podczas gdy ryzyko pozwanego wynika z treści Warunków;

f) błędne uznanie, że oświadczenie powoda zawarte w Deklaracji nie określało sumy ubezpieczenia, pomimo że Deklaracje zawierały oświadczenie dotyczące zarówno świadczenia wypłacanego na wypadek śmierci i na wypadek dożycia;

g) błędne uznanie, że w wypadku przedwczesnego rozwiązania umowy Wartość Wykupu przewidziana Warunkami Tabelą stanowi „swego rodzaju karę umowną”, w sytuacji, w której jej wysokość ma uzasadnienie w konieczności pokrycia przez pozwanego kosztów związanych z objęciem powoda ochroną ubezpieczeniową,

które to naruszenie skutkowało nieprawidłowym ustaleniem stanu faktycznego i w konsekwencji rozstrzygnięciem niniejszej sprawy w oparciu o nieprawidłowo ustalony stan faktyczny;

3. naruszenie art. 58 § 2 k.c. polegające na jego błędnej wykładni przez:

a) uznanie, że sytuacja, w której ubezpieczony – inwestor będący stroną stosunku umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem (...)ponosi ryzyko inwestycyjne sprzeczna jest z zasadami współzycia społecznego, co skutkuje nieważnością takiego stosunku, podczas gdy immanentną cechą wszystkich form inwestowania na rynku kapitałowym jest to, że ryzyko inwestycyjne spoczywa przy inwestorze, a więc w tym wypadku na ubezpieczonym;

b) uznanie, że sytuacja, w której ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę uposażonej przez ubezpieczonego osobie co najmniej wypłatę sumy składek wpłaconych przez tego ubezpieczonego także w sytuacji, w której wartość jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu (...), w który zostały zainwestowane te składki, jest niższa od wartości tych składek, nie rodzi dla ubezpieczyciela żadnego ryzyka, w tym w szczególności ryzyka ubezpieczeniowego, a to sprzeczne jest z zasadami współzycia społecznego, co skutkuje nieważnością stosunku między ubezpieczycielem a ubezpieczonym;

4. naruszenie art. 6 k.c., przez jego niewłaściwe zastosowanie polegające

na uznaniu, że to pozwany powinien dowodzić braku nieprawidłowości w wycenie papierów wartościowych stanowiących aktywa (...), a także świadczeń należnych powodowi z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego, podczas gdy to powód opierał żądanie powództwa na nieważności stosunku łączącego go z pozwanym i to powód w związku z tym powinien dowieść istnienia tego rodzaju nieprawidłowości;

5. naruszenie art. 58 § 1 w zw. z art. 353¹ k.c. przez ich błędne

zastosowanie polegające na dowolnym przyjęciu, że pozwany w sposób arbitralny wyceniał i wycenia papiery wartościowe stanowiące aktywa ubezpieczeniowego funduszu (...)w przedmiotowej sprawie, a w oparciu o nie świadczenia należne powodowi z tytułu nawiązanego między powodem a pozwanym stosunku ubezpieczenia, na czym Sąd Okręgowy oparł rozstrzygnięcie o nieważności tego stosunku z uwagi na jego rzekomą sprzeczność z właściwością (naturą) tego stosunku, podczas gdy pozwany takiej oceny dokonywał i dokonuje w sposób poprawny, zgodnie z przepisami dotyczącymi rachunkowości zakładów ubezpieczeń określonymi w aktach prawa powszechnie obowiązującego;

6. naruszenie art. 2 pkt 4, art. 5 ust. 1 i 2 oraz art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy z

dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym przez jego błędną wykładnię polegającą na:

a) błędnym uznaniu, że pozwany dopuścił się wobec powoda

nieuczciwych praktyk rynkowych, ponieważ wzorzec umowy zakładał, że konsument jako podmiot racjonalny zapozna się z warunkami umowy;

b) błędnym uznaniu, że wzorzec umowy nie zawierał wystarczających

informacji o warunkach ubezpieczenia, w tym sposobie wyceny jednostki, określania świadczeń czy ochrony zainwestowanej składki, gdy tymczasem postanowienia te są zawarte w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu (...), co sam sąd meriti przytoczył w uzasadnieniu wyroku;

c) pominięciu, iż materiały marketingowe sporządzał ubezpieczający

(...) Bank S.A., który jest podmiotem trzecim, niezależnym od pozwanego;

d) pominięciu faktu, że przy podjęciu decyzji przez powoda o

przystąpieniu do umowy pozwany nie uczestniczył i nie przedstawiał w sposób ustny informacji niezbędnych do podjęcia decyzji przez powoda;

7. naruszenie art. 409 k.c. przez jego błędną wykładnię polegającą na

przyjęciu, że ubezpieczyciel wprowadzający na rynek produkt ubezpieczeniowy niebudzący w chwili jego wprowadzenia żadnych wątpliwości co do ważności jego konstrukcji prawnej powinien był od początku liczyć się z koniecznością zwrotu składek płaconych przez ubezpieczonego jedynie z uwagi na to, że po kilku latach funkcjonowania tego produktu formułowane są przez ubezpieczonych zarzuty co do rzekomej nieważności tego produktu i nawiązanych na jego podstawie stosunków prawnych, a w konsekwencji niewłaściwe zastosowanie go w sprawie niniejszej, w której pozwany nie mógł w czasie trwania stosunku ubezpieczeniowego z powodem przewidywać, że powód wystąpi z żądaniem zwrotu wpłaconych przez siebie składek z uwagi na rzekomą nieważność tego stosunku;

8. naruszenie art. 385¹ k.c. poprzez jego błędną interpretację i uznanie, że

postanowienia zawarte w Warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem (...) (...) nie zostały uzgodnione indywidualnie, podczas gdy w niniejszej sprawie umowa ubezpieczenia zawarta została w drodze negocjacji pomiędzy pozwanym a (...) Bank S.A.

9. naruszenie art. 385² k.c. w zw. z art. 65 § 2 k.c. poprzez jego błędną

interpretację i dokonanie indywidualnej kontroli wzorca umownego całkowicie z pominięciem reguły interpretacyjnej wyznaczonej przez przepisy prawa, w tym w szczególności bez dokonania oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny, przy całkowitym pominięciu przez sąd okresu, na jaki zostały zawarte wzajemne zobowiązania stron oraz okoliczności, że jej zerwanie było jednostronną czynnością powoda, niezwiązaną z żadnymi przyczynami leżącymi po stronie pozwanego;

10. naruszenie art. 18 ust. 2 u.d.u. 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 (...);

11. naruszenie art. 153 u.d.u. poprzez jego błędną wykładnię i uznanie, iż

postanowienia Warunków Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem (...) (...) stanowią postanowienia niedozwolone i tym samym uznanie, że pozwany jako zakład ubezpieczeń nie ma prawa pokrycie kosztów prowadzonej działalności ze środków wpłaconych przez powoda jako składka z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia oraz tym samym nie ma obowiązku prowadzenia działalności rentownej;

12. naruszenie § 2 ust. 1 pkt 19-21 oraz art. 16 rozporządzenia Ministra

(...)z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. nr 226 poz. 1825) poprzez pominięcie, że pozwany ma prawo pokrycia kosztów związanych z prowadzoną przez siebie działalnością, podczas gdy wspomniane wyżej rozporządzenie zarówno określa szczegółowo koszty ponoszone przez pozwanego i koszty, które pozwany ma rozliczyć z wpłaconych składek, jak określa czas ich amortyzacji i termin w jakim należy je rozliczyć.

Z uwagi na powyższe pozwany wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości oraz poprzez zasądzenie na rzecz pozwanego od powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych;
 2. zasądzenie na rzecz pozwanego od powoda kosztów procesu, w tym postępowania za dwie instancje według norm przepisanych.
- lub ewentualnie
3. uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie do ponownego rozpoznania Sądu I Instancji;
 4. zasądzenie na rzecz pozwanego od powoda kosztów procesu, w tym kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Powód wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie.

Za bezzasadny Sąd Apelacyjny uznaje zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c.

Przepis art. 328 § 2 k.p.c. określa elementy, jakim powinno odpowiadać uzasadnienie orzeczenia. Zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może okazać się skuteczny jedynie wówczas, gdy uzasadnienie jest wadliwe na tyle, że sąd odwoławczy nie jest w stanie odtworzyć procesu myślowego sądu pierwszej instancji prowadzącego ten sąd do wydania zaskarżonego orzeczenia.

Uzasadnienie zaskarżonego wyroku zawiera wszystkie elementy wskazane w art. 328 § 2 k.p.c., wskazana została podstawa faktyczna i prawna rozstrzygnięcia, zaś kwestionowanie prawidłowości ustaleń czy rozważań prawnych Sądu Okręgowego wymaga podniesienia innych zarzutów, niż naruszenie art. 328 § 2 k.p.c.

Za bezzasadny Sąd Apelacyjny uznał też zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c.

Przede wszystkim należy wskazać, że argumenty przedstawione przez pozwanego w treści apelacji w żaden sposób nie podważają prawidłowości oceny dowodów dokonanej przez Sąd Okręgowy.

Zasada swobodnej oceny dowodów wynikająca z art. 233 § 1 k.p.c. wyraża się w jej ocenie według własnego przekonania Sądu, opartego na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego. Jej istotną cechą jest bezstronność, brak arbitralności i dowolności, przestrzeganie zasad logicznego rozumowania i zasad doświadczenia życiowego w wyciąganiu wniosków.

Należy podkreślić, że Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał, że postawienie zarzutu obrazy art. 233 § 1 k.p.c. nie może polegać na zaprezentowaniu przez skarżącego stanu faktycznego przyjętego przez niego na podstawie własnej oceny dowodów; skarżący może tylko wykazywać, posługując się wyłącznie argumentami jurydycznymi, że sąd rażąco naruszył ustanowione w wymienionym przepisie zasady oceny wiarygodności i mocy dowodów i że naruszenie to miało wpływ na wynik sprawy (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2000 r., I CKN 1169/99, OSNC 2000/7-8 poz. 139 i z dnia 10 kwietnia 2000 r., V CKN 17/2000, OSNC 2000/10 poz. 189). Jeżeli zatem z materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dawały się wysnuć wnioski odmienne.

Formułując zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. skarżący nie odniósł się do oceny dowodów przeprowadzonych przez Sąd Okręgowy, a jedynie przedstawił własną ocenę postanowień zawartej przez strony umowy, co wymaga postawienia innych zarzutów niż naruszenie art. 233 § 1 k.p.c.

Sąd Apelacyjny uznał zatem, że ustalenia Sądu Okręgowego dotyczące zarówno okoliczności zawarcia umowy, jak i jej treści oraz sposobu jej wykonywania są prawidłowe, znajdują pełne oparcie w zgromadzonych przez sąd I instancji dowodach, wobec czego ustalenia te Sąd Apelacyjny uznaje za własne.

Za całkowicie chybiony Sąd Apelacyjny uznaje zarzut naruszenia art. 385¹ k.c. poprzez jego błędną interpretację i uznanie, że postanowienia zawarte w Warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem (...) (...) nie zostały uzgodnione indywidualnie, podczas gdy w niniejszej sprawie umowa ubezpieczenia zawarta została w drodze negocjacji pomiędzy pozwanym a (...) Bank S.A.

Przede wszystkim to, czy postanowienia zawarte w umowie będącej podstawą dochodzonych roszczeń zostały indywidualnie uzgodnione czy nie, należy do sfery ustaleń faktycznych, nie może zaś naruszenie prawa materialnego przez jego błędną wykładnię polegać na dokonaniu wadliwych ustaleń faktycznych.

Wadliwość dokonanych przez sąd I instancji ustaleń faktycznych może być wykazana tylko zarzutami procesowymi, zaś dopiero prawidłowe ustalenia faktyczne mogą być poddane ocenie co do prawidłowości zastosowanej przez sąd subsumpcji. Zarzut naruszenia prawa materialnego nie może być skutecznie uzasadniany próbą zwalczania ustaleń faktycznych, zaś błąd w ustaleniach faktycznych połączony z błędną kwalifikacją stanu faktycznego do określonej normy prawnej wymaga postawienia w apelacji zarówno zarzutów naruszenia prawa procesowego w celu wykazania błędu w ustaleniach faktycznych, jak i zarzutów naruszenia prawa materialnego przez wadliwą subsumpcję.

Sąd Apelacyjny w pełni podziela przy tym ustalenie Sądu Okręgowego, że postanowienia umowy zawartej przez strony nie były indywidualnie uzgadniane w rozumieniu art. 385¹ § 3 k.c. Niewątpliwie przedmiotem kontroli dokonywanej na podstawie tego przepisu są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu.

O indywidualnie uzgodnionym postanowieniu można zatem mówić wyłącznie wtedy, gdy w istocie dane postanowienie powstało poprzez wspólne uzgodnienie jego treści przez konsumenta i przedsiębiorcę, lub też zostało w zasadzie narzucone przedsiębiorcy przez konsumenta, nie ma znaczenia to, czy konsument mógł treść postanowienia negocjować. Należy też podkreślić rolę wynikającego z art. 385¹ § 3 zd. 2 k.c. domniemania, że niezgodnionymi indywidualnie są postanowienia umowy przejęte ze wzorca umowy. Zgodnie z art. 385¹ § 4 k.c. ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje, a więc w sprawie niniejszej na pozwanym. Pozwany nie przedstawił żadnych dowodów wskazujących na indywidualne uzgadnianie z powodem postanowień zawartej umowy, zaś wszystkie dowody przeprowadzone przez Sąd Okręgowy jednoznacznie wskazują, że takie uzgodnienia nie było. Przeczy temu sam sposób zawarcia umowy, a więc przystąpienie powoda do stosunku prawnego, którego treść ukształtowana została przez pozwanego i Bank, a więc przez przedsiębiorców, tworzących wzorzec umowy, zawierający postanowienia wiążące konsumenta, który może podjąć jedynie decyzję, czy zawiera umowę na określonych przez kontrahentów warunkach, czy też nie. Kwestia negocjacji między przedsiębiorcami nie ma zaś znaczenia dla oceny, czy postanowienie umowy zostało uzgodnione indywidualnie z konsumentem, będącym stroną tej umowy.

Należy też zauważyć, że zarzut odnoszący się do kwestii indywidualnego uzgodnienia postanowień umowy został omówiony w uzasadnieniu wyroku Sądu Apelacyjnego wydanego w tej sprawie w dniu 30 września 2016 r.

Sąd Apelacyjny wskazał wówczas, że podziela ustalenia Sądu Okręgowego, iż warunki umowy stanowiły wzorzec umowy zaproponowany konsumentowi przez kontrahenta, opracowany przed zawarciem umowy i wprowadzony do stosunku prawnego przez jedną ze stron w ten sposób, że druga strona (adherent) nie miała wpływu na ich treść.

Definicja postanowień umowy nie uzgodnionych indywidualnie zawarta jest art. 385¹ § 3 k.c., w myśl tego przepisu nie uzgodnione 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. Kryterium rzeczywistego (realnego) wpływu zostało zaczerpnięte z dyrektywy 93/13/EWG. Chodzi o wymuszenie zasad poszanowania współpracy kontraktowej i wyeliminowanie negatywnych konsekwencji jednostronnego narzucania treści umów konsumentom przez przedsiębiorców zwykle silniejszych tak ekonomicznie, jak i intelektualnie. Przez „rzeczywisty wpływ” należy rozumieć realną możliwość oddziaływania na treść postanowień umownych. Z tego też powodu okoliczność, że konsument znał treść danego postanowienia i rozumiał je, nie przesądza o tym, że zostało ono indywidualnie uzgodnione. Za uzgodnione indywidualnie trzeba bowiem uznawać tylko takie klauzule, na których treść istotnie mógł on w praktyce oddziaływać. Chodzi zatem o postanowienia rzeczywiście, a nie w sposób fingowany, negocjowane, bądź o klauzule włączone do umowy wskutek propozycji zgłoszonej przez konsumenta. Nie chodzi tutaj o klauzule, które zostały zmodyfikowane z inicjatywy konsumenta i zgodnie z jego życzeniem, lecz o klauzule na których ewentualną zmianę konsument miał realny wpływ i z możliwości tej zdawał sobie sprawę (System Prawa Prywatnego, Tom 5, pod red. E. Łętowskiej, 2013, wyd. 2, do art. 385¹ k.c.).

Przechodząc do oceny zarzutów dotyczących naruszenia prawa materialnego należy wskazać, że Sąd Okręgowy rozważał zasadność roszczenia powoda w oparciu o dwie podstawy prawne, tj. przepisy ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym oraz przepisy kodeksu cywilnego dotyczące ochrony konsumenta przed skutkami nieuzgodnionych indywidualnie z konsumentem abuzywnych postanowień umowy.

W ocenie Sądu Apelacyjnego dalej idącą ochronę indywidualnego interesu konsumenta dają przepisy kodeksu cywilnego dotyczące klauzul abuzywnych.

Niewątpliwie bowiem stosowanie przez przedsiębiorcę nieuczciwych praktyk rynkowych jest sprzeczne z prawem (art. 3 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym), wobec czego przedsiębiorca stosujący takie praktyki może ponosić odpowiedzialność odszkodowawczą deliktową w stosunku do konsumenta. Jednak przesłanką powstania tej odpowiedzialności jest szkoda konsumenta pozostająca w adekwatnym związku przyczynowym ze stosowaniem przez przedsiębiorcę określonej praktyki, a ciężar dowodu w tym zakresie, zgodnie z ogólną regułą wskazaną w art. 6 k.c. spoczywa na konsumentach.

Badanie abuzywności klauzul dokonywane jest z urzędu. W uzasadnieniu wyroku z dnia 19 kwietnia 2007 r. I CSK 27/07 Sąd Najwyższy wskazał, że sąd stosuje prawo materialne z urzędu, zatem jeśli stan faktyczny sprawy wyczerpie hipotezę norm kodeksu cywilnego dotyczących konsumenckich wzorców umownych sąd powinien te normy stosować z urzędu.

Także Trybunał Sprawiedliwości UE w wyroku z dnia 26 października 2006 r. C-168/05 wskazał, że z uwagi na rodzaj i wagę interesu publicznego stanowiącego podstawę ochrony udzielonej konsumentom w przepisach dyrektywy 93/13 zasadne jest, by sąd krajowy zobowiązany był do zbadania z urzędu, czy dane warunki umowne mają charakter nieuczciwy, i by dokonawszy takiego badania, zniwelował brak równowagi między konsumentem a przedsiębiorcą.

Biorąc pod uwagę fakt, że powód ramach niniejszego postępowania dochodzi zwrotu świadczenia spełnionego na podstawie zawartej przez strony umowy, w pierwszej kolejności należy ocenić, jaki skutek dla oceny zasadności tego roszczenia ma ocena postanowień zawartej umowy na podstawie przepisów kodeksu cywilnego.

Nie ulega w ocenie Sądu Apelacyjnego wątpliwości, że zawarta przez strony umowa w żadnym zakresie nie była uzgadniana indywidualnie, a w znacznej części postanowienia wiążące dla konsumenta są zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia i regulaminie (...), które stanowią wzorce umowne opracowane przez przedsiębiorcę. Bezsporne jest też, że powód zawarł umowę jako konsument w rozumieniu art. 22¹ k.c., nie ma bowiem żadnych

podstaw do uznania, że powód prowadzi działalność gospodarczą, ani też że zawarta umowa pozostaje w jakimkolwiek związku z ewentualnie prowadzoną przez niego działalnością.

Dla oceny skutków dokonywanych przez strony czynności prawnych istotne znaczenie ma także wskazanie na wzorzec przeciętnego konsumenta, który w orzecznictwie określa się jako konsumenta rozważnego, świadomego i krytycznego, który jest w stanie prawidłowo rozumieć kierowane do niego informacje, a jednocześnie nie jest zwolniony z obowiązku przejawiania jakiegokolwiek staranności przy dokonywaniu oceny treści umowy, którą zamierza zawrzeć (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 czerwca 2012 r. II CSK 515/11).

W sprawie niniejszej nie był przez powoda kwestionowany skutek związania go postanowieniami Warunków (...), Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu (...) (...) –(...) oraz Tabeli Opłat i Limitów do Umowy (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem (...) (...), a zatem że zostały spełnione przesłanki związania stron postanowieniami powyższych wzorców określone w art. 384 § 1 i 2 k.c.

W ocenie Sądu Apelacyjnego ocena abuzywności postanowień umowy i wzorców stanowiących jej integralną część powinna być poprzedzona wykładnią spornych postanowień dokonaną w oparciu o zasady wskazane przede wszystkim w art. 385 k.c.

W uzasadnieniu wyroku z dnia 16 września 2016 r. IV CSK 711/15 Sąd Najwyższy wskazał, że reguła transparentności treści wzorca nie jest spełniona, gdy dokumenty doręczone konsumentowi zawierają "uregulowania niejasne, wieloznaczne, mylące i obiektywnie niezrozumiałe dla przeciętnego adresata".

Przez pojęcie jednoznaczności należy rozumieć brak wątpliwości co do desygnatu pojęć i całokształtu postanowień wzorca. Podstawowe znaczenie ma użyty język, redakcja i obszerność dokumentu, a nawet jego układ graficzny. Także zastosowany język (powszechny, specjalistyczny, poprawność składni) może decydować nie tylko o czytelności, ale i zrozumiałości tekstu, a w efekcie ustalenia jego treści.

Należy też pamiętać, że wzorzec zrozumiały dla profesjonalisty może zostać uznany za niewystarczająco komunikatywny wobec konsumenta, oceny należy dokonywać według kryteriów obiektywnych, a wymagania co do transparentności wzorca adresowanego do konsumentów są wyższe niż skierowanego do profesjonalistów.

Zawarta przez strony umowa zawierała elementy umowy ubezpieczenia, należącej do umów szczególnego zaufania, w której działania kontrahentów powinny być lojalne.

Należy zatem dokonać oceny, czy postanowienia umowy zawartej przez strony, której treść kształtują także opracowane przez przedsiębiorcę wzorce są sformułowane jednoznacznie, a w wypadku braku takiej jednoznaczności ocenić, czy przy zastosowaniu reguł wykładni określonych w art. 65 k.c. i art. 385 k.c. możliwe jest odczytanie treści umowy jako pozwalającej przeciętnemu konsumentów na jasną ocenę przyszłych skutków wiążących się z jej zawarciem, w tym skutków negatywnych i ryzyka związanego z zawarciem umowy.

Należy też podkreślić, że w uzasadnieniu przywołanego wyżej wyroku Sąd Najwyższy wskazał, iż wzorzec uznany w całości za nietransparentny w ogóle nie kształtuje treści stosunku (art. 58 § 1 k.c.), a jeżeli wada ta dotyczy tylko części postanowień, skuteczność wzorca należy ocenić, stosując przepis art. 58 § 3 k.c. Powyższa ocena musi wyprzedzać dokonywanie kontroli abuzywności ogólnego wzorca umowy, bowiem może uczynić ją bezprzedmiotową.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego decydujące znaczenie dla wykładni pojęcia transparentności (jednoznaczności) postanowień nie uzgadnianych indywidualnie z konsumentem ma orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości UE dotyczące wykładni przepisów dyrektywy 93/13.

W wyroku z dnia 26 lutego 2015 r. C-143/13 Trybunał wskazał, że wymóg przejrzystości warunków umownych wprowadzony w art. 4 ust. 2 i w art. 5 dyrektywy 93/13 w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich nie może być zostać zawężony do ich zrozumiałości pod względem formalnym i gramatycznym, istotne jest bowiem to, czy poinformowany konsument może przewidzieć, w oparciu o jednoznaczne i zrozumiałe kryteria wskazane w

umowie, wpływające dla niego z faktu zawarcia tak skonstruowanej umowy konsekwencje ekonomiczne. Jako istotne okoliczności faktyczne dla tej oceny Trybunał wskazał na formy zachęty stosowane przez kredytodawcę w procesie negocjacji umowy i dostarczone na tym etapie informacje, z uwzględnieniem poziomu uwagi, jakiego można oczekiwać od właściwie poinformowanego oraz dostatecznie uważnego i rozsądnego przeciętnego konsumenta.

Analizując postanowienia zawartej przez strony umowy oraz treść wiążących strony warunków ogólnych i regulaminu należy uznać, że nie zostały one sformułowane w sposób jasny i zrozumiały dla przeciętnego konsumenta, a wykładnia postanowień dokonana przez Sąd Okręgowy prowadzi do wniosków sprzecznych z informacjami, jakie powód uzyskał przed zawarciem umowy.

Z dokonanych przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych wynika bowiem, że powód poszukiwał na rynku finansowym dogodnej dla siebie długookresowej, pozbawionej ryzyka straty, formy oszczędności kapitału.

Tymczasem kwota wypłacana powodowi do zakończeniu umowy uzależniona była od wartości Jednostek Uczestnictwa, znajdujących się na rachunku powoda w dacie zakończenia umowy, zaś skomplikowany sposób wyceny jednostek uczestnictwa określony w regulaminie odwołuje się do wartości rynkowej, jednak bez określenia kto i w jaki sposób tę wartość ma określić.

Uwzględniając fakt, że środki (...) lokowane są w całości w obligacjach emitowanych przez (...) S.A. należy uznać, że rzeczywista wartość jednostek uczestnictwa zależy od rynkowej wartości tych obligacji, które z kolei oparte są na wskazanym indeksie (...). Brak zaś jakichkolwiek wskazań, w oparciu o jakie wskaźniki określana jest wartość tego indeksu i kto o tej wartości decyduje.

Skomplikowany sposób wyceny jednostek uczestnictwa, brak jednoznacznego określenia jakie obiektywne wskaźniki mają wpływ na tę wycenę potwierdza w ocenie Sądu Apelacyjnego stanowisko Sądu Okręgowego, że postanowienia te nie są transparentne i w konsekwencji zawierając umowę powód nie mógł świadomie ocenić ryzyka związanego z zawarciem umowy.

Sąd Apelacyjny podziela też stanowisko Sądu Okręgowego w zakresie oceny abuzywności postanowień zawartej umowy.

W sprawie niniejszej bezsporny jest fakt, że spełniając swoje świadczenie zgodnie z postanowieniami umowy powód wpłacił na rzecz pozwanego łącznie kwotę 110 880 zł. Po złożeniu przez powoda rezygnacji ustalona na dzień 4 września 2013 r. wartość jego rachunku wynosiła 41 589,23 zł i od tej kwoty pozwany potrącił opłatę likwidacyjną w wysokości 31 191,92 zł, zwracając powodowi kwotę 10 397,31 zł.

Dla oceny zasadności żądań powoda zasadnicze znaczenie mają więc dwa elementy umowy: sposób wyliczenia wartości znajdujących się na rachunku powoda jednostek uczestnictwa oraz zasadność pobrania opłaty likwidacyjnej.

W uzasadnieniu wydanego w sprawie niniejszej wyroku z dnia 30 września 2016 r. VI ACa 1496/15 Sąd Apelacyjny jednoznacznie wypowiedział się co do uznania za abuzywne postanowień umowy w części dotyczącej opłaty likwidacyjnej i Sąd Apelacyjny w składzie niniejszym w pełni to stanowisko podziela.

Nie ulega wątpliwości, że opłata likwidacyjna stanowi opłatę związaną z przedterminowym rozwiązaniem umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem (...), zatem nie może być uznana za świadczenie główne.

Sąd Apelacyjny wskazał na kwestię rażącego wygórowania opłaty likwidacyjnej, której wysokość ustalona na 100% wartości wkładu przez pierwsze trzy lata obowiązywania umowy powodowała pozbawienie konsumenta zwrotu wpłaconych składek i to zupełnie niezależnie od wartości wpłaconych środków. Sąd Apelacyjny uznał, że została naruszona równowaga kontraktowa na niekorzyść konsumenta i okoliczność, że powód jest osobą posiadającą wyższe wykształcenie, pozostaje bez wpływu na dokonaną ocenę. Zasadności tej oceny nie podważa także zdaniem Sądu Apelacyjnego okoliczność, iż pozwany jako zakład ubezpieczeń zobowiązany jest pokrywać koszty działalności ze składek płaconych przez ubezpieczających. Niewątpliwie taki obowiązek wynika z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja

2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U nr 124, poz. 1151 ze zm.). Zważyć jednak należy, że w rozdziale 8 pkt 4 warunków ubezpieczenia (...) wskazano, że opłata likwidacyjna jest naliczana i pobierana w przypadku całkowitego wykupu, procentowo zgodnie z Tabelą opłat i limitów składek od wartości umorzonych jednostek uczestnictwa funduszu w rachunku. Pobranie następuje poprzez pomniejszenie kwoty wypłaconej ubezpieczonemu o wartość opłaty likwidacyjnej. W płaszczyźnie tej regulacji słuszną jest teza Sądu Okręgowego, która sprowadza kwestionowane postanowienie umowy do swoistej sankcji za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy, bez powiązania jej z realnie poniesionymi kosztami zakładu ubezpieczeń. Zastrzeżenie to ma wymiar uniwersalny, ponieważ jest całkowicie oderwane od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa funduszu. W konsekwencji w pełni zasadne było ustalenie, że postanowienie umowy narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych wydatków. Rażące naruszenie interesów konsumenta przejawiało się w uzyskaniu przez pozwanego kosztem powoda pewnych korzyści, zwłaszcza jeśli uwzględnić fakt zgromadzenia przez powoda na swoim rachunku aktywów o znacznej wartości.

Konsekwentnie jako pozbawione zasadności uznano zarzuty apelującego dotyczące naruszenia norm art. 18 ust. 2 i 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Kwestia finansowania kosztów działalności pozwanego nie ma znaczenia priorytetowego dla oceny abuzywności kwestionowanego postanowienia umowy w sytuacji, gdy wysokość opłaty likwidacyjnej była niezależna od wielkości środków wpłaconych przez powoda, wartości jednostek uczestnictwa i rzeczywistych kosztów poniesionych przez zakład ubezpieczeń.

Dla oceny zasadności roszczeń powoda konieczna jest jednak ocena postanowień umowy odnoszących się do sposobu wyceny jednostek uczestnictwa w dacie jej zakończenia, jako mających wpływ na wysokość kwoty zwracanej ubezpieczonemu po zakończeniu umowy.

Zgodnie z art. 385¹ k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione 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.

Dokonując oceny, czy kwota zwracana ubezpieczonemu na wypadek rezygnacji z umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta stanowi świadczenie główne stron należy podzielić pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 29 czerwca 2007r. (III CZP 62/07, Legalis), że cel przepisu art. 385¹ k.c. nie pozwala na ograniczenie ochrony partnera umowy w wyniku szerokiej interpretacji formuły "postanowień określających główne świadczenia stron". W piśmiennictwie formułowany jest ogólny postulat, by pojęcie postanowień określających główne świadczenia stron rozumieć wąsko, jako obejmujące jedynie klauzule wprost odnoszące się do obowiązku głównego realizowanego w ramach umowy, przez określenie jego zakresu, a wszelkie wątpliwości należy rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną.

W wyroku z dnia 26 lutego 2015 r. C-143/13 Trybunał Sprawiedliwości UE wskazał, że za warunki umowne, które objęte są zakresem pojęcia „określenia głównego przedmiotu umowy” w rozumieniu art. 4 ust. 2 dyrektywy 93/13, należy uważać te, które określają podstawowe świadczenia w ramach danej umowy i które z tego względu charakteryzują tę umowę. Natomiast warunki, które wykazują charakter posiłkowy względem warunków definiujących samą istotę stosunku umownego, nie mogą być objęte pojęciem „określenia głównego przedmiotu umowy”.

Oceniając charakter umowy zawartej przez strony, określonej jako umowa ubezpieczenia na życie i dożycie należy zauważyć, że postanowienia umowy – wbrew nazwie – marginalnie traktują kwestie związane z ubezpieczeniem, koncentrując się w istocie na jej charakterze inwestycyjnym. Tym samym w ocenie Sądu Apelacyjnego świadczeniem głównym pozwanego nie było udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, ale wypłata na rzecz kontrahenta, określanego jako ubezpieczony, kwoty odpowiadającej wartości rachunku pomniejszonej o opłatę likwidacyjną oraz stosowny

podatek dochodowy od osób fizycznych, w wypadku osiągnięcia dochodu w wyniku inwestycji (warunki ubezpieczenia rozdział 14 ust. 6).

Nie oznacza to jednak, że postanowienia określające zasady wyliczenia wysokości kwoty stanowiącej świadczenie główne nie mogą podlegać ocenie pod kątem abuzywności, wyłączenie możliwości tej oceny wiąże się bowiem z jednoznacznością sformułowania tych postanowień.

Artykuł 4 ust. 2 dyrektywy 93/13, której implementację stanowią przepisy art. 385¹ k.c. został sformułowany następująco: „Ocena nieuczciwego charakteru warunków nie dotyczy ani określenia głównego przedmiotu umowy, ani relacji ceny i wynagrodzenia do dostarczonych w zamian towarów lub usług, o ile warunki te zostały wyrażone prostym i zrozumiałym językiem.”

Sąd Apelacyjny uznaje, że warunek jednoznaczności sformułowania postanowień określających zasady ustalania wartości wypłacanych ubezpieczonemu kwot nie został w sprawie niniejszej spełniony, o czym była mowa wyżej, co uzasadnia poddanie tych postanowień ocenie z punktu widzenia przesłanek określonych art. 385¹ § 1 k.c.

Należy tylko podkreślić, że wymóg przejrzystości postanowień powinien być rozumiany jako nakaz takiego ich sformułowania, aby konsument miał możliwość przewidzenia, na podstawie jasnych i zrozumiałych kryteriów,

skutków postanowienia, w tym zmian, jakie może wprowadzić przedsiębiorca lub ich konsekwencji ekonomicznych (por. wyroki Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 30 kwietnia 2014 r., C-26/13, pkt 73, z dnia 26 lutego 2015 r., C-143/13, pkt 74, oraz z dnia 23 kwietnia 2015 r., C-96/14, pkt 41).

Do kryteriów abuzywności ustawodawca zaliczył sprzeczność z dobrymi obyczajami oraz rażące naruszenie interesów konsumenta (art. 385¹ § 1 k.c.). Zgodnie zaś z art. 385² k.c. 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.

W uchwale z dnia 20 czerwca 2018 r. III CZP 29/17 (OSNC 2019/1/2) Sąd Najwyższy w składzie 7 sędziów wskazał, że oceny, czy postanowienie umowne jest niedozwolone (art. 385¹ § 1 k.c.), dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy.

Sąd Najwyższy wskazał, że w ramach oceny abuzywności postanowienia decydujące znaczenie ma nie to, w jaki sposób przedsiębiorca stosuje postanowienie i dla kogo jest to korzystne, lecz to, w jaki sposób postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta. Z przepisu wynika, że przedmiotem oceny jest samo postanowienie, a więc wyrażona w określonej formie (przeważnie słownej) treść normatywna, tzn. norma lub jej element określający prawa lub obowiązki stron (por. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 20 listopada 2015 r., III CZP 17/15), a jej punktem odniesienia - sposób oddziaływania postanowienia na prawa i obowiązki konsumenta. Dokonując wykładni art. 385² k.c. Sąd Najwyższy wskazał, że określone w tym przepisie czynniki wykraczające poza samą treść postanowienia, w tym okoliczności zawarcia umowy, mogą być uwzględniane tylko zaistniałe do chwili zawarcia umowy. Tylko w takim zakresie należy też uwzględniać czynniki wprost niewymienione w przepisie, takie jak np. stan prawny oraz inne zdarzenia i stany (np. pozycję rynkową przedsiębiorcy), posiadaną lub dostępną wiedzę o ryzyku, prognozy dotyczące przyszłego rozwoju zdarzeń itp.

Te okoliczności uwzględnił Sąd Okręgowy dokonując oceny abuzywności postanowień określających zasady wyceny wartości rachunku ubezpieczonego w dacie zakończenia umowy. Dla oceny abuzywności tych postanowień nie mają znaczenia okoliczności związane z przyczynami rezygnacji z umowy przez powoda.

Za bezzasadny należy też uznać zarzut skarżącego sformułowany jako naruszenie art. 385² k.c. w zw. z art. 65 k.c., gdyż przepisy te nie pozostają ze sobą w związku.

Pojęcie dobrych obyczajów jest nową w Kodeksie cywilnym klauzulą generalną. Odesłanie do dobrych obyczajów – tak jak w wypadku każdej klauzuli generalnej – oznacza odwołanie się do oceny sędziego i jego poczucia aksjologicznego. Klauzula dobrych obyczajów nawiązuje do wyobrażeń o uczciwych, rzetelnych działaniach stron, a także do zaufania, lojalności, jak również – w stosunkach z konsumentami – do fachowości. Zatem sprzeczne z dobrymi obyczajami są takie działania, które zmierzają do dezinformacji lub wywołania błędnego mniemania konsumenta (czy szerzej klienta), wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności, ukształtowania stosunku zobowiązaniowego niezgodnie z zasadą równorzędności stron, nierównomiernego rozłożenia praw i obowiązków między partnerami kontraktowymi. Polska klauzula dobrych obyczajów powinna być interpretowana przez pryzmat jej pierwotnego zawartego w dyrektywie 93/13/EWG. Zatem odpowiednikiem klauzuli dobrych obyczajów jest zasada wzajemnego zaufania i zasada ochrony usprawiedliwionych oczekiwań konsumenta (art. 3 ust. 1 dyrektywy 93/13/EWG), z których wynika obowiązek sprawiedliwego, tj. uwzględniającego interesy obu stron umowy, ukształtowania stosunku prawnego. Sprzeczne z dobrymi obyczajami będzie więc takie rozłożenie praw i obowiązków umownych, które godzi w równowagę pozycji prawnej stron stosunku obligacyjnego. Drugim kryterium oceny klauzul umownych lub „wzorcowych” pod kątem ich abuzywności jest kryterium rażącego naruszenia interesów konsumenta. Przez „interesy konsumenta” powinno się rozumieć nie tylko interesy ekonomiczne, lecz również dyskomfort konsumenta, spowodowany takimi okolicznościami, jak strata czasu, naruszenie prywatności, doznanie zawodu, niedogodności organizacyjne, wprowadzenie w błąd, mitręga, nierzetelność traktowania. Rażące naruszenie interesów konsumenta zachodzi w razie istotnej i nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na jego niekorzyść.

Stosownie do jednego z ujęć - mającego oparcie w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej - postanowienie umowne jest sprzeczne z dobrymi obyczajami, jeżeli kontrahent konsumenta, traktujący go w sposób sprawiedliwy, słuszny i uwzględniający jego prawnie uzasadnione roszczenia, nie mógłby racjonalnie spodziewać się, iż konsument ten przyjąłby takie postanowienie w drodze negocjacji indywidualnych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 stycznia 2016 r., I CSK 125/15, OSNC-ZD 2017, nr A, poz. 9, wyroki Trybunału Sprawiedliwości UE z dnia 14 marca 2013 r. C-415/11 i z dnia 26 stycznia 2017 r., C-421/14). Wynika to z założenia, że przedsiębiorca, który z przyczyn faktycznych lub prawnych może jednostronnie określić treść klauzuli wiążącej konsumenta, powinien zachować się lojalnie i uwzględnić jego uzasadnione interesy, kompensując w ten sposób brak rzeczywistego wpływu konsumenta na jej treść; jeżeli tego nie czyni, działa nielojalnie, a więc sprzecznie z dobrymi obyczajami. W celu ustalenia, czy klauzula znacząco narusza interesy konsumenta, trzeba natomiast w szczególności wziąć pod uwagę, czy pogarsza ona położenie prawne konsumenta w stosunku do tego, które - w braku umownej regulacji - wynikałoby z przepisów prawa, w tym dyspozytywnych (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2007 r., III SK 21/06, OSNP 2008, nr 11-12, poz. 181, z dnia 11 października 2007 r., III SK 19/07, (...) 2008, nr 8, s. 60, z dnia 29 sierpnia 2013 r., I CSK 660/12, z dnia 30 września 2015 r., I CSK 800/14, oraz z dnia 27 listopada 2015 r., I CSK 945/14).

Sąd Okręgowy, wskazując na abuzywność postanowień zwartych w ogólnych warunkach umowy oraz w regulaminie trafnie odniósł się do braku określenia w sposób jednoznaczny stosowanego przez pozwanego mechanizmu wyceny wartości jednostek uczestnictwa, w szczególności z uwagi na brak odwołania się do obiektywnych i przejrzystych kryteriów tej wyceny.

Sposób wyceny został określony w sposób niezrozumiały i nie poddający się weryfikacji przez przeciętnego konsumenta, który nie jest w stanie, w oparciu o podane w umowie parametry w dacie zawarcia umowy określić ryzyka związanego z jej zawarciem. W istocie, jak trafnie wskazał Sąd Okręgowy, pozwany uzyskał w zasadzie dowolność w wycenie jednostek uczestnictwa.

Przeciętny konsument, zapoznając się z warunkami umowy, wobec zawilości jej zapisów nie mógł zrozumieć stosowanego w umowie mechanizmu, stojącego w sprzeczności z podkreślaną cechą produktu, jaką miała być ochrona zainwestowanego kapitału. Nie sposób uznać, aby konsument, któremu w sposób jasny i jednoznaczny przedstawiony by został mechanizm wyceny wartości jednostek uczestnictwa, przerzucający całe ryzyko ekonomiczne zmian wartości rynkowych, przy braku obiektywnych kryteriów ich wyceny, na konsumenta, godziłby się na zawarcie umowy tej treści.

Sąd Apelacyjny nie znalazł też podstaw do uwzględnienia zarzutów skarżącego odnoszących się do prawa pokrycia ze składki płaconej przez powoda kosztów wykonywania umowy ubezpieczenia.

Niewątpliwie pozwany co do zasady miał prawo zakładać, że ubezpieczający będzie wywiązywał się z umowy przez cały czas jej trwania, a w przypadku jej wcześniejszego rozwiązania może żądać od niego poniesionych w związku z zawarciem tej konkretnej umowy kosztów, lecz musi być to rzeczywisty koszt jaki ponosi ubezpieczyciel w związku z inwestowaniem środków powoda, a nie ogólny koszt prowadzenia jego działalności inwestycyjnej lub ponoszonych kosztów. Ten rzeczywisty koszt zawarcia i obsługi umowy musi mieć odzwierciedlenie w zapisach OWU, które powinny uzależniać wysokość opłaty za wcześniejszą likwidację polisy i zaprzestanie inwestowania środków na niej zgromadzonych za pośrednictwem ubezpieczyciela od rzeczywiście poniesionej przez ubezpieczyciela straty z tym związanej.

Zgodnie art. 13 ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem (...), o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu (...). W umowie zawartej przez strony ubezpieczyciel nie wskazał na zasadę ustalania wysokości tych kosztów.

Zatem tak sformułowane postanowienia umowne naruszają dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejęcie przez ubezpieczyciela całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków, co rażąco narusza także interesy konsumenta, obciążając go w istocie kosztami działalności gospodarczej przedsiębiorcy.

Istotne jest także określenie konsekwencji uznania za abuzywne postanowień umowy odnoszących się do zasad wyceny wartości rachunku ubezpieczonego w dniu zakończenia umowy, a więc określających wysokość świadczenia głównego pozwanego.

W ramach interpretacji art. 385¹ § 1 k.c. należy uwzględnić przyjmowaną w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej wykładnię art. 6 ust. 1 Dyrektywy Rady 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz. U. UE. L. z 1993 r. Nr 95, str. 29 z późn. zm.), który nakłada na Państwa Członkowskie obowiązek zapewnienia, że "nieuczciwe warunki w umowach zawieranych przez sprzedawców lub dostawców z konsumentami nie będą wiążące dla konsumenta, a umowa w pozostałej części będzie nadal obowiązywała strony, jeżeli jest to możliwe po wyłączeniu z niej nieuczciwych warunków". Z orzecznictwa tego wynika przede wszystkim, że z uwagi na rodzaj i wagę interesu publicznego stanowiącego podstawę ochrony udzielonej konsumentom w przepisach dyrektywy sąd krajowy ma obowiązek - od chwili gdy dysponuje niezbędnymi informacjami na temat okoliczności prawnych i faktycznych - zbadania z urzędu, czy klauzula ma charakter abuzywny i wyciągnięcia z tego konsekwencji.

Jeśli zatem określone postanowienie umowne uznane zostało za niedozwolone, jako modyfikacja przez sąd jest niedopuszczalna. Nie znajduje bowiem żadnej podstawy prawnej zastąpienie bezskutecznej klauzuli innym postanowieniem umownym, albo ukształtowanie wysokości świadczenia objętego klauzulą abuzywną do takiej wysokości, przy której można by ją uznać za dozwoloną, a przez to wiążącą strony.

Postanowienie uznane za abuzywne nie jest wiążące od momentu zawarcia umowy.

W wyroku z dnia 21 grudnia 2016 r. C-154/15 Trybunał Sprawiedliwości UE wskazał, że pełna skuteczność ochrony przewidzianej przez dyrektywę 93/13 wymaga, aby sąd krajowy, który z urzędu stwierdza nieuczciwy charakter warunku umownego, mógł wyciągnąć wszystkie konsekwencje z tego stwierdzenia, bez oczekiwania na to, aby konsument poinformowany o swoich prawach złożył oświadczenie, domagając się stwierdzenia nieważności rzeczonego warunku, zaś warunek umowny uznany za nieuczciwy należy co do zasady uznać za nigdy nieistniejący, tak by nie wywoływał on skutków wobec konsumenta. W związku z tym sądowe stwierdzenie nieuczciwego charakteru

takiego warunku powinno mieć co do zasady skutek w postaci przywrócenia sytuacji prawnej i faktycznej konsumenta, w jakiej znajdowałby się on w braku rzeczzonego warunku.

Skoro za abuzywne zostały uznane postanowienia określające świadczenie główne pozwanego, a brak jest przepisów o charakterze dyspozytywnym mogących zastąpić postanowienia, którymi strony od dnia zawarcia umowy nie są związane, nie jest możliwe utrzymanie umowy w mocy w pozostałym zakresie.

Konsekwencją braku postanowień określających świadczenie główne jednej ze stron jest zatem nieważność umowy z mocy art. 58 § 1 k.c. w całości.

Świadczenia stron spełnione na podstawie umowy nieważnej podlegają zwrotowi jako świadczenie nienależne (art. 410 § 2 k.c.), co uzasadnia uwzględnienie w całości żądania powoda.

Za bezzasadny Sąd Apelacyjny uznał podniesiony w apelacji zarzut naruszenia art. 409 k.c.

Przepisy dotyczące klauzul niedozwolonych służyć mają ochronie konsumenta, czyli słabszej stronie w umowie z przedsiębiorcą.

W myśl bowiem dominującego stanowiska - pozostającego w zgodzie z prawem unijnym - brak związania konsumenta niedozwolonym postanowieniem oznacza, że nie wywołuje ono skutków prawnych od samego początku i z mocy samego prawa, co sąd ma obowiązek wziąć pod uwagę z urzędu (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2007 r., III CZP 62/07, OSNC 2008, nr 7-8, poz. 87 oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 30 maja 2014 r., III CSK 204/13, (...)2015, nr 1, s. 22, z dnia 1 marca 2017 r., IV CSK 285/16, oraz z dnia 14 lipca 2017 r., II CSK 803/16, OSNC 2018, nr 7 -8, poz. 79), chyba że konsument następnie udzieli "świadomej, wyraźnej i wolnej zgody" na to postanowienie i w ten sposób jednostronnie przywróci mu skuteczność. W konsekwencji, orzeczenie sądu stwierdzające abuzywność postanowienia i brak związania konsumenta może mieć - jak zgodnie się przyjmuje - charakter wyłącznie deklaratoryjny. Zastosowanie takiej sankcji zakłada, że już od chwili zawarcia umowy jest jasne, czy określone postanowienie jest dozwolone i ocena ta nie jest zmienna w czasie.

Mając powyższe na względzie i uznając podniesione w apelacji zarzuty za bezzasadne, na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Apelacyjny orzekł jak w sentencji.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c.