

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 czerwca 2021 r.

Sąd Rejonowy w Gdyni I1 Wydział Cywilny Sekcja d/s rozpoznawanych w postępowaniu uproszczonym
w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Małgorzata Nowicka - Midziak

po rozpoznaniu w dniu 29 czerwca 2021 r. w Gdyni na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa M. M.

przeciwko A. Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1905,82 zł. (jeden tysiąc dziewięćset pięć złotych osiemdziesiąt dwa grosze) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 11 kwietnia 2020r do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;
2. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1117 zł. (jeden tysiąc sto siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

UZASADNIENIE

Powódka M. M. wniosła pozew przeciwko A. Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą w W., domagając się od pozwanego zapłaty kwoty 1.905,82 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 07 kwietnia 2017 roku do dnia zapłaty oraz zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu powódka wskazała, że zawarła z pozwanym umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Przedmiotowa umowa ma charakter umowy mieszanej łączącej elementy ochrony ubezpieczeniowej oraz czynnika inwestycyjnego. Łącznie w czasie trwania umowy powódka wpłaciła kwotę 3.493,50 zł. Po jej rozwiązaniu w dniu 07 listopada 2013 roku wartość jej rachunku wynosiła 1.033,53 zł i taka właśnie kwota została wypłacona powódce. W trakcie obowiązywania umowy pozwany pobrał z rachunku powódki 1.905,82 zł tytułem opłaty alokacyjnej. Takiej kwoty pozwana dochodziła pozwem wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie, mając na uwadze pobranie tej kwoty na podstawie abuzywnych zapisów Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, tj. § 11 ust. 2 OWU (...) wraz z punktem „opłaty alokacyjne” zawartym w Wykazie Opłat. Roszczenie wynika z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy. Roszczenie powódki realizuje się zgodnie z § 16 ust. 7 OWU (...) Uniwersalnego (...) w terminie 30 dni od otrzymania wniosku, a więc bieg 10-letniego terminu przedawnienia roszczenia powódki rozpoczął się najpóźniej w dniu rozwiązania umowy, tj. 07 listopada 2013 roku.

(pozew – k. 3-9)

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie zwrotu kosztów procesu.

Pozwany wskazał, że wypłacił powódce pełną wartość rachunku, tj. 1.033,53 zł, nie pobierając żadnej opłaty likwidacyjnej ani nie wprowadzając ograniczenia wartości wykupu. Powódka żądała zwrotu opłat pobieranych okresowo przez cały okres umowy, a nie wypłaty wartości wykupu. Pozwany nie pobrał znacznych opłat przy rezygnacji z umowy, a jedynie niewielkie okresowe opłaty pokrywające jego rzeczywiste bieżące koszty – w tym koszty znacznego ryzyka ubezpieczeniowego. W zamian za te opłaty powódka objęta była ochroną ubezpieczeniową już od daty wpłaty pierwszej składki stanowiącej zaledwie promil tej kwoty.

Sporne postanowienia nie mogą stanowić przedmiotu kontroli bowiem obejmują świadczenia główne – wynagrodzenie pozwanego, a taki charakter ma właśnie opłata alokacyjna oraz koszt ochrony ubezpieczeniowej.

Pozwany podniósł zarzut przedawnienia roszczenia w części dotyczącej opłat pobranych przed 07 kwietnia 2017 roku, albowiem roszczenie z umowy ubezpieczenia objęte jest 3-letnim terminem przedawnienia.

(odpowiedź na pozew – k. 77-84)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Na podstawie przygotowanych przez agentkę ubezpieczeniową A. R. wniosków z dnia 20 lipca 2010 roku, powódka M. M. jako ubezpieczający i konsument w dniu 22 lipca 2020 roku zawarła z pozwanym A. Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą w W. umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi – Ubezpieczenie Uniwersalne – (...), potwierdzone polisą nr (...), przy czym główna suma ubezpieczenia została ustalona na 100.000,00 zł, składka miesięczna z tego tytułu miała wynosić 90,58 zł, z kolei sumę ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz śmierci ustalono na 10.000,00 zł ze składką z tego tytułu w wysokości 15,85 zł; a także dodatkową umowę ubezpieczenia – Pakiet medyczny „Bądź zdrow” ze składką miesięczną w wysokości 52,00 zł.

Ubezpieczonym miała być powódka, a uposażonym P. M..

Zgodnie z § 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego, a ochrona ubezpieczeniowa polegała na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego, która nastąpiłaby w czasie ochrony ubezpieczeniowej (ust. 1 i 2). Umowa zawarta została na czas nieokreślony (§ 3). Ubezpieczająca zobowiązała się do regularnego uiszczania składki ubezpieczeniowej (§ 6). Składka regularna składała się ze składki: regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, regularnej przeznaczonej na rachunku dedykowanym w liczbie wskazanej przez ubezpieczającego – do alokowania składek regularnych i składek dodatkowych przeznaczonych na te rachunki (§ 6 pkt 2 w zw. z § 9 ust. 1 pkt 3). W § 11 określono wysokość opłat i innych potrąceń z rachunku jednostek i tak, w pierwszym dniu każdego miesiąca ubezpieczenia Towarzystwo miało potrącać z rachunku podstawowego opłatę administracyjną, której wysokość określona była w Wykazie Opłat, stanowiącym załącznik do OWU (ust. 1); w piątym dniu po zaalokowaniu składki na dany rachunek jednostek, Towarzystwo miało potrącać z tego rachunku opłatę alokacyjną, której wysokość była określona w Wykazie Opłat, stanowiącym załącznik do OWU (ust. 2). Wedle § 26 poza przypadkami wskazanymi w OWU lub wynikającymi z przepisów prawa, główna umowa ubezpieczenia rozwiązuje się m. in. z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia bezpośrednio następującego po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy. Natomiast jeżeli główna umowa ubezpieczenia została rozwiązana po trzeciej rocznicy ubezpieczenia i wszystkie składki regularne należne za pierwsze trzy lata ubezpieczenia zostały opłacone, wartość wykupu jest równa wartości wszystkich rachunków jednostek po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia (§ 27). OWU nie zawierały definicji „opłaty alokacyjnej”, a jedynie definicję „alokacji składki”, za którą uznano przeliczanie na jednostki funduszy określonej w głównej umowie ubezpieczenia części wpłaconej składki ubezpieczeniowej (§ 1 pkt 1). Zgodnie z wykazem opłat, stanowiącym załącznik do OWU, opłata alokacyjna uzależniona była od wieku ubezpieczającego – im starszy tym niższa opłata. W przypadku powódki, która w dniu zawarcia umowy ukończyła 29. rok życia, w I. i II. roku obowiązywania umowy wynosiła 80 %

składki regularnej z tytułu umowy głównej ubezpieczenia, z kolei w III., IV. i V. roku ubezpieczenia miała wynosić 10 %, a od VI. roku 4 %. Dnia 08 sierpnia 2010 roku ubezpieczająca odebrała pakiet ubezpieczeniowy, tj. m.in. umowę ubezpieczenia, OWU umów ubezpieczenia oraz wykaz opłat.

(fakty bezsporne ustalone w oparciu o: wniosek z dnia 20.07.2010r. – k. 11–14v., wniosek z dnia 20.07.2010r. – k. 15v.-17v., polisa nr (...) – k. 19-19v., 87, wykaz opłat – k. 21, OWU – k. 30-59v., potwierdzenie odbioru pakietu ubezpieczeniowe – k. 88)

Przed zawarciem umowy powódka nie zawierała podobnych umów. Jej celem było objęcie jej ubezpieczeniem zdrowotnym, gdyż pracując jako telemarketerka i była zatrudniona na podstawie umowy o dzieło. Agentka ubezpieczeniowa zachwalała proponowany produkt, przekonując, że dodatkowo powódka zapewni sobie środki finansowe na emeryturę. Z tytułu zawarcia umowy agentka ubezpieczeniowa otrzymała prowizję w wysokości 1.378,16 zł, która z uwagi na rozwiązanie umowy w 4. roku jej obowiązywania nie została zwrócona ubezpieczycielowi.

(dowód: zeznania świadka A. R. – k. 166-167, płyta – k. 170, zeznania powódki – k. 168-169, płyta – k. 170, pismo pozwanego z dnia 02.03.2021r. – k. 176-176v.)

Przed upływem trzech lat od zawarcia umowy powódka podjęła decyzję o rezygnacji z zawartej umowy ubezpieczenia, gdyż znajoma agentka ubezpieczeniowa, którą poznała w nowej pracy przekonała ją o nieopłacalności umowy. W obawie o ustalenie niższej wartości wykupu w razie rozwiązania umowy przed upływem trzech lat od jej zawarcia, co wynikało z informacji uzyskanej od agentki ubezpieczeniowej A. R., powódka dopiero po upływie tego okresu, tj. pismem z dnia 24 października 2013 roku złożyła oświadczenie o rezygnacji z umowy ubezpieczenia – (...) Uniwersalnego – (...) o numerze (...), zwracając się o przelanie zgromadzonego kapitału na wskazany przez nią rachunek bankowy.

(dowód: pismo z dnia 24.10.2013r. – k. 23, zeznania świadka A. R. – k. 166-167, płyta – k. 170)

Łącznie w czasie trwania umowy powódka w związku z zawartą umową wpłaciła na rzecz pozwanego kwotę 3.493,50 zł, przy czym na wartość rachunku pozwany przeznaczył kwotę 1.033,53 zł, którą zwrócił powódce. Łączna wysokość pobranej opłaty alokacyjnej w czasie obowiązywania umowy wyniosła 1.905,82 zł i nie została zwrócona powódce.

(fakty bezsporne ustalone w oparciu o: zestawienie wpłat – k. 24-25v., wykaz operacji – k. 26-29)

Pismem z dnia 09 grudnia 2019 roku powódka wezwała pozwanego do zapłaty kwoty 1.800,00 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od upływu 7 dni od otrzymania pisma z tytułu nienależnie pobranych świadczeń i opłat, w tym z tytułu kosztów wykupu polisy (tzw. opłaty likwidacyjnej, itp.), a nie wypłaconych powódce w chwili rozwiązania umowy ubezpieczenia. Kolejny raz powódka wezwała pozwanego do zapłaty pismem z dnia 02 marca 2020 roku, domagając się zapłaty kwoty 2.459,97 zł wraz z odsetkami – w terminie 3 dni, jako kwoty pobranej bez podstawy prawnej z rachunku polisy powódki. Pozwany nie spełnił żądania nawet częściowo.

(fakty bezsporne ustalone w oparciu o: pismo z dnia 09.12.2019r. – k. 62-62v., pismo z dnia 02.03.2020r. – k. 65-65v., pismo z dnia 25.03.2020r. – k. 66-67)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w całości na podstawie dowodów z dokumentów złożonych przez strony, przesłuchania świadka oraz powódki.

Oceniając zebrany w niniejszej sprawie materiał dowodowy Sąd uznał, iż wszystkie dokumenty, z których Sąd przeprowadził dowód są wiarygodne, albowiem żadna ze stron nie kwestionowała autentyczności tych dokumentów, ani też nie zaprzeczyła, iż osoby podpisane pod tymi pismami nie złożyły oświadczeń w nich zawartych.

Sąd dał także wiarę zeznaniom powódki M. M. co do sposobu dojścia do skutku umowy, w tym zakresu negocjacji, aktualnej wiedzy w zakresie funkcjonowania przedmiotowego produktu, a także rezygnacji z umowy. W ocenie Sądu jej zeznania były szczerze, spójne, nie budziły żadnych wątpliwości w świetle zasad logicznego rozumowania i zasad doświadczenia życiowego. Z kolei zeznania świadka agentki ubezpieczeniowej A. R. zarysowały jedynie ogólny obraz zawieranych umów ubezpieczenia podobnego rodzaju. Nie pamiętała ona szczegółów zawarcia umowy z powódką, w szczególności przebiegu rozmowy i tego, jak dokładnie wyjaśniała kwestie związane z pobieraniem opłaty alokacyjnej, a także czy informowała powódkę o wysokości zwrotu wpłaconych środków w razie rezygnacji z umowy w zależności od czasu jej trwania. Z doświadczenia życiowego wynika, że z racji otrzymywanej prowizji, zależało jej na zawarciu przez powódkę umowy ubezpieczenia.

Przechodząc do szczegółowych rozważań, wskazać należy, iż w niniejszej sprawie powódka domagała się zwrotu części składek regularnych alokowanych na jej rachunku w ramach zawartej umowy ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, która została potrącona przez pozwanego w trakcie trwania umowy w łącznej wysokości 1.905,82 zł, a przez to nie została uwzględniona w wartości wykupu.

Okoliczności faktyczne związane z kształtowaniem się stosunku umownego pomiędzy powódką a pozwanym w rozpoznawanej sprawie były de facto bezsporne. Nie budziły także wątpliwości okoliczności związane z rozwiązaniem przedmiotowej umowy.

Bezsporny pozostawał także status stron na gruncie łączącego je stosunku prawnego umowy ubezpieczenia na życie – powódka działała jako konsument (art. 221 k.c.), natomiast pozwany jako przedsiębiorca (art. 431 k.c.).

W pierwszej kolejności Sąd zważył, że umowa stron nie była typową umową ubezpieczenia na życie, której podstawowe elementy są określone w art. 805 § 2 pkt 2 k.c. i 829 k.c. Strony łączyła umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Przez lata nie budziło wątpliwości, że funkcją umowy ubezpieczenia jest kompensowanie szkód, które powstały po zajściu wypadku ubezpieczeniowego (w ubezpieczeniach majątkowych) lub też udzielanie wsparcia finansowego określonym osobom (ubezpieczonym lub uposażonym), gdy z powodu zajścia wypadku ubezpieczeniowego w życiu osoby ubezpieczonej stało się ono potrzebne (w ubezpieczeniach osobowych). Jest to funkcja ochronna – typowa i powszechnie akceptowana w odniesieniu do wszystkich rodzajów ubezpieczeń. W ostatnich latach coraz częściej mówi się również o innej funkcji, którą spełniać mogą umowy ubezpieczenia. Chodzi o funkcję inwestycyjną charakterystyczną dla umów ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Sąd Najwyższy zdefiniował umowę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jako „umowę »ubezpieczenia«, w której strony uzgadniają, iż część »składek ubezpieczeniowych« jest »alokowana« w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, czyli tworzonego z tych składek wydzielonego funduszu aktywów, inwestowanego zgodnie z umową i zarządzanego przez ubezpieczyciela (ewentualnie) na koszt i ryzyko »ubezpieczającego«, i której koniecznym elementem – obok świadczeń »ubezpieczeniowych« zakładu ubezpieczeń – jest możliwość wykupu »ubezpieczenia«” (Uchwała SN z 10.8.2018 r., III CZP 13/18, OSNC 2019, Nr 5, poz. 57.). (...) funkcja umów ubezpieczenia budzi wiele wątpliwości, w szczególności wówczas, gdy dominuje ona nad funkcją ochronną lub też zgoła całkowicie ją wypiera. Formułowane bywają opinie, że umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie są w istocie umowami ubezpieczenia i stanowią kategorię umów nienazwanych, lub też nawet, że służą one obejściu prawa i z tego powodu powinny zostać uznane za nieważne (tak: uzasadnienie wyroku SA w Warszawie z 22.8.2013 r., VI ACa 974/13, L.). Pomimo jednak wielu wątpliwości dotyczących praktyki zawierania i wykonywania takich umów (w szczególności w odniesieniu do możliwości pobierania przez zakłady ubezpieczeń tzw. opłat likwidacyjnych), dominuje obecnie pogląd, że: „zawieranie tego rodzaju umów przez zakłady ubezpieczeń pod rządem ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej [ówcześnie tekst jedn. Dz.U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66 ze zm. (...)] było dozwolone oraz jest dozwolone obecnie, pod rządem ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn. Dz.U. z 2018, poz. 999 ze zm.)” (Uchwała SN z 10.8.2018 r., III CZP 13/18, OSNC 2019, Nr 5, poz. 57.). Sąd Najwyższy w tej samej uchwale, wskazuje jednak, że: „umowa (...), zawierająca w mniejszym czy większym stopniu element ubezpieczeniowy, ma charakter mieszany w tym sensie, iż przy wykorzystaniu

konstrukcji umowy ubezpieczenia może realizować – także w dominującym stopniu – cel inwestycyjny. Zgodnie z wolą ustawodawcy nawet ów dominujący cel inwestycyjny nie prowadzi do absorpcji umów (...) do reżimu prawnego umów inwestycyjnych. Przeciwnie, z omawianych przepisów wyłania się wola traktowania takich umów, jako umów ubezpieczenia osobowego, co jednak nie powinno być odczytywane jako decyzja co do ich pełnej absorpcji w kodeksowe ramy takich ubezpieczeń. Wprawdzie do umów takich należy w zasadzie stosować przepisy Kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia (ubezpieczenia osobowego, ubezpieczenia na życie), jednakże – ze względu na ich cel inwestycyjny (zwłaszcza dominujący) – z wyłączeniem albo ograniczeniem zastosowania tych unormowań, które nie przystają do tego inwestycyjnego charakteru” (Prawo umów handlowych, System Prawa Handlowego tom 5c, red. prof. dr hab. M. S., 2020, Wyd. 1, L.). Treść takich umów ubezpieczenia wykracza więc poza definicję zawartą w art. 805 k.c., obejmując również element inwestycyjny lub oszczędnościowy (tak Komentarz do Kodeksu cywilnego, pod red. Gutowskiego, 2019, wyd. 2., Legalis.). Oznacza to, że powódka, stosownie do zawartej umowy, dokonując wpłat na poczet składki, faktycznie przekazywała część tej kwoty na poczet ubezpieczenia na życie, a część na fundusze kapitałowe.

Zgodnie z treścią art. 3851 § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. W myśl art. 3851 § 3 k.c. niezgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. Z kolei wedle 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 świetle powołanych powyżej przepisów do uznania konkretnego postanowienia za abuzywne muszą zostać spełnione następujące przesłanki: umowa musi być zawarta z konsumentem, postanowienie umowy nie może być uzgodnione indywidualnie; postanowienie winno kształtować prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy i postanowienie nie może dotyczyć głównych świadczeń stron określonych w sposób jednoznaczny.

W ocenie Sądu przeznaczenie składki na nabycie jednostek uczestnictwa w funduszu kapitałowym nie jest głównym świadczeniem strony pozwanej, w związku z czym mogły być rozpoznawane pod kątem abuzywności. W doktrynie wskazuje się, że pojęcie „główne świadczenia stron” należy interpretować ściśle, w nawiązaniu do pojęcia elementów umowy przedmiotowo istotnych – essentialia negotii. W przedmiotowej sprawie, co do zasady, do głównych świadczeń stron należało spełnienie przez pozwanego ubezpieczyciela danego świadczenia w przypadku zajścia określonego w umowie wypadku, a ze strony powódki opłacanie składki ubezpieczeniowej. Tylko postanowienia bezpośrednio regulujące wskazane kwestie można zatem zaliczyć do postanowień określających główne świadczenia stron. W niniejszym przypadku w oparciu o art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt 1 k.c. oraz treści umowy ubezpieczenia na życie, w szczególności postanowienia OWU na podstawie zawartej umowy pozwany zobowiązał się wypłacić świadczenie w przypadku zajścia w życiu ubezpieczonego zdarzenia przewidzianego w umowie, a ubezpieczająca powódka zobowiązywała się terminowo opłacać składki.

Te właśnie postanowienia, w ocenie Sądu, określają główne świadczenia pozwanego. Pozostałe zaś rozwiązania umowne, w tym określające przeznaczenie składek na nabycie jednostek uczestnictwa w funduszu kapitałowym nie są głównym świadczeniem strony pozwanej.

W przypadku odmiennej oceny charakteru omawianego postanowienia umownego, należy mieć na uwadze, że Sąd podziela pogląd w przytoczonym przez powódkę orzeczeniu Sądu Okręgowego w Bielsku-Białej z dnia 02 sierpnia 2019 roku (II Ca 409/19, niepubl.), w którym wskazano, że „zastosowany przez pozwanego w umowie zabieg w postaci de facto ukrycia opłaty alokacyjnej przez określenie przewidzianego procentu składki jaki podlega alokacji nie może powodować, iż skoro postanowienia te dotyczą składki (głównego świadczenia kontrahenta zakładu ubezpieczeń), to nie mogą podlegać ocenie przez pryzmat abuzywności. Taka interpretacja byłaby nie do pogodzenia z obowiązkiem

prokonsumenckiej interpretacji przepisów art. 384-3854 k.c, wynikającym z jednolitego w tym zakresie orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej”.

Sąd stanął na stanowisku, że „dobre obyczaje” są w zasadzie odpowiednikiem „zasad współżycia społecznego”. Zgodnie z utrwaloną judykaturą do zasad tych zalicza się reguły postępowania niesprzeczne z etyką, moralnością, aprobowanymi społecznie zasadami. W rozumieniu art. 3851 § 1 k.c. „działanie wbrew dobrym obyczajom” w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku, zaś „rażące naruszenie interesów konsumenta” oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym. Obie wskazane w tym przepisie formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają zakresione przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. Nie jest zatem wystarczające ustalenie nierównomiernego rozkładu praw i obowiązków stron umowy (sprzeczność z dobrymi obyczajami), lecz konieczne jest stwierdzenie prawnie relewantnego znaczenia tej nierównowagi (rażące naruszenie interesów konsumenta). Postanowienia umowy lub wzorca umownego rażąco naruszają interes konsumenta, jeżeli poważnie, znacząco odbiegają od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron. Pojęcie rażącego naruszenia interesów konsumenta nie może być sprowadzane tylko do wymiaru czysto ekonomicznego; należy też uwzględnić niewygodę organizacyjną, nierzetelność traktowania, wprowadzenie w błąd, naruszenie prywatności konsumenta.

W ocenie Sądu sporne postanowienia wzorca umownego w postaci możliwość potrącenia przez pozwanego w dwóch pierwszych latach umowy opłaty alokacyjnej w wysokości 80 % składki regularnej bez wątplenia naruszały zasadę równorzędności stron stosunku, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między ubezpieczycielem a ubezpieczoną (§ 11 ust. 2 OWU w nawiązaniu do Wykazu opłat stanowiącego integralną część OWU).

Nie można przyjąć, że tego rodzaju uregulowanie znajduje uzasadnienie w ryzyku ubezpieczeniowym ponoszonym przez ubezpieczyciela. Ryzyko ubezpieczeniowe zostało bowiem ujęte w opłacie za ryzyko. Z wykazu operacji (k. 26-29) wynika wprost, że koszt ryzyka stanowił inny składnik obciążenia pozwanej niż opłata alokacyjna. Nie istnieje także uzasadnienie – pozwany nie wyjaśnił tego – dlaczego objęte opłatą alokacyjną ryzyko powiązane zostało odwrotnie proporcjonalnie do wieku ubezpieczonego (im wyższy wiek, tym niższa opłata alokacyjna, a tym samym wyższa wysokość środków podlegała inwestowaniu). Można jedynie przypuszczać, na co zwracano uwagę we wcześniej cytowanym orzeczeniu – że z tytułu pozyskania klienta w młodym wieku pozwany uiszczał pośrednikowi najwyższą prowizję, bowiem taki klient potencjalnie mógł zakładowi ubezpieczeń przysparzać dochodów przez wiele lat, zarazem nie narażając go, statystycznie szacując, na istotne ryzyko wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Zresztą w § 10 ust. 2 OWU sprecyzowano sposób ustalania miesięcznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej, stąd nie ma podstaw do potrącania z części wpłacanej składki środków przeznaczonych na inwestycje, celem kompensowania ryzyka ubezpieczeniowego. Zdaniem Sądu sporny zapis umowny realizował cel pozwanego, polegający na całkowitym przeniesieniu na konsumenta kosztów swojej działalności, co zostało wprost wskazane w piśmie pozwanego z dnia 02 marca 2021 roku (vide: k. 176). Finansowanie tych kosztów opłatą alokacyjną nie znajduje podstawy, mając na uwadze, że pozwany obciążał ubezpieczającą również kosztem opłat administracyjnych. Konkluzja taka wynika już nawet z oszczędnościowo-inwestycyjnego celu alokowania środków. Jak wskazał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 07 grudnia 2018 roku w sprawie o sygn. akt III CZP 61/18 (publ. zbiór orzeczeń SN): „W odniesieniu do części inwestycyjnej składka lokowana w jednostkach funduszu inwestycyjnego z założenia nie jest zapłatą za ochronę ubezpieczeniową lecz środkami powierzonymi ubezpieczycielowi na cele inwestycyjne, w tym więc sensie środkami nieprzeznaczonymi na zapewnienie wypłaty świadczenia strictly ubezpieczeniowego, choć jednocześnie mającymi dla ubezpieczyciela istotne znaczenie gospodarcze.” Niewątpliwie niniejsza umowa jest umową o przeważającym inwestycyjnym charakterze.

Pozwany nie wykazał, że poniesione przez niego koszty zmieniają się wraz z upływem czasu, jak również, że ulegają zmianie stosownie do wartości rachunku. Mało tego nie wiadomo, jakie to konkretnie koszty pozwany ponosił.

Nie sposób zatem uznać za lojalne i zgodne z zasadami współżycia społecznego działania pozwanej nakierowane wyłącznie na uzyskanie nadmiernych korzyści finansowych poprzez wygórowane obciążenia powódki kosztami prowadzenia działalności pozwanej, w tym prowizji agenta. Nawet i wówczas nieuzasadnione jest uzależnianie wysokości tych opłat od wieku ubezpieczającego, zwłaszcza, że zależność ta była odwrotnie proporcjonalna.

Kwestionowane uregulowanie powyższe zostało niejako „ukryte” przed ubezpieczonym poprzez wprowadzający w błąd sposób zredagowania ogólnych warunków ubezpieczenia. Konsument czytając ogólne warunki ubezpieczenia co prawda w § 1 pkt 1 OWU może zapoznać się z definicją pojęcia „alokacja składki” i uzyskać informację, że jest to przeliczanie na jednostki funduszy określonej w głównej umowie ubezpieczenia części wpłaconej składki ubezpieczeniowej, ale z drugiej strony pozbawiony jest uzasadnienia zastosowania potrącenia, o którym mowa w § 11 ust. 2 OWU. Uregulowania te nie pozwalają na uzyskanie informacji, jakie są późniejsze losy pozostałej części składki nie objętej pojęciem „alokacji”.

Każdy konsument podejmując decyzję co do zawarcia umowy ubezpieczenia zwraca uwagę na koszty wiążące się z tą umową. Informacja w tym przedmiocie – aby mogła zostać uznana za zgodną z dobrymi obyczajami – musi być jasna i precyzyjna. Racjonalny konsument – czytając zapisy OWU w powiązaniu do wykazu opłat, stanowiącego jego integralną część – ma prawo uznać, że zawiera on wyczerpujące wyliczenie obciążających go opłat, a przede wszystkim uznać, że opłata alokacyjna nie stanowi kosztu ryzyka ubezpieczeniowego, z powodów wyżej wskazanych, a także kosztów prowadzenia działalności przez pozwanego, skoro z wykazu tego wynika wysokość opłaty administracyjnej, opłaty za zmianę funduszy, opłaty operacyjnej i opłaty za zarządzenia i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. W szczególności konsument nie mógł nawet przypuszczać, że zostanie obciążony kosztem prowizji agenta ubezpieczeniowego.

Analiza OWU nie pozwala na ustalenie, z jakiego tytułu koszt tzw. opłaty alokacyjnej jest ponoszony. Konsument nie ma możliwości ustalenia, z jakiego tytułu następuje potrącenie znacznej części składki na podstawie § 11 ust. 2. Nie wie, jakie ekwiwalentne świadczenie ubezpieczyciela ma otrzymać w zamian za część składki nie objętej alokacją. Nie wie nawet, co dzieje się z tą częścią jego składki – w świetle uregulowań OWU ta część składki niejako „znika”. Co więcej agent ubezpieczeniowy powiązany umową z ubezpieczycielem zdecydowanie działa w jego interesie. Jeżeli już, to należna agentowi prowizja od konsumenta byłaby uzasadniona wówczas, kiedy to sam konsument zleciłby agentowi wybór najdogodniejszego dla konsumenta produktu .. (...) pewnością, mając na uwadze powyższe rozważania, taka sytuacja nie miała miejsca.

Jeżeli zakład ubezpieczeń rzeczywiście poniósł w stosunku do sprzedaży tego konkretnego produktu wysokie koszty akwizycji, to oznacza, że rażąco niekorzystnie dla siebie sformułował z pośrednikiem zasady rozliczeń tych kosztów. Powódka jako konsument nie może ponosić negatywnych konsekwencji tego, że zakład ubezpieczeń niegospodarnie dysponuje swoim majątkiem. Nadto, należy zauważyć, że w OWU nie wskazano również, aby powódka zobowiązana była pokrywać koszty wynagrodzenia, akwizycji czy inne koszty techniczne związane z przygotowaniem produktu. Pozwany nie wykazał więc racjonalnego i dającego się zaakceptować powiązania kosztów i ryzyka ubezpieczyciela z wysokością opłaty alokacyjnej.

Nadto na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że przy zawieraniu umowy, powódka nie została w ogóle poinformowana o konieczności ponoszenia dodatkowych, różnorodnych opłat w czasie trwania umowy, bo za realizację tego obowiązku nie można nawet uznać poinformowania o potrącania z zaewidencjonowanych jednostek funduszu opłaty alokacyjnej, skoro nie wyjaśniono, co składało się na koszt tego obciążenia. Już sama nazwa tej opłaty „alokacyjna” sugeruje inny jej cel niż sugerowany przez pozwanego na potrzeby niniejszego procesu.

Niezależnie od powyższego należy wskazać, że umowa została zawarta na czas nieokreślony. Oznacza to, że pozwany przewidywał, że umowa może zostać rozwiązana przez powódkę w każdym momencie niezależnie od długoterminowego charakteru umowy ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym. Powódka mogła bowiem odstąpić od zawartej umowy w terminie 30 dni od daty jej zawarcia bez ponoszenia z tego tytułu jakichkolwiek kosztów, mimo że pewne czynności administracyjne zostałyby przez pozwaną poniesione. Skoro powódka mogła

odstąpić od umowy we wskazanym terminie bez ponoszenia jakichkolwiek kosztów, to brak jest uzasadnienia dla obciążania jej zwiększonymi kosztami w pierwszych latach obowiązywania umowy.

Przedmiotowe regulacje miały niejako zniechęcać do rezygnacji z umowy ubezpieczenia przed upływem co najmniej dwóch pierwszych lat jej obowiązywania, mimo że umowa została zawarta na czas nieokreślony. Powódka wybierając produkt pozwanego w pierwszych latach ponosiła wysokie koszty początkowe – de facto nie inwestowała w fundusze kapitałowe, a finansując działalność ubezpieczyciela, inwestowała w późniejszą możliwość inwestowania w nie po upływie pierwszych lat obowiązywania umowy. W przekonaniu konsumenta, skoro poniesione zostały już tak znaczne koszty (80 % zaalokowanych środków), to bolesną stratą byłoby zrezygnowanie z niej w momencie, kiedy faktyczny cel zawartej umowy dopiero zaczęłyby się realizować. Z zeznań powódki wynika, że zrezygnowała z umowy dopiero po upływie trzech lat od jej zawarcia, albowiem obawiała się, że nie uzyska zwrotu większości zainwestowanych środków.

Opisany mechanizm nie jest niczym innym jak ubraniem w inną szatę słowną zapisów umownych dotyczących niesławnych opłat likwidacyjnych, stanowiących w istocie swoistą „karę” za rozwiązanie umowy w pierwszych latach jej obowiązywania. Nie tylko wobec pozwanego ubezpieczyciela prowadzone były przez UOKiK postępowania zmierzające do usunięcia nieuczciwych praktyk rynkowych, a dotyczących stosowania we wzorcach umownych opłat likwidacyjnych w związków z wcześniejszą rezygnacją z zawartej umowy ubezpieczenia. Wiele z zapisów umownych skutkujących potrąceniem przez ubezpieczyciela całości lub większości jednostek funduszu zgromadzonych w pierwszych latach umowy wpisanych zostało do rejestru klauzul niedozwolonych. Pokłosiem ugruntowanego orzecznictwa w tym zakresie jest wzorzec umowny pozwanego, zawierający abuzywny zapis dotyczący opłaty alokacyjnej, opracowany w tych samych warunkach gospodarczych, co wzorce umowne zawierające abuzywne zapisy dotyczące opłat likwidacyjnych.

Wszystkie przedstawione powyżej okoliczności prowadzą do stwierdzenia, że wzorzec umowny uprawniający pozwanego do pobierania od powódki niemal całej wartości środków z jednostek funduszu bezsprzecznie narusza dobre obyczaje, gdyż w efekcie sankcjonuje przejęcie przez ubezpieczyciela części zgromadzonych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Zapis ten dodatkowo rażąco narusza interes konsumenta, albowiem prowadzi do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści kosztem ubezpieczającego, zwłaszcza wówczas, gdy ten ostatni zgromadziłby na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości. Nie stanowi też dostatecznego usprawiedliwienia takiej praktyki okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter. Znaczna część kosztów funkcjonowania pozwanego ubezpieczyciela jak również ryzyko jest bowiem pokrywana przez konsumenta w opłatach administracyjnych czy innych opłatach. Jak już bowiem wskazano powyżej kwota potrącenia nie odzwierciedla kosztów związanych z tą umową i jest od nich oderwana. Nadto, postanowienia w zakresie bonusu zawarte w OWU stanowią wzorzec umowny jednostronnie przygotowany przez pozwanego, który nie podlegał negocjacji i powód nie miał żadnego wpływu na jego przyznanie.

Tzw. opłata alokacyjna stanowiąca przeważającą część środków wpłacanych przez powódkę w pierwszych latach obowiązywania umowy nie jest powiązaną z jakimkolwiek świadczeniem ekwiwalentnym ubezpieczyciela, co prowadzi do konkluzji, że narusza dobre obyczaje. Jest jednocześnie regulacją pociągającą za sobą rażące naruszenie interesów konsumenta. Pozbawia bowiem konsumenta bardzo znaczącej części jego środków – w przypadku powódki 80% składki przeznaczonej na alokację w ciągu pierwszych dwóch lat umowy) bez żadnego ekwiwalentu.

W tej sytuacji omawiana regulacja musi być uznana za abuzywną w świetle art. 3851 § 1 k.c., a tym samym nie wiążącą konsumenta. Wyeliminowanie z umowy § 11 ust. 2 OWU w nawiązaniu do Wykazu opłat dotyczącego pobierania opłaty alokacyjnej powoduje, że w świetle pozostałych postanowień umownych cała składka regularna powinna zostać przeznaczona na nabycie jednostek uczestnictwa.

Chybiony okazał się podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia. Jak stwierdził bowiem Sąd Najwyższy w powołanej wyżej uchwale z dnia 07 grudnia 2018 roku (III CZP 61/18) w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym roszczenie o wypłatę wartości wykupu ubezpieczenia, nie stanowiącej

kosztów udzielonej ochrony ubezpieczonej, przedawnia się w terminie określonym w art. 118 k.c. Sąd miał na uwadze, że powódka dochodziła zwrotu wartości wykupu w części, w jakiej została ona pomniejszona na skutek pobierania przez pozwanego tzw. opłaty alokacyjnej. Dochodzone pozwem roszczenie zapłaty nie jest roszczeniem wynikającym z umowy ubezpieczenia (powódka nie domagała się zapłaty przez pozwaną świadczenia umownego), lecz roszczeniem o zapłatę kwoty pobranej bez ważnej podstawy prawnej, stanowiącej nienależne świadczenie. Dlatego zastosowania nie miał 3-letni termin przedawnienia oparty o treść art. 819 § 1 k.c.

Wysokość spełnionego przez powódkę świadczenia nie była kwestionowana. Termin spełnienia świadczenia wynikającego z istnienia roszczenia o zwrot nienależnego świadczenia nie jest określony. Nie jest więc możliwe przyjęcie, że bieg przedawnienia rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne. Zastosowanie znajduje zatem art. 120 § 1 k.c. zdanie drugie, zgodnie z którym jeżeli wymagalność roszczenia zależy od podjęcia określonej czynności przez uprawnionego, bieg terminu (przedawnienia) rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne, gdyby uprawniony podjął czynność w najwcześniejszym możliwym terminie.

Wymóg podjęcia czynności w najwcześniejszym możliwym terminie pozwala na elastyczną, dostosowaną do konkretnej sytuacji ocenę obowiązku i możliwości podjęcia takiej czynności przez wierzyciela. W szczególności nie oznacza automatycznego obowiązku podjęcia czynności – wezwania dłużnika do zapłaty – bezpośrednio po spełnieniu własnego świadczenia. Postanowienie takiego wymogu byłoby zasadne gdyby nienależne świadczenie było spełniane bez istnienia jakiegokolwiek, nawet mylnie ocenianej przez strony, podstawy prawnej. Tymczasem w niniejszym przypadku obie strony spełniały swoje świadczenia w przekonaniu o wykonywaniu umowy. Równocześnie, w przypadku w którym podstawą stwierdzenia nieważności miałyby być zawarcie w umowie postanowień niedozwolonych (nieważność jest skutkiem ich eliminacji z umowy), art. 3851 § 1 k.c. przewiduje jedynie jednostronny, po stronie konsumenta, brak związania takim postanowieniem. Uprawnienia z tytułu istnienia w umowie postanowień niedozwolonych przysługują konsumentowi.

Zdaniem Sądu spełnione przez powódkę świadczenie w postaci zapłaty opłaty alokacyjnej w ramach obowiązku wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia (zapłaty składki) jako nienależne podlega zwrotowi, a terminem, w którym powódka najwcześniejszym mogła żądać zwrotu środków pobranych przez pozwanego tytułem opłaty alokacyjnej był upływ 30-dniowego terminu od otrzymania wniosku, o którym mowa w § 16 ust. 7 OWU. Zgodnie z tym zapisem ustalenie wysokości wypłacanej wartości rachunku oraz jej wypłata ubezpieczającemu następują w terminie 30 dni od otrzymania przez Towarzystwo wniosku ubezpieczającego. Co prawda regulacja § 26 OWU stanowiła, że poza przypadkami wskazanymi w OWU lub wynikającymi z przepisów prawa, główna umowa ubezpieczenia rozwiązuje się m. in. z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia bezpośrednio następującego po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy, jednakże strony były zgodne, że umowa została rozwiązana dnia 07 listopada 2013 roku (vide: pozew: k. 4 oraz pismo pozwanego: k. 63). Skoro pismo o rezygnacji z umowy, zawierającego wniosek o zwrot środków zgromadzonych na rachunku datowane jest na 24 października 2013 roku (kod kreskowy przypuszczalnie nadania pisma faksem w placówce pocztowej dnia 29 października 2013 roku nie stanowi potwierdzenia odbioru), to dopiero po upływie 30 dni, tj. od dnia 24 listopada 2013 roku mogła domagać się zwrotu nienależnego świadczenia. Wcześniej pozwany nie pozostawał w zwłoce.

Nawet gdyby przyjąć koncepcję pozwanego o okresowym charakterze świadczenia pozwanego w postaci zwrotu powódce pobieranej miesięcznie opłaty alokacyjnej i rozpoczęciu terminu przedawnienia od dnia następującego po pobraniu tej opłaty, mając na uwadze, że od momentu zawarcia umowy, tj. od dnia 22 lipca 2010 roku do dnia wniesienia pozwu, tj. do dnia 19 czerwca 2020 roku nie upłynęło jeszcze 10 lat, z całą pewnością żadna z okresowych należności nie mogła ulec przedawnieniu.

Niezależnie od powyższego zgłoszony zarzut przedawnienia nie zasługiwał na uwzględnienie, albowiem naruszał zasady współzycia społecznego. Zapisy OWU zmierzały bowiem do przedawnienia roszczeń konsumenta w oparciu o argumentację budowaną na koncepcji 3-letniego terminu przedawnienia. Gdy roszczenie wiąże się z zastosowaniem przez stronę pozwaną klauzuli abuzywnej, rażąco naruszającej słuszny interes konsumenta, sprzeczne z zasadami współzycia społecznego, a konkretnie z zasadą lojalności wobec kontrahenta było zgłoszenie powyższego zarzutu.

Mając na względzie powyższe, skoro uregulowania dotyczące ustalenia opłaty alokacyjnej, a wpływającej na wartość jednostek uczestnictwa w funduszu i w konsekwencji wartości wykupu (§ 11 ust. 2 OWU) stanowią niedozwolone postanowienia umowne, to nie wiążą one powódki w tym zakresie, a tym samym jest ona uprawniona do żądania zwrotu zgromadzonych środków, gdyż podstawa tego świadczenia odpadła.

Z tych też względów Sąd w punkcie 1. wyroku na podstawie art. 3851 § 1 k.c. w zw. z art. 405 k.c. i 410 k.c. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.905,82 zł, na którą składa się suma należności z tytułu opłaty alokacyjnej. Ponadto Sąd na podstawie art. 455 k.c. od tak przyznanej kwoty zasądził odsetki ustawowe od dnia 11 kwietnia 2020 roku do dnia zapłaty. Wymagalność uzależniona została bowiem od wcześniejszego wezwania pozwanego do zapłaty. Z tego powodu w pozostałym zakresie oddalono powództwo, tj. w części roszczenia odsetkowego jako niewymagalnego przed dniem 11 kwietnia 2020 roku na podstawie powołanego wyżej przepisu.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie przepisu art. 100 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U.2015.1804 ze zm.) uznając, że powódka wygrała proces niemal w całości zasądził od pozwanego na rzecz powódki całość kosztów procesu (1.117,00 zł), na które składały się: opłata sądowa od pozwu (200,00 zł), opłata za czynności fachowego pełnomocnika – radcy prawnego w stawce minimalnej (900,00 zł) oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa (17,00 zł).