

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 grudnia 2017 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie następującym:

Przewodniczący:	Sędzia SO Katarzyna Wręczycka
Sędziowie:	Sędzia SO Małgorzata Dasiewicz – Kowalczyk ( spr )
	Sędzia SO Monika Kuźniar
Protokolant:	Wojciech Langer

po rozpoznaniu w dniu 22 listopada 2017 r. we Wrocławiu

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Sp. z o.o. we W.

przeciwko (...) SA w W.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Rejonowego dla Wrocławia – Krzyków we Wrocławiu

z dnia 26 października 2016 r.

sygn. akt VI C 968/16

I. **oddala apelację;**

II. **zasądza od strony pozwanej na rzecz strony powodowej 450 zł kosztów postępowania apelacyjnego.**

SSO Małgorzata Dasiewicz – Kowalczyk SSO Katarzyna Wręczycka SSO Monika Kuźniar

## UZASADNIENIE

**Zaskarżonym wyrokiem** z dnia 26 października 2016 r. Sąd Rejonowy dla Wrocławia – Krzyków we Wrocławiu zasądził od strony pozwanej (...) S.A. w W. na rzecz strony powodowej (...) Sp. z o.o. we W. kwotę 2.284,54 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15.07.2015 r. do dnia zapłaty (pkt I); dalej idące powództwo oddalił (pkt II), oraz zasądził od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 732 zł tytułem kosztów procesu (pkt III).

**Rozstrzygnięcie swoje Sąd I instancji wydał w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:**

Strona pozwana prowadzi działalność gospodarczą m.in. w zakresie usług ubezpieczeniowych, w tym sprzedaży ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W dniu 20 lutego 2012 r. D. C. (1) podpisała Deklarację przystąpienia do umowy ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) S.A. a (...) S.A. Z deklaracji wynika, że powód oświadczył, iż doręczono mu Warunki ubezpieczenia umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) wraz z załącznikami, a jednocześnie oświadczył, iż wyraża zgodę na objęcie go ubezpieczeniem na warunkach określonych w warunkach ubezpieczenia, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia, długość okresu ubezpieczenia oraz wartość wykupu.

Wraz z dniem 23 lutego 2012 r. D. C. (1) została objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Warunków Ubezpieczenia Umowy Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) (dalej: „OWU”) w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) S.A. a (...) S.A. Wysokość składki pierwszej oraz składki bieżącej ustalono na kwotę 100 zł.

Do umowy miały zastosowanie Warunki ubezpieczenia – kod (...). Zgodnie z Warunkami ubezpieczenia okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dacie początku ubezpieczenia i kończy się w rocznicę polisy przypadającą w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony kończy 85 rok życia. W OWU wskazano, że okres prolongaty to dodatkowy okres na dokonanie dopłaty kwoty, w wysokości nie niższej niż minimalna wysokość składki bieżącej wskazana w Tabeli opłat i limitów. Zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia bezskutecznego upływu czasu prolongaty. W przypadku bezskutecznego upływu okresu prolongaty (...) miało wypłacić ubezpieczonemu całkowitą wartość wykupu, zgodnie z postanowieniami § 18, przy czym wartość rachunku udziałów zostanie ustalona według wartości udziału jednostkowego z trzeciego dnia wyceny po zakończeniu okresu prolongaty. W § 18 ustalono, że ubezpieczony ma prawo do wartości wykupu w każdym czasie trwania okresu ubezpieczenia. Dyspozycja finansowa całkowitej wypłaty wartości wykupu jest jednoznaczna z rezygnacją z ubezpieczenia. Zgodnie z § 18 ust. 9 wartość wykupu stanowi iloczyn umorzonej wartości rachunku udziałów oraz stawki procentowej wartości rachunku udziałów właściwej dla roku polisowego, w którym jednostka obsługująca ubezpieczenie otrzymała dyspozycję finansową częściowej lub całkowitej wypłaty wartości wykupu, z zastrzeżeniem ust. 10 i 11. Stawki procentowe wartości rachunku udziałów w poszczególnych latach polisowych zostały określone w Tabeli opłat i limitów. Wartość rachunku udziałów ustalana jest według wartości udziału jednostkowego z trzeciego dnia wyceny po dacie otrzymania przez jednostkę obsługującą ubezpieczenie poprawnej dyspozycji finansowej wypłaty wartości wykupu. W ust. 13 ustalono, że (...) wypłaca wartość wykupu najpóźniej w terminie 14 dni roboczych następujących po dniu wyceny, według której nastąpiło umorzenie wartości rachunku udziałów, przy braku odrębnej dyspozycji, na rachunek bankowy, a przypadku jego braku przekazem pocztowym na adres korespondencyjny ubezpieczonego wskazany w deklaracji przystąpienia. OWU stanowią nadto, że strona pozwana miała prawo do pobierania opłaty za zarządzanie funduszem, obejmującą opłatę za ryzyko oraz opłatę administracyjną.

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów wartość wykupu, o której mowa w § 18 OWU wynosi 10% w pierwszym roku polisowym, 15% w drugim roku polisowym, 20% w trzecim roku polisowym, 25% w czwartym roku polisowym, 35% w piątym roku polisowym, 45% w szóstym roku polisowym, 55% w siódmym roku polisowym, 70% w ósmym roku polisowym, 85% w dziewiątym roku polisowym i 95% w dziesiątym roku polisowym.

Pismem datowanym na dzień 19 czerwca 2015 r. strona pozwana poinformowała powoda, że w związku z bezskutecznym upływem okresu prolongaty, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zawartej umowy wygasła, a zatem dokonano wypłaty wartości wykupu zgodnie z postanowieniami Warunków Ubezpieczenia i Tabeli Opłat i Limitów. Ochrona wygasła wraz z dniem 22 marca 2015 r., a wypłata wartości wykupu została zrealizowana według wyceny wartości udziału jednostkowego z dnia 25 marca 2015 r. W piśmie wskazano, że wartość rachunku powoda wynosiła łącznie 3.514,68 zł, a zatem wartość wykupu wynosi 1.230,14 zł.

W dniu 22 czerwca 2015 r. D. C. (1) i strona powodowa, (...) Sp. z o.o. we W., zawarli umowę cesji wierzytelności, na podstawie której D. C. (1) przeniosła na stronę powodową wierzytelność przysługującą mu przeciwko pozwanej w

wysokości 2.284,54 zł. Wierzytelność ta obejmowała wszelkie poniesione przez D. C. (1) koszty, opłaty i potrącenia związane z likwidacją polisy i rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, zawartej ze stroną pozwaną. Zgodnie z treścią umowy jej strony ustaliły, że wynagrodzenie z umowy cesji będzie płatne cedentowi po skutecznym wyegzekwowaniu roszczeń przez cesjonariusza od dłużnika, tj. strony pozwanej. Pismami z dnia 3 lipca 2015 r. zarówno powód, jak i D. C. (1) powiadomili stronę pozwaną o dokonanej cesji. Dodatkowo strona powodowa wezwała stronę pozwaną do zapłaty kwoty 2.284,54 zł wraz z odsetkami ustawowymi.

**Przy tak ustalonym stanie faktycznym** Sąd Rejonowy uznał, iż powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości co do należności głównej i w części co do odsetek.

Sąd wskazał, iż strona powodowa domagała się od pozwanej zapłaty kwoty wskazanej w pozwie tytułem zwrotu świadczenia pobranego na skutek rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, która łączyła stronę pozwaną z ubezpieczającym. Wierzytelność tę powódka nabyła od ubezpieczającego w drodze umowy cesji. Stosownie do treści art. 509 k.c. wierzyciel może bez zgody dłużnika przenieść wierzytelność na osobę trzecią (przelew), chyba że sprzeciwiałoby się to ustawie, zastrzeżeniu umownemu albo właściwości zobowiązania. Wraz z wierzytelnością przechodzą na nabywcę wszelkie związane z nią prawa, w szczególności roszczenie o zaległe odsetki. W ocenie Sądu, na podstawie przywołanej regulacji i w związku z dokonaną umową cesji wierzytelności z dnia 22 czerwca 2015 r. strona powodowa jest legitymowana do wytoczenia powództwa o wierzytelność dochodzoną w niniejszej sprawie. Sąd za chybiony uznał podniesiony przez stronę pozwaną zarzut nadużycia prawa przez stronę powodową. W stanie faktycznym sprawy na zarzut nadużycia prawa tudzież nieważności umowy cesji może powoływać się jedynie strona tej umowy (tutaj: D. C. (1) lub strona powodowa), nie zaś podmiot trzeci, niebędący jej stroną (tj. strona pozwana). Co więcej, nawet jeśliby uznać dopuszczalność zgłoszenia takich zarzutów przez stronę pozwaną, to naruszenie ekwiwalentności świadczeń w świetle art. 58 § 2 k.c. (sprzeczność z zasadami współżycia społecznego) nie prowadzi do nieważności umowy, o ile pokrzywdzenie jednej ze stron nie jest w konkretnej sytuacji rażące. W ocenie Sądu nie zaszła natomiast rażąca dysproporcja między wartością świadczeń określonych umową cesji z dnia 22 czerwca 2015 r.

Sąd wskazał, iż strona powodowa oparła swoje powództwo m.in. na regulacji art. 385<sup>1</sup> k.c. wskazując, że zapisy Warunków (...) oraz Tabeli Opłat i Limitów, stanowiącej załącznik do Warunków Ubezpieczenia, stosowane przez stronę pozwaną, przewidujące sposób ustalenia wysokości wartości wykupu, nie są wiążące dla ubezpieczonego jako strony umowy – konsumenta. Na wstępie rozważań Sąd wskazał, iż OWU w niniejszej sprawie nie posługują się pojęciem opłaty likwidacyjnej. Zakwestionowane jednak przez powoda postanowienia umowne, dotyczące sposobu ustalania wysokości wartości wykupu, przewidują obniżenie wartości rachunku udziałów, zgromadzonych przez ubezpieczonego w okresie trwania ubezpieczenia, w takim więc znaczeniu i rozumieniu niewątpliwie stanowią ciężar finansowy, jakim strona pozwana obciąża ubezpieczonego, w istocie dotyczą więc one opłaty ponoszonej przez ubezpieczonego, jakkolwiek nie zostało to w OWU nazwane wprost opłatą, w szczególności – opłatą likwidacyjną, występującą w innych umowach ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w tym zawieranych przez stronę pozwaną. Sąd zważył, że zgodnie z treścią art. 808 § 5 k.c., jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385<sup>1</sup>-385<sup>3</sup> k.c. stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Ubezpieczony konsument ma zatem prawo, jak w analizowanym stanie faktycznym, uzyskania ochrony na podstawie art. 385<sup>1</sup> k.c. W myśl art. 385<sup>1</sup> § 1 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. Zgodnie z § 3 nieuzgodnione 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. Przy tym ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje (§ 4).

Nie budziło wątpliwości Sądu Rejonowego, że kwestionowane postanowienie umowne, dotyczące sposobu ustalania przez pozwane TU wysokości wartości wykupu w razie rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia, nie zostało uzgodnione z konsumentem, D. C. (1), indywidualnie. W myśl art. 385<sup>1</sup> § 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. Zapisy kwestionowane przez powoda pochodzą natomiast ze wzorca umowy, jakim są Warunki Ubezpieczenia oraz Tabela Opłat i Limitów. W ocenie Sądu kwestionowane przez powoda postanowienia o sposobie ustalania wysokości wartości wykupu nie określały też głównych świadczeń stron stosunku ubezpieczenia. Głównymi świadczeniami wynikającymi z zawarcia umowy ubezpieczenia są bowiem: po stronie zakładu ubezpieczeń – udzielenie ochrony ubezpieczeniowej w razie zajścia określonego w umowie zdarzenia, a po stronie ubezpieczonego (ewentualnie ubezpieczającego) – obowiązek zapłaty składki. Pozostałe obowiązki stron, w tym obowiązek ubezpieczonego do poniesienia na rzecz strony pozwanej ciężaru finansowego, o którym mowa w § 18 ust. 5 OWU, związanego ze sposobem ustalania wysokości wartości wykupu, nie stanowią świadczeń głównych w rozumieniu powołanych powyżej przepisów, a co za tym idzie - mogą być przez sąd oceniane w kontekście art. 385<sup>1</sup>§1 kc. Ponadto, co istotne, konieczność poniesienia powyższego ciężaru finansowego to nie obowiązek strony pozwanej wobec ubezpieczonego, lecz przeciwnie - ewentualny obowiązek ubezpieczonego względem strony pozwanej. Jak wynika bowiem z postanowień §18 ust. 5 OWU ciężar powyższy jest świadczeniem ubezpieczonego względem ubezpieczyciela (tj. względem strony pozwanej), nie zaś odwrotnie, i już z tego powodu nie może stanowić jednego z głównych świadczeń strony pozwanej w rozumieniu powołanego powyżej przepisu.

Dalej Sąd wskazał, iż postanowienie wzorca umowy przewidujące pobieranie przez ubezpieczyciela od ubezpieczonego świadczenia (opłaty) pochłaniających znaczną część środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczyciela kształtuje prawa i obowiązki ubezpieczonego konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Sprzeczność z dobrymi obyczajami polega tu, w ocenie Sądu, na nierównym ukształtowaniu pozycji stron stosunku zobowiązaniowego – w konsekwencji ustalenia powyższego świadczenia na poziomie 65% wartości rachunku udziałów, kiedy to w zasadzie wyłącznie konsument ponosi ciężar ekonomiczny rezygnacji z ubezpieczenia na życie i dożycie, przy czym tak wysoka opłata nie ma odzwierciedlenia w kosztach rezygnacji z umowy ponoszonych przez zakład ubezpieczeń. Przyznanie kontrahentowi konsumenta uprawnienia do potrącenia 65% wartości rachunku z racji rezygnacji z umowy ubezpieczenia w czwartym roku jej obowiązywania rażąco narusza interesy konsumenta, w znacznym stopniu ograniczając jego swobodę decydowania o dalszym trwaniu umowy. Mechanizm naliczania opłaty powoduje, że w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia w pierwszych latach trwania umowy, tak jak to miało miejsce w niniejszej sprawie, pokrywa ona znaczną część zgromadzonych przez ubezpieczonego środków, stanowiąc tym samym swoistą sankcję za wcześniejsze rozwiązanie umowy. Istotne jest, że z dokumentów określających prawa i obowiązki stron stosunku ubezpieczenia, jaki został nawiązany z D. C. (1), w żaden sposób nie wynika cel, w jakim miało być pobrane świadczenie związane ze sposobem ustalania wartości wykupu. Zgodnie z twierdzeniami strony pozwanej miało ono de facto pokryć stratę powstałą dla ubezpieczyciela w związku z przedterminową rezygnacją przez ubezpieczonego z ubezpieczenia, która to strata wynikała z faktu poniesienia dużych kosztów inicjalnych – wysokiej prowizji dla pośrednika (w tym wypadku (...) Bank S.A.). W Warunkach Ubezpieczenia i innych dokumentach doręczonych D. C. (1) przed przystąpieniem do ubezpieczenia brak jest jednak wskazania, jak wysokie koszty działalności pozwanego ma pokrywać ubezpieczony ze swoich składek lub w razie wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia. W szczególności nie wskazano wyraźnie, że w razie wcześniejszego ustania stosunku ubezpieczenia ubezpieczony traci znaczną część wpłaconych środków w związku z bardzo wysoką prowizją ustaloną przez ubezpieczyciela z ubezpieczającym. Obciążając konsumenta kosztami dystrybucji oferowanego przez siebie produktu, strona pozwana rażąco narusza interesy konsumenta, który ani nie mógł mieć wpływu na wysokość prowizji zastrzeżonej przez ubezpieczyciela za dystrybucję produktu ubezpieczeniowego, ani nawet świadomości, że tak wysokie koszty wiążą się z objęciem go ochroną ubezpieczeniową. W ocenie Sądu kwestia ukształtowania przez ubezpieczyciela jego stosunków prawnych z podmiotami dystrybuującymi produkty ubezpieczeniowe należy do ryzyka działalności gospodarczej ubezpieczyciela. W tym kontekście zastrzeżona przez ubezpieczyciela prowizja powinna być skalkulowana tak, aby jej wysokość nie była nadmierna i jej uiszczenie nie zagrażało płynności finansowej spółki. Obciążenie kosztami tej prowizji klientów

poprzez potrącanie swoistych opłat w celu uniknięcia ryzyka niewypłacalności jest niedopuszczalne z punktu widzenia zasad równości stron stosunku ubezpieczenia i równowagi ich interesów. Niezależnie od powyższego, Sąd wskazał, że podawane przez stronę pozwaną koszty nie pozostają w bezpośrednim związku z faktem rozwiązania umowy z D. C. (1) i w znacznej mierze dotyczą działalności strony pozwanej jako ubezpieczyciela, a nie jedynie umowy zawartej z tym ubezpieczonym. Opieranie wysokości zatrzymanej przez stronę pozwaną kwoty na ponoszonych przez nią kosztach jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interesy konsumenta. Co więcej, podobna treść postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym - do tego stosowanego przez stronę pozwaną, została uznana za niedozwoloną w wyniku kontroli dokonanej przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w wyroku z dnia 4 czerwca 2012 r. (sygn. akt XVII AmC 974/11). Jest ona wpisana do rejestru niedozwolonych klauzul pod numerem (...). Zgodnie z treścią tego zakazanego już postanowienia, ubezpieczyciel miał prawo pobrać opłatę likwidacyjną wynoszącą w pierwszych dwóch latach trwania ubezpieczenia 100%, w trzecim roku 80%, w czwartym 70%, a w piątym i szóstym roku odpowiednio 60% i 50% środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczonego.

Sąd wskazał, iż w analizowanym stanie faktycznym mamy niewątpliwie do czynienia z opłatą zbyt wygórowaną i pochłaniającą 65% środków zgromadzonych na indywidualnym koncie ubezpieczonego, co jest krzywdzące dla ubezpieczonego i narusza jego interesy jako konsumenta.

Stwierdzenie, że zapis rozdziału §18 ust. 5 Warunków (...) stosowanych przez pozwanego ubezpieczyciela – w zakresie, w jakim dotyczy sposobu określania wysokości wartości wykupu wynoszącej 65% wartości rachunku udziałów w czwartym roku trwania stosunku ubezpieczenia – spełnia definicję niedozwolonego postanowienia umownego, prowadzi do wniosku, że postanowienie powyższe nie wiąże ubezpieczonego (jest wobec niego bezskuteczne). Wniosek powyższy determinował z kolei konieczność eliminacji wskazanego postanowienia umowy ubezpieczenia ze stosunku prawnego, tj. uznanie go za bezskuteczne ex lege, co z kolei prowadziło do wniosku, iż strona pozwana nie była uprawniona do pobrania od ubezpieczonego świadczenia w wysokości 2.284,54 zł. W konsekwencji stwierdzenie, że strona pozwana niezasadnie (bez podstawy prawnej w postaci stosownego postanowienia umownego) pobrała od ubezpieczonego przedmiotową opłatę (w pozostałym zakresie umowa ubezpieczenia była, w myśl art.385<sup>1</sup>§2 kc, wiążąca) prowadziło do konstatacji, że w zakresie ww. kwoty strona pozwana była bezpodstawnie wzbogacona. Uzasadniało to zasądzenie kwoty pobranej opłaty na rzecz powoda.

Skoro postanowienia Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą sposobu określania wysokości wartości wykupu wynoszącej 65% wartości rachunku udziałów w czwartym roku trwania stosunku ubezpieczenia, uznano (z przyczyn wcześniej wskazanych) za niedozwolone postanowienie umowne, to zdaniem Sądu jest to wystarczające dla oceny zasadności dochodzonego w niniejszej sprawie powództwa w całości. Oceny tej nie może zmienić ewentualna okoliczność, którą miałby ustalić biegły sądowy aktuariusz, iż pobierana opłata została przez stronę pozwaną skalkulowana prawidłowo (pod względem matematycznym) oraz że istnieje korelacja pomiędzy nią a kosztami ponoszonymi przez stronę pozwaną. Okoliczności te są bez znaczenia dla oceny postanowienia umowy jako niedozwolonego postanowienia umownego. Sąd oddalił również wniosek o dopuszczenie dowodu z oświadczenia (...) Bank S.A. o wysokości z wynagrodzenia otrzymanego od pozwanego za czynności związane z zawarciem umowy ubezpieczenia jako nieprzydatny dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Koszty prowizji pośrednika nie mogą być uznane za koszty ubezpieczyciela powstałe w wyniku rezygnacji powoda z ubezpieczenia. Są bowiem kosztami ponoszonymi przez ubezpieczyciela jeszcze przed zawarciem umowy z powodem na mocy umowy łączącej ubezpieczyciela z ubezpieczającym, na których ustalenie ubezpieczony nie ma żadnego wpływu i jeśli o konieczności ich poniesienia, nie został poinformowany przy zawarciu umowy, to brak jest podstaw do obciążania nimi przy wcześniejszej rezygnacji z umowy. Sąd pominął także dowód z zeznań świadków M. W. i D. C. (1), jako niemających istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Świadczenie ci zostali zawnioskowani przez stronę pozwaną na okoliczność „prawidłowego poinformowania ubezpieczonego o warunkach ubezpieczenia, przebiegu rozmów związanych z ubezpieczeniem, przekazania ubezpieczonemu Warunków Ubezpieczenia”. Okoliczności powyższe, na które zawnioskowani zostali świadkowie, nie są istotne dla oceny niniejszego powództwa albowiem okoliczność prawidłowego poinformowania konsumenta o treści zawieranej umowy oraz przekazanie mu kompletu dokumentów

nie sanuje abuzywności postanowień umownych, którymi posługuje się strona pozwana. Podkreślić w tym kontekście należy, że w świetle art.385(1)§1 k.c. tylko wykazanie przez stronę pozwaną, że kwestionowane postanowienia umowne zostały indywidualnie uzgodnione z ubezpieczonym konsumentem mogłoby skutkować niemożnością oceny tych postanowień w kontekście ich abuzywności. Sąd oddalił również wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii prawnej M. O. oraz publikacji M. S. na okoliczność charakteru prawnego świadczenia Wartości Wykupu ubezpieczenia. Ich uwzględnienie prowadziłyby bowiem do nieuzasadnionego przedłużenia postępowania.

Sąd uwzględnił częściowo żądanie zasądzenia odsetek od kwoty dochodzonej pozwem. Zobowiązanie do zwrotu nienależnego świadczenia ma charakter bezterminowy – jego wymagalność powstaje dopiero na skutek wezwania dłużnika do spełnienia świadczenia (por. art. 476 k.c), które nastąpiło 7 lipca 2015 r., z określeniem 7-dniowego terminu na spełnienie świadczenia (upływającego w dniu 14 lipca 2015 r.). W związku z powyższym Sąd zasądził na rzecz powoda odsetki należne za opóźnienie w spełnieniu świadczenia od dnia 15 lipca 2015 r., z uwzględnieniem zmiany brzmienia § 2 art. 481 k.c. od 1 stycznia 2016 r.. W pozostałym zakresie roszczenie z tytułu odsetek zostało oddalone (pkt II sentencji wyroku).

Orzeczenie o kosztach procesu w punkcie III Sąd oparł na treści art. 100 k.p.c., który stanowi, że w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Sąd może jednak włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznacznej części swojego żądania albo gdy określenie należnej mu sumy zależało od wzajemnego obrachunku lub oceny sądu. W myśl § 6 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu z dnia 28 września 2002 r., stawka minimalna wynagrodzenia radcy prawnego przy wartości przedmiotu sporu powyżej 1.500 zł do 5.000 zł wynosi 600 zł.

**Apelację** od powyższego rozstrzygnięcia wywiodła strona pozwana zaskarżając je w części to jest co do punktu I i III i wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji, ewentualnie zmianę zaskarżonego wyroku w pkt I poprzez oddalenie powództwa w całości oraz w pkt II przez zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania w I instancji.

Nadto strona pozwana wniosła o dopuszczenie dowodu z:

- a) opinii biegłego sądowego aktuarusza na okoliczność prawidłowości kalkulacji ponoszonych przez pozwanego kosztów związanych z umową zawartą przez pozwanego z powodem, wpływu kosztów związanych z umową zawartą przez pozwanego z powodem na wysokość świadczeń określonych w umowach, iż świadczenie wykupu jest najczęściej realizowanym świadczeniem umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, istnienia wzajemnych powiązań między wartością świadczeń określonych w umowie zawartej z powodem a kosztami i ryzykiem pozwanego oraz wpływu ustalenia, że kwestionowane postanowienia umowy stanowią niedozwolone postanowienia umowne oraz na możliwość wykonywania zobowiązań przez pozwanego wobec wszystkich ubezpieczonych oraz na możliwości wykonywania przez pozwaną działalności ubezpieczeniowej;
- b) zeznań świadka M. W. na okoliczność prawidłowego poinformowania ubezpieczonego o warunkach ubezpieczenia;
- c) zeznań świadka D. C. (1) na okoliczność prawidłowego poinformowania ubezpieczonego o warunkach ubezpieczenia.

Strona pozwana w apelacji zarzuciła:

1. naruszenie art. 509 kc w zw. z art. 6 kc przez przyjęcie, że powód wykazał, że pomiędzy nim a cedentem doszło do przelewu wierzycielności objętej pozwem, pomimo tego, że powód nie udowodnił, że osoba która podpisała się na umowie cesji była upoważniona do działania w jego imieniu;

2. art. 381<sup>1</sup>§1 kc poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, a to poprzez przyjęcie, że przedmiotem sporu nie jest świadczenie główne podczas gdy świadczenie wykupu jest świadczeniem głównym z objętej pozwem umowy i tym samym nie podlega ocenie w trybie powołanego art. 385<sup>1</sup>§1 kc;
3. art. 381<sup>1</sup>§1 kc poprzez jego błędne zastosowanie i uznanie postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) określających zasady wypłaty świadczenia wykupu za niedozwolone, podczas gdy zakwestionowane postanowienia nie naruszają interesu konsumenta i dobrych obyczajów, ponieważ istnieje bezpośredni związek pomiędzy mechanizmem wypłaty świadczenia wykupu a kosztami związanymi z przedterminową rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, co w konsekwencji powinno prowadzić do uznania, że zakwestionowane postanowienia nie stanowią klauzuli abuzywnej;
4. art. 385<sup>2</sup> kc poprzez jego niezastosowanie dla dokonania oceny postanowień określających zasady i wysokość wypłaty wartości wykupu;
5. art. 18 ust 2 ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej, poprzez dokonanie przez Sąd błędnej wykładni polegającej na uznaniu, że pozwane towarzystwo ubezpieczeń nie może pokrywać ze składek ubezpieczeniowych poniesionych kosztów prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej, podczas gdy jest to wykładnia contra legem, ponieważ przepis art. 18 ust 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej wprost nakłada taki obowiązek na zakłady ubezpieczeniowe;
6. §16 ust 4 rozporządzenia Ministra Finansów z 28 grudnia 2009r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i reasekuracji, poprzez dokonanie przez Sąd błędnej wykładni polegającej na uznaniu, że pozwane towarzystwo ubezpieczeń w związku z rozwiązaniem stosunku ubezpieczenia nie może obciążyć ubezpieczonych innymi kosztami, niż koszt obsługi likwidacji stosunku ubezpieczenia, podczas gdy jest to wykładnia contra legem, ponieważ ww. przepis wprost nakłada na zakłady ubezpieczeniowe obowiązek rozliczenia kosztów akwizycji w momencie rozwiązania stosunku ubezpieczenia;
7. art. 217§1 w zw. z art. 227 kpc polegające na oddaleniu przez Sąd I instancji wniosku dowodowego pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego aktuarusza, jako nie mającego istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia w sprawie, podczas gdy pozwany zgłosił ten wniosek dowodowy w odpowiedzi na twierdzenia powoda dotyczące abuzywności postanowień określających wysokość świadczenia wykupu, a cele zawnioskowanych dowodów było wykazanie istnienia związku pomiędzy kwotą, o która zostało pomniejszone świadczenie wykupu a kosztami i ryzykiem poniesionym przez pozwanego w związku z objęciem ubezpieczonego ubezpieczeniem;
8. art. 217§1 w zw. z art. 227 kpc polegające na oddaleniu przez Sąd I instancji wniosku dowodowego pozwanego o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka M. W. i D. C. (1) , podczas gdy pozwany zgłosił ten wniosek dowodowy w odpowiedzi na twierdzenia powoda dotyczące abuzywności postanowień określających wysokość świadczenia wykupu, a cele zawnioskowanych dowodów było ustalenie okoliczności przystąpienia cedenta do ubezpieczenia;
9. art. 233§1 kpc poprzez brak wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego przy dokonywaniu oceny abuzywności postanowień dotyczących świadczenia wartości wykupu w postaci dokumentu Deklaracji Przystąpienia wraz z załącznikami, podczas gdy z treści tych dokumentów wynika, że przystępując do ubezpieczenia ubezpieczony wiedział w jakiej wysokości pozwany wypłaca świadczenie wartości wykupu w przypadku wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia, a co za tym idzie, postanowienia dotyczące zasad wypłaty świadczenia wartości wykupu nie naruszyły w sposób rażący prawa ubezpieczonego, skoro mają świadomość negatywnych konsekwencji przedterminowej rezygnacji z ubezpieczenia ubezpieczony zdecydował się do niego przystąpić.

**Sąd Okręgowy dodatkowo ustalił:**

A. S. była umocowana do podpisywania w imieniu (...)Sp. zo.o. we W. umów z pozyskanymi przez spółkę klientami i kontrahentami.

**Dowód : pełnomocnictwo z dnia 19 stycznia 2015 r. wraz z odpisem KRS k. 158, i 159-162;**

**Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

Apelacja strony pozwanej nie dawała uzasadnionych podstaw prowadzących do wzruszenia zaskarżonego wyroku. Sąd I instancji dokonał bowiem prawidłowych ustaleń stanu faktycznego, a podjęte rozstrzygnięcie znajduje oparcie w obowiązujących przepisach oraz w wywiedzionych na ich podstawie niewadliwych rozważaniach prawnych, które Sąd Odwoławczy podzielił i przyjął za własne.

W rozpatrywanej sprawie Sąd Rejonowy zakwestionowane przez stronę powodową postanowienie warunków ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) uznał za niedozwoloną klauzulę umowną, stwierdzając, iż w tym stanie rzeczy nie wiązało ono strony powodowej, a zatrzymana na jego podstawie przez stronę pozwaną kwota podlegała zwrotowi (art. 385<sup>1</sup>kc). Ze stanowiskiem tym nie zgodziła się strona pozwana, podnosząc szereg zarzutów naruszenia tak regulacji procesowych jak i prawa materialnego, których jednak Sąd II instancji nie podzielił.

W pierwszym rzędzie za nietrafny uznał Sąd Okręgowy zarzut naruszenia art. 509 kc z racji podnoszonego **dopiero na etapie apelacji** braku wykazania przez stronę powodową umocowania dla osoby podpisującej umowę cesji imieniem strony powodowej. Strona pozwana w toku postępowania pierwszoinstancyjnego nie negowała ważności umowy cesji z powyższą argumentacją, a w następstwie podniesionego w apelacji zarzutu strona powodowa przedłożyła pełnomocnictwo dla A. S. udzielone przez prezesa zarządu powodowej spółki (k. 158 akt). Legitymacja strony powodowej w niniejszej sprawie nie budziła zatem żadnych wątpliwości, w tym również Sądu Okręgowego, tym bardziej przecież w kontekście pozostałych dowodów w aktach sprawy, w tym i powiadomienia o cesji wierzytelności wystosowanego do strony pozwanej nie tylko przez stronę powodową, ale i przez cedenta D. C. (1) (k.30 akt). Negowanie ważności umowy cesji przez stronę pozwaną, w sytuacji gdy nie czyniły tego strony umowy cesji potwierdzając jej zawarcie, czyniło wywiedziony w tym zakresie zarzut apelacji za całkowicie bezzasadny.

Dalej zauważa Sąd Okręgowy, w kontekście podniesionych zarzutów apelacyjnych, iż wbrew zarzutom strony skarżącej również ocena dowodów przez Sąd Rejonowy przeprowadzona pozostawała, prawidłową, nie nosząc znamion dowolności i pozostając zgodną z zasadami doświadczenia życiowego. Strona pozwana nie zdołała skutecznie zdyskwalifikować wyników przeprowadzonego przez Sąd Rejonowy postępowania dowodowego, by móc następnie oczekiwać odmiennej oceny powództwa. Brak przedstawienia przekonujących argumentów na okoliczność dopuszczenia się przez Sąd I instancji zarzucanego uchybienia rygorom art. 233 § 1 k.p.c. co do sposobu gromadzenia i oceny materiału dowodowego, w tym brak określenia kryteriów oceny, które Sąd ten naruszył przy ocenie wiarygodności poszczególnych dowodów, przekładał się na bezzasadność omawianego zarzutu, pozwalając jedynie na uznanie, że zarzut ten był wyrazem dezaprobaty ustalonego przez Sąd I instancji stanu faktycznego wyłącznie z tej przyczyny, że zgromadzony materiał dowodowy nie wspierał twierdzeń strony pozwanej zgodnych z jej stanowiskiem w procesie. Samo zaś przekonanie strony o innej niż przyjął Sąd doniosłości poszczególnych dowodów lub ich odmiennej ocenie niż ocena Sądu nie jest wystarczające do podniesienia zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. W przekonaniu Sądu Okręgowego ocena wyrażona przez Sąd Rejonowy została dokonana na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału, przy uwzględnieniu wszystkich przeprowadzonych dowodów, i okoliczności mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności. Sąd odwołał się do merytorycznych i rzeczowych argumentów potwierdzających trafność dokonanej oceny. Poczynione ustalenia faktyczne nie wykazują błędów tak faktycznych, ani logicznych, a wyprowadzone przez Sąd wnioski mają należyte umocowanie w zebranych materiale dowodowym, układają się w logiczną całość, pozostającą w pełnej zgodzie z doświadczeniem życiowym. Analiza skonkretyzowanych zarzutów apelacji dotyczących naruszenia art. 233 k.p.c. nie pozwala na przyjęcie twierdzenia strony pozwanej, iż o jego naruszeniu przy ocenie abuzywności postanowień dotyczących świadczenia wykupu świadczyć ma nierozważnie dowodu w postaci deklaracji przystąpienia wraz załącznikami. Rzeczony dowód, który Sąd Rejonowy dopuścił, wbrew ocenie strony apelującej nie miały wpływu na ocenę Sądu w niniejszej sprawie,



uwzględniając okoliczności na jakie je zawnioskowano, a które były de facto bezsporne (poinformowanie D. C. (1) o zasadach rezygnacji), a co więcej pozostawały bez wpływu na rozstrzygnięcie z punktu widzenia przedmiotu niniejszej sprawy, bowiem podpisanie przez D. C. (1) deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia i znajomość jej treści pozostaje zupełnie bez wpływu na ocenę abuzywności postanowień umowy. To że ubezpieczony znał treść umowy ubezpieczenia nie wyklucza samo przez się abuzywności postanowień tejże umowy jak błędnie zdaje się przyjmować strona pozwana.

Za chybione uznać należało również podniesione przez stronę pozwaną zarzuty naruszenia przepisów prawa procesowego tj. art. 217 § 3 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez niedopuszczenie i nieprzeprowadzenie przez Sąd Rejonowy dowodu z opinii biegłego sądowego aktuarusza oraz zeznań świadków D. C. (1) i M. W.. Sąd decydując o dopuszczeniu dowodu przedstawionego przez stronę, rozważa przede wszystkim, czy dany fakt ma istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 227 k.p.c.), czy fakt ten wymaga udowodnienia (art. 228, 229 i 230 k.p.c.), czy dany środek dowodowy nie jest wykluczony (art. 246 i 247 k.p.c.), wreszcie czy okoliczność, na którą dowód został zgłoszony, nie została już dostatecznie wyjaśniona (art. 217 § 2 k.p.c.). Ocena, które fakty mają dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie, jest uzależniona od tego, jakie to są fakty, a także od tego, jak sformułowana i rozumiana jest norma prawna, którą zastosowano przy rozstrzygnięciu sprawy. Stan faktyczny w każdym postępowaniu jest oceniany w aspekcie przepisów prawa materialnego. Co za tym idzie, fakt jest istotny w rozumieniu art. 227 k.p.c., jeżeli dotyczy przedmiotu procesu oraz ma znaczenie prawne w tym sensie, że jego ustalenie jest konieczne z punktu widzenia normy prawnej, która miałaby zastosowanie do stanu faktycznego przedstawionego przez strony. Powołane przez stronę pozwaną dowody z zeznań świadków zmierzały do wykazania faktu przystąpienia D. C. (1) do ubezpieczenia a tym samym zgody na warunki objęcia ubezpieczeniem - a zatem okoliczności bezspornej, jak już wyżej wskazywał Sąd Okręgowy, co więcej nie rzutującej na rozstrzygnięcie, bowiem jak już podkreślono fakt podpisania deklaracji i znajomość treści oraz warunków umowy ubezpieczenia, na które ubezpieczony nie miał wpływu, nie sanuje abuzywności jej postanowień. Co się tyczy dowodu z opinii biegłego aktuarusza to wykazać miał związek świadczenia wykupu z kosztami i ryzykiem poniesionym przez pozwanego w związku z objęciem ubezpieczonego ubezpieczeniem, a ściślej, że jego wysokość jest usprawiedliwiona kosztami ponoszonymi przez stronę pozwaną, co miało zdaniem strony pozwanej, istotne znaczenie dla oceny, czy postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczeń dotyczące ustalania wysokości świadczenia wykupu, a obowiązujących u strony pozwanej stanowią klauzulę niedozwoloną. We wzorcu umowy ani w jej warunkach nie przewidziano powiązania pomniejszenia świadczenia wykupu z ekwiwalentem poniesionych przez pozwanego całościowych kosztów związanych z zawartą umową. Dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy nie miało, zatem znaczenia to, jakie koszty całościowo poniosła strona pozwana w związku z zawarciem umowy, a to, jakie są koszty w związku z rozwiązaniem tej konkretnej umowy, do wykazania, czego zgłoszone wnioski dowodowe w istocie nie zmierzały. Wobec tego, brak było również podstaw aby wskazane wyżej dowody Sąd Okręgowy dopuścił, w ramach kontroli instancyjnej postanowienia Sądu I instancji w oparciu o art. 380 k.p.c. W kontekście art. 385<sup>1</sup> kc **istotnym** pozostawała treść umowy (warunków ubezpieczenia) i to, że strona pozwana, jedynie w sposób w istocie ryczałtowy (procentowy) określiła wysokość świadczenia wykupu, bez wskazania w szczególności, iż zatrzymana kwota ma służyć pokryciu konkretnych kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z wcześniejszym rozwiązaniem umowy. Zatem próba dowodzenia dopiero na etapie postępowania sądowego wskazywanymi dowodami, w tym opinią biegłego celu tych opłat i zasadności określenia ich wysokości, nie mogła w istocie wpłynąć na zmianę oceny spornego postanowienia umownego, jako abuzywnego.

Materialnoprawne reguły ochrony konsumentów przed niedozwolonymi postanowieniami umownymi, które znajdują zastosowanie w ramach sądowej kontroli wzorców umownych określają przepisy art. 385<sup>1</sup>–385<sup>3</sup> k.c. Przepisy te znajdują zastosowanie do umów obligacyjnych zawieranych przez przedsiębiorców z konsumentami, z użyciem lub bez użycia wzorców, ale także do klauzul wzorców umownych używanych przy zawieraniu umów (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2003 r., V CK 277/02 oraz z dnia 7 grudnia 2006 r., III CSK 266/06). Klauzulą niedozwoloną jest postanowienie umowy zawartej z konsumentem (lub wzorca umownego), które spełnia (łącznie) wszystkie przesłanki określone w przepisie art. 385<sup>1</sup> k.c.: 1) nie jest postanowieniem uzgodnionym indywidualnie;

2) nie jest postanowieniem w sposób jednoznaczny określającym główne świadczenia stron; 3) kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Mając na uwadze powyższe, w pierwszej kolejności podzielić należało konstatację Sądu I instancji, że postanowienia Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) stanowią wzorzec umowy zaproponowany konsumentowi i niezgodniony z ubezpieczoną D. C. (1) indywidualnie, bowiem nie miała ona rzeczywistego wpływu na jego treść, podlegają tym samym sądowej ocenie przewidzianej w art. 385<sup>1</sup>–385<sup>3</sup> k.c., którym to normom Sąd Rejonowy wbrew zarzutom strony skarżącej nie uchybił. Strona skarżąca w kontekście podniesionego zarzutu naruszenia prawa materialnego art. 385<sup>1</sup> k.c., zasadniczą część argumentacji skoncentrowała na tym, że wbrew ocenie prawnej dokonanej przez Sąd I instancji świadczenie wykupu jest głównym świadczeniem zakładu ubezpieczeń wynikającym z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, wywodząc zarazem z tej okoliczności, że kontrola abuzywności spornego świadczenia powinna zostać wyłączona. Stanowiska tego nie sposób było jednak podzielić. Jak wynika z § 1 WU, że strony zawarły umowę ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Świadczenie główne stron umowy należało zatem ocenić przez pryzmat łączącej strony umowy, tj. na podstawie art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt 1 k.c. W rozpoznawanej sprawie głównym świadczeniem w ramach umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, po stronie ubezpieczonego była zapłata składki ubezpieczeniowej, zaś po stronie pozwanej, wypłata świadczenia ubezpieczeniowego (określonej sumy pieniężnej) w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Przedmiotem umowy było życie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia obejmował określone zdarzenia ubezpieczeniowe; dożycie daty dożycia oraz śmierć ubezpieczonego (§ 3 WU), jednocześnie celem umowy pozostawało gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego. Analizowana w sprawie umowa jest, zatem umową mieszaną z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Przewidziana umową ochrona ubezpieczeniowa ma jednak ze względu na sumę ubezpieczenia charakter symboliczny, dominuje, więc aspekt kapitałowy uzasadniający pogląd, że cel umowy zakłada istnienie długotrwałego stabilnego stosunku prawnego łączącego strony **w celu** zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewnia także ubezpieczycielowi określone korzyści. Uzasadniając powyższe stanowisko wskazać należy, że tego typu umowy nie są zawierane przez klientów w celu uzyskania jakiegos świadczenia na wypadek śmierci czy też dożycia, choć konstrukcja ogólnych warunków ubezpieczenia mogłaby wskazywać, że te dwa cele są celami głównymi umowy, ale mają być one dla konsumentów alternatywną dla lokat bankowych i zwykłych rachunków inwestycyjnych formą uzyskiwania korzyści z kapitału. Zauważyć należy, iż umowa do jakiej przystąpiła D. C. (1) posługuje się tak sumą ubezpieczenia z tytułu śmierci czy z tytułu dożycia (świadczenia wypłacane w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego tj. śmierci lub dożycia do końca okresu ubezpieczeniowego) jak i pojęciem świadczenia wykupu, tj. zamianą jednostek uczestnictwa zgodnie z §18 warunków ubezpieczenia, a więc w sytuacji rezygnacji z ubezpieczenia. Kwestia świadczenia wykupu powstaje, zatem w sytuacji wcześniejszego rozwiązania umowy. Uznania świadczenia wykupu za świadczenie główne oznaczałoby w istocie, że celem zawartej umowy jest jej wcześniejsze rozwiązanie, co pozbawione byłoby logiki.

Zaznaczenia wymaga również, iż elementy istotne umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (do jakiej to powód przystąpił) zostały określone w art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej Zgodnie z tym uregulowaniem (...) było obowiązane do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia: 1) wykazu oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych; 2) zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia; 3) regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne; 4) zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego; 5) zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w szczególności w zakresie określonym w pkt 4 i 5, oraz

terminu zamiany składek na jednostki tego funduszu ( art. 13 ust.1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. A zatem już z literalnego brzmienia art. 13 ust. 4 pkt.2 i pkt 5 omawianej ustawy wynika możliwość pobrania różnego rodzaju opłat oraz wskazania zasad ustalenia wysokości świadczenia. Jednakże nie można zaliczyć ich do świadczeń głównych. Tym samym świadczenia główne z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, do której D. C. (1) przystąpiła, to niewątpliwie ze strony konsumenta obowiązek uiszczenia składki ubezpieczeniowej, a ze strony(...) - wypłata środków pieniężnych: sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci lub dożycia. Zatem ewentualne obciążenia czy koszty związane z realizacją umowy czy jej zakończeniem – choć ostatecznie wpływają na wysokość świadczenia głównego zakładu ubezpieczeń - mają charakter uboczny.

W pojęciu świadczenia głównego mieszczą się podstawowe świadczenia w ramach danej umowy, które z tego względu charakteryzują tę umowę, a inne warunki mają w tym zakresie jedynie charakter posiłkowy. Dla prawidłowej interpretacji pojęcia „świadczenia głównego” niezbędna może okazać się analiza nie tylko postanowienia umowy, która go definiuje, ale także charakter, ogólna systematyka i całość postanowień danej umowy, a także jej kontekst prawny i faktyczny. Oznacza to, że nie należy sugerować się jedynie postanowieniem umownym skonstruowanym przez ubezpieczyciela, który arbitralnie przesądza w umowie, co jest świadczeniem głównym. Przyjmując taką argumentację, każdy przedsiębiorca mógłby wyłączać dowolne postanowienie umowne z kontroli abuzywności, tylko z tego powodu, że zdefiniował je w umowie jako świadczenie główne. W niniejszej sprawie oznaczałoby to, że celem umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest, aby konsument mógł ją rozwiązać przed terminem i skorzystać z „wartości wykupu”, czyli wypłaty zgromadzonych na rachunku środków po ich obciążeniu różnego rodzaju opłatami. Takie podejście należy uznać za nieracjonalne, gdyż konsument w momencie zawierania umowy na czas określony nie ma na celu jej wcześniejszego rozwiązania. Taki zamiar pojawia się dopiero w późniejszym etapie wykonania umowy, np. w momencie, w którym zgromadzony kapitał nie przynosi zysku, a bieżące opłaty pobierane przez ubezpieczyciela powodują dodatkowe straty. Ubezpieczyciel w przypadku umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym działa na zlecenie ubezpieczającego, a umowa przypomina zarządzanie powierzonymi aktywami na zlecenie. W tego typu konstrukcji to konsument ponosi finansowe konsekwencje inwestycji. Inaczej mówiąc ryzyko inwestycyjne, a tym samym ryzyko nietrafionych decyzji i złej koniunktury na rynkach finansowych, obarcza konsumenta, a nie ubezpieczyciela. Powyższe obrazuje, że główne świadczenie w ubezpieczeniu z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym musi być inne niż w przypadku ubezpieczenia na dożycie. W szczególności nie może nim być wartość wykupu, czyli wartość aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Ustalenie wysokości wartości wykupu jest bowiem niemożliwe w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zaś jej wartość jest zmienna, określana na bieżąco w trakcie trwania ubezpieczenia. Podlega ona zmianie tak, jak zmienia się wycena nabytych aktywów. O wartości wykupu decyduje więc koniunktura na rynkach finansowych. Ze względu na swoją nieokreśloność wartość wykupu nie jest możliwa do objęcia konsensusem stron. Z tego względu nie może stanowić przedmiotu świadczenia głównego w rozumieniu omawianych przepisów. Wartość wykupu to efekt świadczenia ubezpieczyciela, polegającego na zarządzaniu aktywami na zlecenie. Spieniężone aktywa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ubezpieczyciel jest zobowiązany zwrócić, a obowiązek zwrotnego przeniesienia środków pieniężnych na konsumenta jest integralnie wpisany w umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Obowiązek ten powstaje już w chwili zawarcia umowy, a jego aktualizacja dokonuje się poprzez złożenie oświadczenia przez konsumenta, np. w ramach tzw. wartości wykupu (całkowitego bądź częściowego). Należy zatem uznać, że wypłata wartości wykupu to jeden z obowiązków ubezpieczyciela, odrębny od świadczenia głównego umowy, czyli inwestowania na zlecenie aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. W związku z powyższym świadczenie wykupu nie stanowi świadczenia głównego rozumieniu art. 385<sup>1</sup> k.c., a co za tym idzie, postanowienie w tym zakresie mogło być poddane sądowej ocenie przewidzianej w tym przepisie.

Zgodnie z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. kolejnym kryterium oceny decydującym o uznaniu klauzuli za niedozwoloną jest kształtowanie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Uznanie konkretnej klauzuli umownej za niedozwolone postanowienie umowne wymaga, więc stwierdzenia łącznego wystąpienia obu przesłanek – „sprzeczności z dobrymi obyczajami” oraz „rażącego naruszenia interesów konsumenta” ( wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 sierpnia 2013 r., I CSK 660/12). Tak

też w szczególności kwalifikowane są wszelkie postanowienia, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między partnerami umowy. Właśnie brak równowagi kontraktowej jest najczęściej wskazywanym przejawem naruszenia dobrych obyczajów drogą zastosowania określonych klauzul umownych. Dla uznania klauzuli za niedozwoloną, zgodnie z przepisem art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., poza kształtowaniem praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, musi ona rażąco naruszać jego interesy. Należy przy tym uwzględnić nie tylko interesy o wymiarze ekonomicznym, ale inne, zasługujące na ochronę dobra konsumenta, w tym również satysfakcję z zawarcia umowy o określonej treści (por. M. Bednarek (w:) System prawa prywatnego, t. 5, s. 768–769; E. Łętowska, Prawo umów konsumenckich, s. 341). Przyjmuje się, że postanowienia umowy rażąco naruszają interes konsumenta, jeżeli poważnie, znacząco odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron. W wyroku z dnia 13 lipca 2005 r. (I CK 832/04) Sąd Najwyższy stwierdził, że „rażące naruszenie interesów konsumenta” oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym. Ocena stopnia naruszenia powinna być dokonywana z uwzględnieniem kryteriów przedmiotowych (np. dotyczących wielkości świadczeń), jak i podmiotowych (np. profesjonalista-lider w branży, konsument). Sąd Odwoławczy całkowicie podzielił stanowisko Sądu I instancji uznające sporne postanowienia umowy ubezpieczenia (określające wysokość kwoty zatrzymanej w związku z likwidacją polisy) jako kształtujące prawa i obowiązki ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszające interesy. Wprawdzie D. C. (2) przystąpiła do umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym dobrowolnie, jednakże niedopuszczalna - w ocenie Sądu Okręgowego - jest sytuacja, w której jedna ze stron, wykorzystując swoją pozycję profesjonalisty, kształtuje wzorzec umowny w taki sposób, że wprowadza do niego konstrukcję prawną, która prowadzi do pokrzywdzenia ubezpieczonego ze stron stosunku prawnego - w tym wypadku konsumenta. W szczególności nie może mieć miejsca przypadek, w którym konsument w trakcie wykonywania umowy lub w związku z jej rozwiązaniem zostaje obciążony na rzecz profesjonalnego kontrahenta nadmiernymi, a wręcz nawet rażąco wygórowanymi kosztami, nijak nie przystającymi do rzeczywistych wydatków ponoszonych w tym zakresie. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 23 marca 2005 r. (sygn. I CK 586/04), dopuszczalność umownego zobowiązania się nabywcy na wypadek odstąpienia od umowy do zwrotu kosztów niezbędnych do jej zawarcia, nie oznacza dopuszczalności zobowiązania do zwrotu dowolnie oznaczonej kwoty. Koszt niezbędny do zawarcia umowy może być określony kwotowo bądź procentowo, ale nie zwalnia to przedsiębiorcy od wykazania, że poniósł koszty w kwocie określonej w umowie, że pozostają one w normalnym związku przyczynowym z zawarciem umowy i były niezbędne do jej zawarcia, czego pozwany nie wykazał. Umowa ubezpieczenia jest bowiem umową wzajemnie zobowiązującą, a zatem świadczenia stron winny być ekwiwalentne (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 4 kwietnia 2013 r., VI ACa 1324/12). Zakwestionowane w sprawie postanowienie umowne dotyczące ustalania wysokości świadczenia wykupu nakładają na konsumenta w istocie obowiązek poniesienia sankcji za wcześniejsze rozwiązanie umowy w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Słusznie uznał Sąd Rejonowy, iż ukształtowanie instytucji wartości wykupu w sposób, który w realiach niniejszej sprawy pozwolił stronie pozwanej w czwartym roku trwania umowy na zatrzymanie 65% wartości rachunku udziałów, było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy ubezpieczonego. Zdaniem Sądu Odwoławczego kwestionowane świadczenie wykupu (zważywszy na jego wysokość), stanowiło nie tylko niczym nie uzasadnioną dolegliwość dla konsumenta, ale przede wszystkim zostało pomyślane jako źródło dodatkowego zarobkowania dla strony skarżącej a nie pokrycia rzeczywiście poniesionych przez ubezpieczyciela kosztów. W niniejszej sprawie mechanizm ustalania wartości wykupu ustalony został arbitralnie i abstrahuje całkowicie od wskazania faktycznie poniesionych kosztów związanych z konkretną umową, odnosząc się jedynie procentowo do aktualnej wartości rachunku udziałów. Co więcej warunki łączącej strony umowy nie wskazywały w żadnym miejscu by zatrzymywane środki stanowić miały ekwiwalent poniesionych przez ubezpieczyciela określonych kosztów, co przemawia za wyłącznie sankcyjnym charakterem tej należności, która pozwalała na przejęcie przez ubezpieczyciela znacznej części wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ubezpieczyciela wydatków, stanowiąc w istocie rodzaj rażąco wygórowanej kary umownej. Strona pozwana w umowie –warunkach ubezpieczenia ani słowem nie wskazuje charakteru jaki ma mieć wartość wykupu ustalana w związku z likwidacją polisy, jakie wydatki pozwanego ma pokrywać zatrzymana w określonym procencie część zgromadzonych środków. Pozwany, wprowadzając do umowy ubezpieczenia wzorzec, zobowiązany był do tego, by jednoznacznie sprecyzować jego

treść, w tym zdefiniować pojęcia opłat czy innych pobieranych świadczeń, poprzez wskazanie ich ekwiwalentności. Ubezpieczyciel nie definiuje wartości wykupu, wskazując jedynie, iż jest to kwota wypłacana na zasadach ustalonych w §18 warunków ubezpieczenia, w którym to wskazano, iż wartość wykupu stanowi iloczyn umorzonej wartości rachunku udziałów oraz stawki procentowej właściwej dla roku polisowego w którym zaistniała dyspozycja częściowej lub całkowitej wypłaty. Skoro więc pozwany nie wyjaśnił w warunkach ubezpieczenia na czym polega właściwie wartość wykupu i dlaczego w taki sposób jest ukształtowana jego wysokość tj. jako procent wartości rachunku nadto inny w każdym roku trwania umowy, uznać należało, że przywołane postanowienia nie mogą stanowić ważnej podstawy do ustalenia wartości wykupu, albowiem uznać je należało za bezskuteczne. Jak już wyżej wspomniano, w warunkach ubezpieczenia brak jest jakichkolwiek zapisów, które wskazywałyby na funkcję takiego świadczenia. Takie postanowienie należy ocenić, jako sankcję, którą strona pozwana przewidziała za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy zasadniczo bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami. Klauzule określające to świadczenie nie uwzględniały i nie zabezpieczyły interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla ubezpieczonego. Z uwagi na powyższe, bez znaczenia dla oceny postanowień zakwestionowanych przez stronę powodową pozostaje przedstawienie dopiero w postępowaniu sądowym dowodów czy raczej środków dowodowych (opinia biegłego) z powołaniem się, na które pozwany podjął próbę wykazania, jakie koszty i w jakiej wysokości pokryć miało świadczenie wykupu. Przecież skutek w postaci bezskuteczności zaskarżonych postanowień powoduje, że nie mają one zastosowania od chwili zawarcia umowy. Poza tym, w ocenie Sądu brak jest także podstaw do przyjęcia, aby to ubezpieczony – w ramach spornej należności miał zrekompensować pozwanemu wszelkie koszty związane z zawarciem umowy (co wykazać miał dowód z opinii biegłego) w kontekście zastrzeżenia w warunkach ubezpieczenia (§14), szeregu opłat, które cel ów miały realizować (opłata za zarządzenie funduszem, obejmująca opłatę za ryzyko, opłata administracyjna, oraz opłaty za przeniesienie środków, opłaty za zaminę podziału składki bieżącej).

Nie sposób, zatem obecnie uznać, iż świadczenie pobrane w związku z likwidacją polisy o jakim nie ma w ogóle wzmianki we wskazanym §14 WU miałyby pokrywać wszelkie koszty związane z umową. Co więcej sam mechanizm ustalania wartości wykupu (procentowy) nie pozwala uznać związku zatrzymango świadczenia z faktycznymi kosztami strony pozwanej, tym bardziej przecież, iż kwota bazowa (wartość rachunku), która wypłacana jest ubezpieczonemu i którą pomniejsza się o określony procent ustalając wartość wykupu przy wcześniejszym zakończeniu umowy - nie jest nawet znana w chwili podpisania umowy i nie będzie znana właściwie do ostatniej chwili, ponieważ wartości tych jednostek wynikają z wycen związanych z funkcjonowaniem rynku inwestycyjnego. Trzeba zaznaczyć, że ubezpieczony nigdy nie zobowiązywał się do zwrotu na rzecz strony pozwanej kosztów akwizycji, tj. kosztów wynagrodzenia (prowizji) agenta ubezpieczeniowego, pośrednika, czy innych podmiotów, w szczególności na wypadek wygaśnięcia umowy przed upływem jej trwania, zaś poniesienie tych kosztów przez pozwanego nie pozostawało w związku przyczynowym z wygaśnięciem łączącej strony umowy ubezpieczenia. Ubezpieczony nie miał żadnego wpływu na wysokość tego wynagrodzenia. Mechanizm ustalania wartości wykupu ustalony został arbitralnie i abstrahuje całkowicie od wskazania faktycznie poniesionych kosztów związanych z konkretną umową, odnosząc się jedynie procentowo do aktualnej wartości rynkowej jednostek funduszu. Tak więc jego celem było wywarcie na konsumentach presji, w celu dalszego trwania w stosunku umownym, a nie zabezpieczenie własnych interesów poprzez minimalizację strat związanych z tym, że strona poniosła koszty licząc na długoletnie trwanie stosunku umownego. 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 kapitałowym, 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 kapitałowego. Analizując przedmiotową umowę, ubezpieczyciel nie wskazał na jasną zasadę ustalania wysokości tych kosztów. Ta regulacja ma zapewnić klientowi możliwość rzeczywistej weryfikacji wysokości kosztów i poprawności ich wyliczenia oraz ustalić, czy takie warunki są dla niego opłacalne. Zawarte w §18 Warunków Ubezpieczenia postanowienia absolutnie nie dają konsumentowi podstaw do dokonania takich operacji. Ustalenie wartości wykupu w ocenie Sądu Okręgowego nie może polegać na obciążaniu powoda nieczytelnymi, w żaden sposób niezdefiniowanymi i niedającymi się zweryfikować kosztami działalności ubezpieczeniowej strony pozwanej. Zatem tak sformułowane postanowienie umowne narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejęcie

przez ubezpieczyciela większości zgromadzonych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków, stanowiąc przykład swoistej kary umownej.

Nietrafionym pozostawał i zarzut naruszenia art. 385<sup>2</sup> k.c. mający polegać na dokonaniu oceny zgodności postanowienia wzorca z dobrymi obyczajami bez uwzględnienia pełnej treści umowy. Wskazać należy, iż cel umowy ubezpieczeniowej o charakterze takim, do jakiej przystąpiła D. C. (1), zakładał istnienie długotrwałego, stabilnego stosunku prawnego w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewniać miało także ubezpieczycielowi określone korzyści. Zrozumiałe jest, więc, że strona pozwana była zainteresowana jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczającego składek w celu ich dalszego inwestowania. Jednakże mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może polegać na obciążaniu ich, w przypadku wypowiedzenia przez nich umowy kosztami, których charakter, funkcja oraz mechanizm ustalania nie zostały w warunkach umowy wyjaśnione. Jest to zaś okoliczność o kardynalnym znaczeniu dla oceny niedozwolonego charakteru tego postanowienia umownego w świetle art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. W ocenie Sąd Okręgowy, mimo, że strona pozwana miała prawo zagwarantować sobie zabezpieczenia na wypadek odstąpienia od umowy przez ubezpieczonego, to nie może przyjąć jakoby uczyniła to w sposób zgodny z dobrymi obyczajami. Pozwany, jako profesjonalista powinien 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. 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.

Bezprzedmiotowe w świetle powyższego pozostawały i powoływane w apelacji zarzuty naruszenia przepisów art. 18 ust.2 ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej oraz przepisów Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. Nikt nie odmawia pozwanemu prawa do rozliczenia kosztów poniesionych w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy, podkreślić jednak trzeba konieczność ich konkretyzacji i rzetelnego poinformowania klienta przed zawarciem umowy, czego pozwany w realiach niniejszej sprawy nie dopełnił. Dla wykazania, że pozwany poniósł określone koszty działalności pozostające w związku ze stosunkiem ubezpieczenia nawiązanym i przedterminowo rozwiązanym z powodem, nie jest wystarczające samo przywołanie zapisów powołanej wyżej ustawy, które określają zasady ustalenia składki ubezpieczeniowej czy obligują do rentownego prowadzenia działalności przez ubezpieczyciela.; czy zapisów wzmiankowanego rozporządzenia, które określa jedynie ogólnie poszczególne kategorie kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z prowadzoną przez niego działalnością. Ustawowe warunki prowadzenia działalności ubezpieczeniowej nie mogą być realizowane z uszczerbkiem dla uregulowań dotyczących ochrony konsumentkiej. Wyżej przywołane przepisy regulujące działalność ubezpieczeniową nie mogą natomiast uzasadniać przerzucenia ryzyka związanego z prowadzoną przez pozwanego działalnością gospodarczą na konsumenta.

W świetle powyższego przyjęte w umowie świadczenie wykupu jest niezgodne z dobrymi obyczajami, wymagającymi lojalności przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz jasnych i przejrzystych postanowień umownych bez zatajania jakichkolwiek okoliczności wpływających na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta w razie zawarcia umowy.

Mając na względzie całość powyższej argumentacji wskazującej na bezzasadność zarzutów apelacyjnych, Sąd Okręgowy podzielił stanowisko Sądu Rejonowego, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia przewidujące pomniejszanie wartości wykupu w razie rozwiązania umowy przed końcem czasu jej trwania mają charakter niedozwolonej klauzuli umownej i jako takie ubezpieczonego nie wiązały. W konsekwencji ustalone na ich podstawie pomniejszenie wartości wykupu miało charakter świadczenia nienależnego i zatrzymana kwota, winna być zwrócona według konstrukcji zwrotu nienależnego świadczenia w rozumieniu art. 410 § 1 k.c., albowiem odpowiedzialność pozwanego lokuje się w płaszczyźnie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu (art. 405 kc).

W kontekście powyższych ustaleń, w ocenie Sądu Okręgowego, brak było podstaw do podważenia wydanego w sprawie rozstrzygnięcia. Bardzo szeroka polemika podjęta w apelacji nie usprawiedliwiała zarzutu naruszenia przez Sąd Rejonowy wskazanych przepisów, co stwierdziwszy, Sąd Okręgowy nie miał obowiązku kolejnego, szczegółowego przytoczenia argumentów na rzecz prawidłowego rozstrzygnięcia, które było udziałem Sądu I instancji a które Sąd Odwoławczy akceptuje.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy, uznając apelację za bezzasadną, na podstawie art. 385 k.p.c., orzekł jak w punkcie I sentencji.

Orzeczenie o kosztach postępowania apelacyjnego ( punkt II sentencji) oparto na przepisie art. 98 k.p.c. Strona powodowa wygrała w postępowaniu apelacyjnym, tym samym należał jej się zwrot kosztów poniesionych w postępowaniu drugoinstancyjnym, na które złożyły się koszty zastępstwa procesowego w stawce zgodnej z §2 pkt 3 w zw. z §10 ust 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za adwokatów w brzmieniu obowiązującym od 27 października 2016r. nadanym nowelą z 3 października 2016r.