

**Sygn. akt I C 493/16**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 listopada 2016 roku

Sąd Rejonowy w Gliwicach Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSR Kamilla Gos-Górska

Protokolant: Sebastian Jankowski

po rozpoznaniu w dniu 15 listopada 2016 roku w Gliwicach

na rozprawie sprawy z powództwa **I. D., W. D., M. D.**

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

o zapłatę

1. zasądza od pozwanej (...) S.A. w W. na rzecz powódki I. D. kwotę 7.591 zł (siedem tysięcy pięćset dziewięćdziesiąt jeden złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 21 stycznia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo I. D. w pozostałym zakresie;
3. zasądza od pozwanej (...) S.A. w W. na rzecz powoda W. D. kwotę 7.591 zł (siedem tysięcy pięćset dziewięćdziesiąt jeden złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 21 stycznia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;
4. oddala powództwo W. D. w pozostałym zakresie;
5. zasądza od pozwanej (...) S.A. w W. na rzecz powoda M. D. kwotę 7.591 zł (siedem tysięcy pięćset dziewięćdziesiąt jeden złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 21 stycznia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;
6. oddala powództwo M. D. w pozostałym zakresie;
7. koszty postępowania w stosunku pomiędzy powódką I. D. a pozwaną (...) S.A. w W. stosunkowo rozdziela, obciążając nimi pozwaną w 67 % a powódkę w 33 %, pozostawiając szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu;
8. koszty postępowania w stosunku pomiędzy powodem W. D. a pozwaną (...) S.A. w W. stosunkowo rozdziela, obciążając nimi pozwaną w 67 % a powoda w 33 %, pozostawiając szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu;
9. koszty postępowania w stosunku pomiędzy powodem W. D. a pozwaną (...) S.A. w W. stosunkowo rozdziela, obciążając nimi pozwaną w 67 % a powoda w 33 %, pozostawiając szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu.

SSR Kamilla Gos-Górska

Sygn. akt I C 493/16

## UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym w dniu 18 marca 2016 r. powodowie I. D., W. D. i M. D. domagali się zasądzenia od pozwanej (...)S.A. w W. kwot po 11.360,57 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 21 stycznia 2015 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenia od pozwanej na rzecz każdego z powodów poniesionych kosztów postępowania. W uzasadnieniu powodowie wskazali, że 12 września

2012 r. A. D., którego są spadkobiercami, zawarł umowę ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem kapitałowym (...) w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) S.A. a (...) sp. z o.o. s.k. (...) wykupioną polisę zapłacił składkę w kwocie 80.000 zł. A. D. zmarł 24.10.2014 r. a pozwana wypłaciła powodom 46.018,27 zł, w tym 100 zł dodatkowego świadczenia z tytułu śmierci. Powodowie zarzucili, że nazwa produktu wskazywała jednoznacznie, że jest to ubezpieczenie na życie i tego ryzyka winna dotyczyć składka. W oparciu o art. 385<sup>(1)</sup> § 1 k.c. zarzucili, iż umowa zawiera klauzule niedozwolone, a tym samym nie wiążą one stron. Pobrana część składki miała zatem charakter świadczenia nienależnego i winna zostać zwrócona na podstawie art. 405 w zw. z art. 410 k.c.

W odpowiedzi na pozew pozwana wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie od powodów kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w wysokości podwójnej stawki. Podniosła, że A. D. nawiązał stosunek ubezpieczenia a nie zawarł umowy z pozwaną. Ubezpieczony w umowie grupowej nie jest stroną umowy a jej beneficjentem. Wpłacona składka 80.000 zł została w całości zaalokowana do ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, co oznacza, że nabyto za nią udziały jednostki zaewidencjonowane na rachunku ubezpieczonego. Dokonując wypłaty spadkobiercom, pozwana wypłaciła 100% wartości rachunku udziałów ubezpieczonego, tj. 45.918,27 zł. Suma wypłacana z tytułu zgonu jest precyzyjnie określona w Warunkach Ubezpieczenia. Zawarta umowa ma charakter mieszany, łącząc elementy umowy ubezpieczenia na życie (art. 805 i 829 § 1 pkt 1 k.c.) oraz umowę, której przedmiotem jest inwestowanie aktywów na rachunek i ryzyko ubezpieczonego. Pozwana wyjaśniła też przyczyny, dla których wypłacona kwota była niższa aniżeli wpłacona składka, wskazując, że w dacie uiszczenia składki wartość udziału jednostkowego to 250 zł a w dniu umorzenia 220,877 zł. Zarzuciła, że powodowie nie wskazali, które z postanowień umowy jest przez nich kwestionowane. Dalej powołała orzeczenia sądów, że świadczenie do wypłaty którego obowiązany jest ubezpieczyciel jest świadczeniem głównym, zatem dotyczące ich postanowienia nie mogą zostać uznane za klauzulę niedozwoloną.

W piśmie z 19 lutego 2016 r. powodowie oświadczyli, że kwestionują wyliczoną przez pozwaną wartość rachunku udziałów. Dalej w piśmie z 19 sierpnia 2016 r. podnosili, że nazwa umowy wprowadza konsumenta w błąd co do charakteru produktu, była sprzeczna z naturą stosunku ubezpieczenia i powinna zostać uznana za nieważną. A. D., jako osoba schorowana, nie zdecydowałby się nigdy na zawarcie umowy de facto inwestycyjnej.

W piśmie procesowym z 26 października 2016 r. pozwana podniosła, że świadczenie wypłacone uposażonym z tytułu śmierci jest świadczeniem głównym z umowy ubezpieczenia i pozostaje poza kontrolą ewentualnej abuzywności. Następnie pozwana wyjaśniła, że opłata za ryzyko jest opłatą konieczną w każdym ubezpieczeniu na życie i wynosiła 0,5% z kwoty 100 zł, a kwota ta (100 zł) została w całości wypłacona. Wskazała, że podstawę wyliczenia wartości świadczenia stanowiło 220 udziałów a nie 320 udziałów (ilość nabyta w chwili uiszczenia składki), z uwagi na pobieranie opłaty transakcyjnej poprzez umorzenie udziałów. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zakład ubezpieczeń ponosi koszty wynagrodzenia dystrybutora tego produktu, które są najwyższe w początkowym okresie ubezpieczenia. Częściowe ich pokrycie następuje z opłat pobranych, poprzez częściową amortyzację składki.

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

A. D. złożył deklarację przystąpienia do ubezpieczenia na podstawie Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z (...)Funduszem (...)w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) S.A. a Doradcy (...) Spółka z o.o. Sp. K. Ubezpieczenie objęło okres od 7 września 2012 r. do 6 września 2022 r. A. D. uiścił jednorazową składkę w wysokości 80.000 zł, która została ulokowana w Funduszu poprzez nabycie w dniu 7 września 2012 r. 320 udziałów jednostkowych po cenie 250 zł. W dniu

12 września 2012 r. wystawiono certyfikat potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową.

W Regulaminie Funduszu wskazano, że jego celem jest powiększanie wartości aktywów w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu, a w szczególności ochrona 100% kwoty składki na koniec okresu ubezpieczenia. Jednocześnie Towarzystwo oświadczyło, że nie gwarantuje osiągnięcia tego celu i nie odpowiada za ryzyko inwestycyjne.

/okoliczności częściowo bezsporne a ponadto: deklaracja przystąpienia k. 13, k. 98-99, certyfikat k. 12, Regulamin k. 14-16, k. 94-96/

W Warunkach Ubezpieczenia jako przedmiot ubezpieczenia określono życie. Zakresem ubezpieczenia objęto śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia i dożycie przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia (§ 3 ust. 2 Warunków Ubezpieczenia).

W przypadku śmierci ustalono, że Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe, na które składa się suma ubezpieczenia z tytułu śmierci i wartość rachunku udziałów (§ 3 ust. 3 w zw. z § 15 ust. 1 lit. a) Warunków Ubezpieczenia). Sumę ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego określono na poziomie stałym 100 zł (§ 16 ust. 1 Warunków Ubezpieczenia). Wartość rachunku udziałów to wartość udziałów jednostkowych zaewidencjonowanych na rachunku udziałów wyliczaną jako iloczyn liczby udziałów jednostkowych oraz wartość udziału jednostkowego w dniu wyceny (§ 2 pkt 31 Warunków Ubezpieczenia)

W § 14 Warunków zastrzeżono prawo Towarzystwa (...) do pobierania opłaty transakcyjnej, obejmującej opłatę za ryzyko, której wartość określono w Tabeli Opłat i Limitów. W Tabeli tej, stanowiącej załącznik do Warunków Ubezpieczenia, ustalono, że opłata transakcyjna pobierana jest w pierwszych sześciu miesiącach polisowych, naliczana jest procentowo, tj. 4,745% w każdym miesiącu polisowym i zawiera w sobie koszt opłaty za ryzyko. W tabeli opisano dni pierwszych sześciu miesięcy, w którym dochodzi do pobrania opłaty. Z kolei opłata za ryzyko wliczona jest w opłatę transakcyjną i naliczana procentowo przez cały okres ubezpieczenia od wartości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, tj. 0,5% w każdym miesiącu polisowym. Procentowy pobór opłaty został wskazany też w załączniku do deklaracji przystąpienia.

/dowody: Warunki Ubezpieczenia k. 17-22, k. 88-93, Tabela Opłat i Limitów k. 97, oświadczenie ubezpieczonego k. 100/

W kolejnych miesiącach od września 2012 r. do lutego 2013 r. Towarzystwo (...) pobierało opłatę za zarządzanie i opłatę za ryzyko poprzez umarżanie udziałów jednostkowych. Tytułem opłaty za zarządzanie w okresie pierwszych 6 miesięcy umorzono 28,47% nabytych jednostek (6 x 4,745%) z nabytych 320 jednostek. W historii operacji, opłatę tę nazwano „opłatą za zarządzanie”. Wynosiła ona stałą kwotę 3.795,50 zł, przeliczaną na jednostki według aktualnego kursu.

/okoliczności bezsporne a ponadto: pismo z 16.03.2015 r. k. 24-25/

Pismem z dnia 16 marca 2015 r., na skutek zgłoszenia roszczenia związanego ze śmiercią A. D., (...) S.A. zawiadomiło I. D., jako uposażoną, o wysokości należnego świadczenia w łącznej kwocie 46.018,27 zł, na którą złożyły się 100 zł tytułem sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i 45.918,27 zł odpowiadającą wartości rachunku udziałów z najbliższego dnia wyceny (220,8777 udziałów jednostkowych Funduszu o wartości 207,89 zł). Kwota ta została wypłacona uposażonej.

/dowody: pismo z 16.03.2015 r. k. 24-25, zgłoszenie roszczenia k. 34/

(...) S.A. z siedzibą w W. zawarła w dniu 31 lipca 2012 r. z (...) Doradcy Sp. z o.o. Sp. K. (Ubezpieczający) porozumienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) Funduszem (...), w której ustaliły, że Ubezpieczającemu przysługuje za czynności wykonywane w ramach umowy z 27 stycznia 2012 r. prawo do premii w wysokości 22,27% składki jednorazowej jaka zostanie uiszczona przez Ubezpieczonego.

/okoliczności bezsporne, a ponadto: porozumienie k. 138/

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o dokumenty złożone do akt sprawy, które nie były kwestionowane przez strony zastępowane przez profesjonalnych pełnomocników, a Sąd uznał je za wiarygodne. Czyniąc ustalenia, Sąd pominął zeznania powódki i dokumentację medyczną, uznając, że dotyczą one okoliczności nieistotnych dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo jako zasadne zasługiwało na uwzględnienie w części.

W niniejszym postępowaniu powodowie dochodzili od pozwanej zwrotu kwoty ponad świadczenie wypłacone przez pozwaną, powołując się na zawarcie umowy ubezpieczenia przez A. D. z pozwaną. Powodowie powoływali się na użycie klauzul abuzywnych w treści przedmiotowej umowy.

Pozwana twierdziła z kolei, że treść stosunku zobowiązaniowego łączącego ją z poprzednikiem prawnym powodów została ukształtowana w sposób precyzyjny i jednoznaczny. Wynikało z niej, że przedmiotem umowy było ubezpieczenie życia i dożycia A. D., połączone z funduszem kapitałowym opierającym się na inwestowaniu środków wniesionych tytułem składki.

Zgodnie z treścią 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**. Zapis § 3 zd. 1 tego przepisu wskazuje zaś, że nieuzgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu.

Dla zbadania tego, czy w okolicznościach niniejszej sprawy można mówić o występowaniu w treści stosunku umownego łączącego pozwaną z poprzednikiem prawnym powodów niedozwolonych postanowień umownych nie ma znaczenia rodzaj (charakter) umowy, która łączyła strony oraz to, czy uprawniony z takiej umowy był jej stroną w znaczeniu ścisłym (gdyż sam zawarł umowę o określonej treści), czy też do umowy przystąpił. Nie powinno budzić wątpliwości, że przystępując do umowy ubezpieczenia grupowego ubezpieczony staje się stroną stosunku prawnego, do którego przystąpił, w rezultacie czego zostają na niego nałożone określone obowiązki i przysługują mu określone uprawnienia. Także w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej z konsumentem przepisy obowiązującego prawa ustanawiają ogólny zakaz stosowania niedozwolonych postanowień umownych (art. 808 § 5 k.c.). Oznacza to, że ubezpieczony, który wprawdzie nie jest stroną umowy, może korzystać z instrumentów ochrony konsumenta związanych z niedozwolonymi postanowieniami umownymi, które mogą znaleźć się w umowie ubezpieczenia czy ogólnych warunkach ubezpieczenia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 8 stycznia 2015 r., I ACa 762/14).

Przechodząc do analizy treści stosunku zobowiązaniowego łączącego pozwaną z poprzednikiem prawnym powodów w pierwszej kolejności należy zauważyć, że A. D. przystąpił do umowy, która była umową o charakterze mieszanym – łączyła w sobie ubezpieczenie na życie i dożycie oraz umowę inwestycyjną. Zdaniem Sądu, rodzaj umowy, którą został objęty A. D. wynikała wprost z treści warunków ubezpieczenia i regulaminu funduszu. Zgodnie z zapisem § 3 ust. 1 warunków ubezpieczenia przedmiotem tego ubezpieczenia było **życie ubezpieczonego**, a umową ściśle związaną z tym ubezpieczeniem była umowa inwestycyjna, w ramach której składka wpłacona na poczet ubezpieczenia miała być **inwestowana w ramach funduszu** (...) L. (...) (§ 1 ust. 1 – 3 regulaminu funduszu). Sąd uznał, że w tym zakresie, a to co do charakteru nawiązanego stosunku, jego treść nie pozostawia wątpliwości, wyjaśniając tę kwestię już we wstępnych postanowieniach. Wydany certyfikat, jak też sama deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia, również powołują się na alokację 100% składki w funduszu, a nawet sama nazwa produktu podana jest jako ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym (powołując jego nazwę), wobec czego nieuzasadnione są twierdzenia powodów, że produkt miał służyć nawiązaniu typowego stosunku ubezpieczenia

na życie. Z tych przyczyn twierdzenia powodów, że nazwa umowy wprowadza konsumenta w błąd co do charakteru produktu, a dalej o konsekwencji uznania jej za nieważną z tych przyczyn, Sąd uznał za bezzasadne.

Jak wskazano już wyżej, zasadniczo postanowienia umowy zawieranej z konsumentem, niezgodnione z nim indywidualnie, nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. W ocenie Sądu sam charakter umowy łączącej A. D. z pozwaną i zastrzeżone w niej warunki nie przesądzały o tym, że postanowienia tej umowy miałyby zostać uznane za sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszającymi interesy A. D.. Należy mieć bowiem na uwadze, że w polskim prawie cywilnym obowiązuje swoboda umów wyrażająca się nie tylko w możliwości kształtowania treści stosunku umownego według własnego uznania, ale i – z pewnymi ograniczeniami – w możliwości wyboru kontrahenta, z którym dana osoba umowę chce zawrzeć. A. D. decydując się na zawarcie z pozwaną umowy ubezpieczeniowo – inwestycyjnej miał możliwość zapoznania się z warunkami oferowanej mu umowy, a nawet skonsultowania jej treści z inną osobą i podjęcia przemyślanej decyzji o wybranym sposobie lokacji posiadanych środków pieniężnych. Zasadniczo więc, zważając na treść regulaminów stanowiących załączniki do umowy, w ocenie Sądu, przedmiot umowy łączącej A. D. był określony w sposób precyzyjny, a to poprzez wskazanie, że umowa obejmuje ubezpieczenie na życie, jak też elementy inwestycyjne.

Sąd stwierdził jednak istnienie w umowie łączącej strony takich postanowień, które określając główne świadczenia stron, nie zostały sformułowane w sposób jednoznaczny, a dalej, że stanowiły one niedozwolone klauzule umowne, przez co nie mogły wiązać A. D.. Jak wskazano powyżej, o niedozwolonych postanowieniach umownych nie można mówić odnośnie głównych świadczeń stron, ale tylko wówczas, gdy zostały sformułowane w sposób **jednoznaczny**. Należy przy tym zauważyć, że pozwana nie powoływała się na indywidualne uzgodnienie postanowień umowy.

Jak wynika z treści regulaminu funduszu inwestycyjnego, celem funduszu było powiększanie wartości aktywów funduszu w wyniku wzrostu wartości jego lokat, a w szczególności celem tym była ochrona 100 % kwoty odpowiadającej składce jednorazowej na koniec okresu ubezpieczenia (§ 3 ust. 2 – 3 Regulaminu). Z umową inwestycyjną ściśle wiązały się postanowienia umowy ubezpieczenia, do której przystąpił A. D.. W § 3 ust. 3 warunków ubezpieczenia przewidziano, że w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia towarzystwo ubezpieczeń wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w § 15 pkt 1. Zgodnie z nim, z tytułu ubezpieczenia towarzystwo ubezpieczeń wypłaca – w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego określonej w § 16 ust. 1 (100 zł) oraz wartości rachunku udziałów. Wedle definicji przyjętych na potrzeby umowy, za „wartość rachunku udziałów” uważa się wartość udziałów jednostkowych, zaewidencjonowanych na rachunku udziałów wyliczaną jako iloczyn liczby udziałów jednostkowych oraz wartości udziału jednostkowego w dniu wyceny (§ 2 pkt 31 warunków ubezpieczenia). W ocenie Sądu powyższe postanowienia, a przez to umowa w tej części, posiada charakter jednoznaczny. Dla zawierającego umowę winno być zatem jasne, że w zakresie dotyczącym inwestycji w razie zaistnienia zdarzenia (śmierć lub dożycie) uzyska wypłatę stanowiącą iloczyn zgromadzonych udziałów jednostkowych i ich wartości. Postanowienia dotyczące sposobu ustalenia tej wartości nie zawierały jednak dalszych odesłań.

Tymczasem, zgodnie z § 14 ust. 1 – 2 warunków, towarzystwo ubezpieczeń **miało prawo** do pobrania opłaty transakcyjnej obejmującej opłatę za ryzyko, której wysokość oraz sposób pobierania określono w Tabeli Opłat i Limitów. Tabela ta stanowiła załącznik do warunków ubezpieczenia grupowego, którym został objęty A. D.. Wynikało z niej, że opłata transakcyjna pobierana jest w pierwszych sześciu miesiącach polisowych, naliczana procentowo od wartości składki jednorazowej w drugim dniu roboczym pierwszego miesiąca polisy oraz w pierwszym dniu roboczym drugiego, trzeciego, czwartego, piątego i szóstego miesiąca polisy, a jej pobranie następowało w najbliższym dniu wyceny po jej naliczeniu poprzez umorzenie udziałów jednostkowych z rachunku udziałów. Wysokość opłaty została ustalona na 4,745 % w każdym miesiącu polisowym, w którym opłata była zawierana i zawierała w sobie koszt opłaty za ryzyko.

Pomimo braku odesłania do powyższego przy określeniu świadczenia głównego, powyższe postanowienie miało fundamentalne znaczenie dla wysokości świadczenia z tytułu umowy. Pobranie opłaty, o której mowa powyżej, powodowało, że wraz z upływem okresu 6-ciu miesięcy, inwestujący tracił blisko 30% z zainwestowanych środków, co nie wynikało z ryzyka dotyczącego ewentualnej utraty wartości nabywanych udziałów, ale z faktu, iż były one umarzane, a zatem z każdym miesiącem wartość jego środków ulegała znacznemu obniżeniu. Przy czym, jak wynika ze złożonej Tabeli, umorzenie naliczane było od kwoty pierwotnie wniesionej, bez względu na to, że z każdym miesiącem środków przypisanych do wnoszącego składkę było mniej.

Zaprezentowany powyżej sposób ustalania wysokości świadczenia wypłacanego przez pozwaną na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, stanowiącego główne świadczenie pozwanej z punktu widzenia ubezpieczonego, zdaniem Sądu był wyjątkowo skomplikowany i zawoalowany. Postanowienia określające świadczenie w razie zajścia zdarzenia, odsyłając do definicji, sposobu ustalenia wysokości należnego świadczenia, nie odsyłały do postanowień dotyczących opłat, co jak wskazano powyżej, miało fundamentalne znaczenie dla możliwego do uzyskania wyniku finansowego. W sytuacji, gdy określenie przysługującego świadczenia wymaga sięgania do wielu różnych części dokumentów, a to Warunków Ubezpieczenia, Regulaminu, Tabeli Opłat i Limitów, mając przy tym na uwadze stworzenie wielu pojęć i ich definicji na potrzeby umowy, a przy tym analizy zapisów, choć zawartych, to jednak do których nie odwołują się postanowienia określające świadczenie, nie można – w ocenie Sądu – uznać, że takie określenie świadczenia ma charakter jednoznaczny. Zdaniem Sądu regulacja ta ma charakter tak skomplikowany, że trudno uznać, iż pozwala przeciętnemu konsumentowi na wnioski co wpłynie na wysokość ostatecznego świadczenia. Uwaga ta, jak wskazywano, dotyczy regulacji w przedmiocie pobrania opłat i wpływu tej regulacji na wysokość świadczenia.

Sąd odnosząc się do pojęcia konsumenta, wziął pod rozwagę to, czy przeciętny konsument byłby w stanie samodzielnie ustalić sposób określania wysokości świadczenia wypłacanego na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W tej mierze wziął pod uwagę wzorzec przeciętnego konsumenta wypracowany w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości i w polskim ustawodawstwie. Pojęcie „przeciętnego konsumenta” w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości związane jest z europejską koncepcją ochrony konsumenta zasadzającą się na wykształceniu i ustaleniu możliwości rzeczywiście wolnego i swobodnego własnego działania konsumentów, poprzez zwiększenie ich wiedzy i informacji. Pojęcie „przeciętnego konsumenta” znalazło się również w polskiej ustawie dotyczącej nieuczciwych praktyk rynkowych. Zgodnie z treścią przepisu art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym przeciętnym konsumentem jest konsument, który jest dostatecznie dobrze poinformowany, uważny i ostrożny; oceny dokonuje się z uwzględnieniem czynników społecznych, kulturowych, językowych i przynależności danego konsumenta do szczególnej grupy konsumentów, przez którą rozumie się dającą się jednoznacznie zidentyfikować grupę konsumentów, szczególnie podatną na oddziaływanie praktyki rynkowej lub na produkt, którego praktyka rynkowa dotyczy, ze względu na szczególne cechy, takie jak wiek, niepełnosprawność fizyczna lub umysłowa. Biorąc pod uwagę wszystkie zaprezentowane mierniki rozsądnego konsumenta, Sąd uznał, że sposób skonstruowania stosunku, treść postanowień, nie pozwala na oczekiwanie, że konsument, będzie w stanie ustalić wysokość świadczenia, które miałyby zostać wypłacone.

Jak wynikało z przedstawionej przez powodów tabeli historii operacji rachunku udziałów z umowy zawartej z A. D., początkowa wartość udziału jednostkowego wynosiła 250 zł, a w związku z uiszczeniem składki w kwocie 80.000 zł, A. D. nabył 320 jednostek (udziałów jednostkowych). W kolejnych okresach obowiązywania umowy wartość udziału jednostkowego była poddana wahanom, jednak zawsze wynosiła ona mniej niż wartość udziału z daty nabycia jednostek. Z nabytych 320 udziałów, pozwana w kolejnych okresach, a to na przestrzeni pierwszych 6 miesięcy obowiązywania polisy – potrącała opłatę nazwaną transakcyjną, choć już na zestawieniu dołączonym do pisma z 16 marca 2015 r. określoną jako „za zarządzanie”, wynoszącą w każdym okresie 3.795,50 zł oraz opłatę za ryzyko w kwocie 0,50 zł.

Jak uzasadniono powyżej i z przyczyn tam omówionych, Sąd uznał za niejednoznaczne określenie świadczenia mającego wynikać z wartości rachunku udziałów. Opłaty określone są jakby „obok” postanowień o świadczeniu

głównym, a w sposób zasadniczy wpływają na wysokość świadczenia. Jednocześnie w tym zakresie, Sąd uznał, że określenie opłaty, pobieranej przez okres pierwszych 6 m-cy poprzez umorzenie udziałów, prowadzące do utraty w tak krótkim okresie blisko 30% wpłaconej składki (a przynajmniej nabytych za nią udziałów), stanowi ukształtowanie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i w sposób oczywisty rażąco narusza jego interesy a zatem jest niedozwolonym postanowieniem umownym. Należy zauważyć, że kwota ta (3.795,50 zł miesięcznie), mimo niższych wartości udziału jednostkowego i ich liczby, w każdym kolejnym miesiącu była tożsama, jako ustalona od wartości składki jednorazowej. Zastrzeżenie tak wysokich opłat, niewspółmiernych do wartości zarządzanego kapitału, było zdaniem Sądu sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy A. D..

Pozwana nie wykazała, aby koszty zarządzania funduszem kapitałowym, w każdym miesiącu pierwszego półrocza wiązały się z takim kosztem. Pozwana przedłożyła porozumienie odnoszące się do ustalania wysokości premii przysługującej ubezpieczającemu za zarządzanie, jednakże nie wykazała, aby umowa ta (porozumienie) została wykonana.

Przy tym należy także zaznaczyć, że z treści warunków ubezpieczenia wynikało, że towarzystwo miało prawo (ale nie obowiązek) pobierania opłaty transakcyjnej. Z dokumentu tego nie wynikało natomiast, w jakich sytuacjach pobranie takiej opłaty miałyby być uzasadnione i co mogłyby mieć wpływ na jej wysokość. Jednocześnie w treści Warunków czy Regulaminu, przy określeniu świadczenia należnego w razie zajścia zdarzenia, nie wskazano kwoty premii dla podmiotu zewnętrznego (która w tym przypadku miałyby wynosić 17.816 zł), a której konieczność uiszczenia miałyby wpłynąć na wysokość świadczenia w przypadku zaistnienia zdarzenia.

Mając na uwadze powyższe, Sąd uznał, że postanowienie umowy odnoszące się do umarzania w pierwszym półroczu jej obowiązywania zgromadzonych jednostek inwestycyjnych, a przekładające się bezpośrednio na sposób określenia głównego świadczenia pozwanej z umowy ubezpieczenia było postanowieniem niedozwolonym, a w konsekwencji nie wiązało A. D. i pozwanej. Z tych przyczyn, powodom – jako następcom prawnym A. D. - winna być zwrócona kwota stanowiąca równowartość jednostek uczestnictwa umorzonych w wyniku pobrania opłaty, a to kwota 22.773 zł wynikająca z sześciokrotnego pobrania opłaty po 3.795,50 zł. Postanowienia w tym zakresie, wobec uznania ich za niedozwolone, miały charakter niewiążący, zatem kwota 22.773 zł podlegała zwrotowi na podstawie art. 410 § 2 k.c. jako świadczenie nienależne. Uwzględniając udziały powodów w dziedziczeniu (po 1/3), Sąd zasądził na rzecz każdego z powodów kwoty po 7.591 zł (pkt 1, 3 i 5 sentencji wyroku)

O odsetkach ustawowych od zasądzonych świadczeń orzeczono na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 455 k.c., zgodnie z żądaniem pozwu. Wypłata środków w wysokości pomijającej dokonanie umorzenia jednostek powinna nastąpić w dacie likwidacji polisy. W związku ze zmianą przepisów, za okres od dnia 21 stycznia 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku Sąd zasądził odsetki ustawowe, a za okres od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty odsetki ustawowe za opóźnienie.

Powództwo w pozostałym zakresie, a to ponad kwoty zasądzone w pkt 1, 3 i 5 wyroku, podlegało oddaleniu (pkt 2, 4 i 6 sentencji wyroku). Należy zauważyć, że wypłata niższego świadczenia aniżeli uiszczona składka wynikała z pobrania opłaty za ryzyko oraz utraty wartości udziałów jednostkowych. Odnośnie pierwszej z okoliczności, Sąd nie dopatrył się okoliczności, które mogłyby skutkować zwrotem tych opłat (łącznie kwota 3 zł). W pozostałym zakresie, jak wskazano, różnica wynikała z utraty wartości udziałów jednostkowych. Tu należy przypomnieć, że pozwana nie gwarantowała uzyskania określonego wyniku, ulokowanie składki w funduszu wiąże się z ryzykiem finansowym, co wynikało z treści przedstawionych Warunków Ubezpieczenia i Regulaminu. Jednocześnie powodowie nie wykazali, aby wartość udziału w dniu umorzenia była wyższa aniżeli przyjęta przez pozwaną.

O kosztach procesu każdego z powodów (pkt-y 7, 8 i 9) Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., zgodnie z wynikiem procesu. Każdy z powodów wygrał proces w 67 %, a pozwana w 33 %. W konsekwencji, pozwana powinna ponieść po 67 % wszystkich kosztów procesu powstałych w jego toku. Szczegółowe wyliczenie tych kosztów, na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. pozostawiono referendarzowi sądowemu.

SSR Kamilla Gos – Górska