



Prezes Urzędu Ochrony
Konkurencji i Konsumentów
Marek Niechciał



Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów

RKT-644-503/16/SB

Warszawa, dnia 18 listopada 2016 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie
V Wydział Cywilny Odwoławczy
ul. Płocka 9
01-231 Warszawa

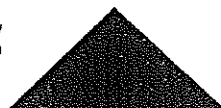
Pozwany:
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie
Europa S.A.
ul. Gwiaździsta 62
53-413 Wrocław
reprezentowany przez

Sygnatura akt V Ca 174/16

**Stanowisko Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zawierające istotny
pogląd dla sprawy**

Stosownie do przepisu art. 31 d ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 184 ze zm.) „Prezes Urzędu jeżeli uzna, że przemawia za tym interes publiczny, przedstawia sądowi istotny dla sprawy pogląd w sprawach dotyczących ochrony konkurencji i konsumentów”.

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 31d ww. ustawy, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej także: Prezes UOKiK, Prezes Urzędu) przedstawia sądowi istotny pogląd dla przedmiotowej sprawy.



Niniejsza sprawa dotyczy problemu niedozwolonych postanowień umownych określających wartości, jakie zostaną zatrzymane przez pozwaną Spółkę w związku z rozwiązaniem przez konsumentów umów ubezpieczenia na życie przed terminem, na jaki zostały zawarte. Skutki społeczne dotyczące umów ubezpieczenia na życie w ramach których przedsiębiorcy zatrzymują procentową część wpłacanych przez konsumentów kwot uzasadniają przesłankę występowania Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w tych sprawach w granicach interesu publicznego. Niniejszą sprawę należy uznać za spełniającą kryteria sprawy dotyczącej ochrony konsumentów, gdyż jest ona związana z postanowieniami umownymi stosowanymi w relacjach pozwanej - przedsiębiorcy z konsumentami.

W świetle tych okoliczności, a także biorąc pod uwagę wiedzę i doświadczenie Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z zakresu ochrony konsumentów, w szczególności fakt, że Prezes Urzędu wydawał decyzje związane z warunkami ubezpieczeń na życie i dożycie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, które dotyczyły wypłacanych wartości wykupu, opłat likwidacyjnych lub opłat równoważnych pobieranych w sytuacji przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, Prezes Urzędu uznał za zasadne i konieczne przedstawienie istotnego poglądu w niniejszej sprawie, sformułowanego w związku z wnioskiem Powoda.

Przedstawiając niniejszy pogląd, Prezes Urzędu pragnie poczynić istotne zastrzeżenie, że stanowisko jakie formułuje w tej sprawie opiera się na określonym stanie faktycznym i prawnym oraz wniosku jaki Powód skierował do Prezesa Urzędu. Z tego względu ocena prawna przedstawiona w niniejszym poglądzie przez Prezesa Urzędu nie może stanowić odniesienia dla innych spraw.

Uzasadnienie

Pogląd przedstawiany w niniejszej sprawie wyrażany jest w oparciu o:

1. Wniosek Powoda o wydanie istotnego poglądu w sprawie,
2. Pozew wnioskodawcy,
3. Warunki ubezpieczenia , " stanowiące warunki grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie klientów regulujące zasady, na jakich Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową klientów wraz deklaracją przystąpienia i certyfikatem,
4. Odpowiedź pozwanej na pozew,
5. Uzasadnienie do wyroku z dnia 9 października 2015r. II C 1435/15,
6. Apelację wnioskodawcy.

1. Stan faktyczny

1.1. Stanowisko Wnioskodawcy

W dniu 13 października 2016r. (uzupełnienie z 8 listopada 2016r.) pełnomocnik wnioskodawcy złożył Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wniosek konsumenta o przygotowanie i przedstawienie Sądowi Okręgowemu w Warszawie istotnego poglądu w sprawie o sygnaturze V Ca 174/16 w zakresie następujących kwestii:

1. jaki był charakter umowy ubezpieczenia, tj. czy było to w rzeczywistości grupowe ubezpieczenie na życie i dożycie, czy może jednak umowa indywidualna, w której to powód był ubezpieczonym i ubezpieczającym,
2. czy pełnił w rzeczywistości rolę agenta bądź pośrednika ubezpieczeniowego a nie ubezpieczającego,
3. czy § 9 ust. 3 Warunków Ubezpieczenia nakładający na powoda jako konsumenta, który odstąpił od umowy, w trzecim roku odpowiedzialności pozwanej, obowiązek zapłaty na rzecz pozwanej kwoty) zł kształtuje jego prawa i obowiązki jako konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco narusza jego interesy, tj. czy zastrzeżenie na rzecz pozwanej obowiązku zwrotu kwoty zł odpowiadającej uiszczonej składki jest postanowieniem przewidującym rażąco wygórowaną kwotę na rzecz pozwanej,
4. jaki był charakter „zatrzymanej” przez pozwanej kwoty w wysokości zł w związku z odstąpieniem przez powoda od umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie, w szczególności, czy kwota ta stanowi opłatę likwidacyjną czy inną karę umowną lub odstępne w związku z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia na życie i dożycie,
5. czy roszczenie powoda sprowadza się do żądania zwrotu świadczenia nienależnego, czy do żądania z umowy ubezpieczenia,
6. interpretacji instytucji przedawnienia roszczenia powoda, zwłaszcza, czy będzie miał zastosowanie termin dziesięcioletni z roszczeń z tytułu zwrotu świadczenia nienależnego, czy termin trzyletni z tytułu roszczeń z umowy ubezpieczenia.

Wnioskodawca w pozwie skierowanym do Sądu Rejonowego w Warszawie wniósł o wydanie nakazu zapłaty w postępowaniu upominawczym zobowiązującego stronę pozwaną do zapłaty na rzecz powoda, w ciągu dwóch tygodni od doręczenia nakazu zapłaty kwoty zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia powództwa do dnia zapłaty oraz kosztami procesu.

W uzasadnieniu do pozwu wnioskodawca przytoczył brzmienie rozdziału 9 Warunków Ubezpieczenia :

„1. Ubezpieczony może odstąpić od ubezpieczenia w każdym czasie trwania okresu ubezpieczenia, ze skutkiem natychmiastowym składając do Towarzystwa za pośrednictwem Ubezpieczającego „Oświadczenie o odstąpieniu od ubezpieczenia” oraz zwracając Certyfikat.

2. W razie odstąpienia przez Ubezpieczonego od ubezpieczenia, Towarzystwo zwraca przyjętą od niego składkę pomniejszoną o składkę za okres, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność.

3. Składka za okres odpowiedzialności, którą zatrzymuje Towarzystwo w przypadku odstąpienia przez ubezpieczonego od ubezpieczenia, wynosi:

20% składki w pierwszym roku odpowiedzialności Towarzystwa,

16% składki w drugim roku odpowiedzialności Towarzystwa,

10% składki w trzecim roku odpowiedzialności Towarzystwa,

6% składki w czwartym roku odpowiedzialności Towarzystwa”.

W pozwie stwierdzono, co następuje: Umowa (deklaracja przystąpienia) zawierana pomiędzy stronami nie była indywidualnie negocjowana (pозwana posłużyła się wzorem), wpisano do niej tylko dane powoda. Zauważono, że wszystkie inne załączniki do deklaracji przystąpienia zostały przez powoda podpisane, za wyjątkiem załącznika nr 4 (Warunki Ubezpieczenia). Oznacza to, iż załącznik ten nie wiąże powoda też z tego względu, iż nie

został mu nigdy doręczony i przez niego zaakceptowany. Co za tym idzie powód nie jest związany jego zapisami, zgodnie z art. 384 § 1 ustawy z dnia z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeksu cywilny (j.t. Dz.U. 2016r. poz. 380 ze zm.). W opinii powoda z tego wynika, że opłata likwidacyjna została pobrana bezprawnie.

Powód z ostrożności procesowej podniósł co następuje: Zgodnie z prawem, a w szczególności z zapisami art. 385(1) § 1 kodeksu cywilnego postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Natomiast art. 385(3) pkt 17 kodeksu cywilnego stanowi, że w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności: nakładają na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego.

Zdaniem Powoda wskazane postanowienie nie było uzgodnione indywidualnie i kształtuje prawa i obowiązki stron w sposób całkowicie nierównoprawny, co rażąco narusza interesy konsumenta i już przez to jest sprzeczne z dobrymi obyczajami. Wniosek ten wynika z tego, że zakwestionowane postanowienie umożliwia pozwanej pobieranie wygórowanych opłat likwidacyjnych za nieokreślone czynności. W umowie i załącznikach nie znajduje się żadna definicja opłaty likwidacyjnej. Nie wiadomo, za jakie czynności pozwana pobiera tak wysokie opłaty i dlatego konsument musi je ponosić. Powód w pozwie powołał się na stanowisko Rzecznika Finansowego.

1.2. Ustalenia Prezesa Urzędu

Pozew został skierowany przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. - zwanego dalej także Spółką lub przedsiębiorcą.

Dodatkowo istotne przy ocenie zakwestionowanych postanowień są następujące ustalenia faktyczne.

Konsument dokonał wpłaty składki jednorazowo przed rozpoczęciem realizacji umowy.

W rozdziale 6 Warunków Ubezpieczenia zostały określone wysokości świadczeń - sumy ubezpieczenia, które zostaną wypłacone w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych: *„Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa równa jest 101% wpłaconej składki i jest niezmienna w całym okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem Rozdziału 5 (dotyczy popełnienia samobójstwa, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia). Natomiast wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia równa jest 100% wpłaconej składki. Suma ubezpieczenia może być powiększona o Premię dla Ubezpieczonego. Wysokość Premii dla Ubezpieczonego jest ustalana przez Towarzystwo w okresie 5 dni roboczych od ostatniego dnia okresu ubezpieczenia”.*

W dokumencie Warunki Ubezpieczenia zostały określone zasady ustalania i przyznawania Premii. Premia ta jest obliczana w oparciu o wzór matematyczny i zależy od wartości jakie przyjmują indeksy funduszy, w które są inwestowane środki konsumentów. Ma ona wynosić nie mniej niż 0 zł. Premia jest obliczana w oparciu o iloczyn współczynnika udziału i wartości składki ubezpieczeniowej, a także o zmianę wartości indeksów każdej ze spółek wyszczególnionych w załączniku do Deklaracji Przystąpienia, w które są inwestowane

środki pieniężne konsumenta. Współczynnik udziału natomiast to wielkość określona procentowo, ustalana jest 3 dnia roboczego po zakończeniu Okresu Subskrypcji. Dla wszystkich Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia w okresie danej subskrypcji, ustalany jest jednakowy współczynnik udziału.

1.1. Treść zakwestionowanych postanowień

Rozdział 9 pkt 2 WU stanowi, że „W razie odstąpienia przez Ubezpieczonego od ubezpieczenia, Towarzystwo zwraca przyjętą od niego składkę pomniejszoną o składkę za okres, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność”.

Rozdział 9 pkt 3 WU stanowi, że „Składka za okres odpowiedzialności, którą zatrzymuje Towarzystwo w przypadku odstąpienia przez ubezpieczonego od ubezpieczenia, wynosi:

20% składki w pierwszym roku odpowiedzialności Towarzystwa,

16% składki w drugim roku odpowiedzialności Towarzystwa,

10% składki w trzecim roku odpowiedzialności Towarzystwa,

6% składki w czwartym roku odpowiedzialności Towarzystwa”.

1.2. Wyrok Sądu Rejonowego dla Warszawy Mokotów z dnia 9 października 2015r., II C 1435/15

W wyroku (dotyczącym niniejszej sprawy) z dnia 9 października 2015r. Sąd Rejonowy dla Warszawy Mokotów stwierdził, co następuje: W opinii sądu przedmiotem sporu jest wysokość świadczenia należnego powodowi od pozwanej wskutek rozwiązania umowy ubezpieczenia. Powód nie dochodzi więc zwrotu nienależnego własnego świadczenia lecz wypłaty należnego mu z umowy ubezpieczenia świadczenia w pełnej wysokości, tj.

zł, a nie zł. Powód stoi na stanowisku, iż należne mu świadczenie wynosi zł, gdyż pozwana dokonała nienależnego, a więc w istocie nie wykonującego skutku prawnego potrącenia 10% świadczenia. W ocenie pozwanej natomiast należne powodowi świadczenie wynosi , gdyż potrącenie było uprawnione.

Sąd stwierdził, że żądanie pozwu jest roszczeniem z umowy ubezpieczenia, niezależnie od wagi aspektu ubezpieczeniowego umowy. Sąd nie podzielił poglądu Rzecznika Ubezpieczonych wyrażonego w piśmie z dnia 7 kwietnia 2015r., iż roszczenie powoda jest roszczeniem o zwrot nienależytego świadczenia.

Sąd podzielił w pełni stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 18 listopada 2005r., IV CK 203/05, w którym Sąd Najwyższy przyjął szeroką wykładnię art. 819 k.c., stwierdzając, że przepis ten stosuje się do wszelkich roszczeń z umowy ubezpieczenia. Zauważono, iż zgodnie z ugruntowanym stanowiskiem judykatury i doktryny, przepis art. 819 k.c. ma charakter normy bezwzględnie obowiązującej, co skutkuje tym, iż strony nie mogą ani w umowie ubezpieczenia, ani w OWU wprowadzać odmiennych regulacji w zakresie przedawnienia roszczeń ubezpieczającego, czy też uprawnionego w umowie ubezpieczenia.

Tak więc w opinii Sądu brak było podstaw, aby przyjąć, iż należy zastosować inny termin przedawnienia, niż określony w art. 819 k.c. Zgodnie z art. 117 § 1 k.c. po upływie terminu przedawnienia ten, przeciwko komu przysługuje roszczenie, może uchylić się od jego zaspokojenia.

W niniejszej sprawie powód odstąpił od ubezpieczenia r., ia
..... pozwana wypłaciła powodowi kwotę zł, dokonując potrącenia kwoty
Pozew został wniesiony , a więc po upływie ponad lat.

Niezależnie od tego Sąd wskazał, iż dokonanie przez Spółkę potrącenia w wysokości % składki na poczet kosztów które poniósł, a które nie zostały pokryte wskutek wcześniejszego rozwiązania umowy przez pozwaną nie narusza dobrych obyczajów i rażąco nie naruszając interesy powoda. W ocenie Sądu, potrącenie w wysokości % składek na poczet pokrycia kosztów, które nie zostały pokryte wskutek przedterminowego rozwiązania umowy z przyczyn leżących po stronie powoda, nie może być określone jako rażąco naruszające interesy powoda, a przez to nie może być uznane za sprzeczne z dobrymi obyczajami.

Od ww. wyroku powód wniósł apelację.

2. Stan prawny

2.1. Niedozwolone postanowienie umowne

Zgodnie z art. 385 (1) § 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. Z kolei stosownie do treści przepisu art. 385 (1) § 2 k.c., jeżeli postanowienie umowy zgodnie z § 1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie. Możliwość uznania postanowienia za niedozwolone zależy zatem od łącznego spełnienia następujących przesłanek:

- 1) postanowienie jest stosowane przez przedsiębiorcę wobec konsumentów,
- 2) postanowienie nie zostało indywidualnie uzgodnione,
- 3) postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami,
- 4) postanowienie narusza w sposób rażący interesy konsumenta,
- 5) postanowienie nie dotyczy sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron.

2.2. Przepisy prawa

Konsument przystąpił do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie. Warunki grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie klientów ” regulują zasady, na jakich Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową klientów :

Zgodnie z art. 805 § 1 kodeksu cywilnego obowiązującego na dzień przystąpienia do ubezpieczenia *przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie: przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej,*

renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. (art. 805 § 2 pkt 2 k.c.).

Zgodnie z art. 805 § 1 aktualnie obowiązującego kodeksu cywilnego *przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie: przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. (art. 805 § 2 pkt 2 k.c.).*

Szczegółowe warunki na jakich są świadczone ubezpieczenia, a także wymagania jakie musi spełniać zawierana umowa określone zostały również w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015r., poz. 1844 ze zm.). Definiuje ona następujące rodzaje ubezpieczeń na życie w dziale I ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci, ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalane w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe, ubezpieczenia rentowe, ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4.

W momencie przystąpienia do ubezpieczenia obowiązywała ustawa z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. z 2015 poz. 1206 ze zm.). W inny sposób określała ona jedynie ubezpieczenia związane z ubezpieczeniem na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

2.3. Możliwość oceny postanowienia zawartego w Warunkach Ubezpieczenia pod kątem niedozwolonych postanowień umownych

W dniu 10 sierpnia 2007r. weszła w życie ustawa z dnia 13 kwietnia 2007r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 82, poz. 557). Zgodnie z tą nowelizacją wprowadzony został art. 808 § 5 k.c. stanowiący że, jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385(1)-385(3) stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Pozwana z powyższej zmiany wysnuwa wniosek, że ponieważ konsument przystąpił do ubezpieczenia przed powyższą nowelizacją brak jest podstaw do oceny postanowień wzorca umowy grupowego ubezpieczenia zawartej pomiędzy przedsiębiorcami (pozwany Towarzystwem Ubezpieczeń i bankiem) na podstawie art. 385(1) § 1 k.c.

W ocenie Prezesa Urzędu ww. argumentacja pozwanej Spółki jest błędna.

W tym zakresie zgodzić się należy ze stanowiskiem Sądu Rejonowego, wynikającym z wyroku wydanego w niniejszej sprawie. Niezależnie od kwestii przedawnienia roszczeń Sąd ocenił zakwestionowane postanowienie pod kątem możliwości rażącego naruszenia interesu konsumentów.

Prezes Urzędu podnosi, że z orzecznictwa dot. umów grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z okresu przed ww. nowelizacją kodeksu cywilnego wynika, że nie budziło

wątpliwości Sądów, że postanowienia tych umów mogą być oceniane pod kątem art. 385(1) § 1 k.c., z uwagi na to, że dotyczą istotnych interesów konsumentów jako podmiotów ubezpieczonych, a bardzo często również podmiotów, które w rzeczywistości opłacają składkę ubezpieczeniową zamiast ubezpieczającego.

Podkreślano, że za słusnością dokonania oceny w ramach kontroli wzorca umownego ubezpieczeń grupowych pod kątem stosowania niedozwolonych postanowień umownych przemawia ekonomiczny interes konsumentów. Z orzecnictwa wynika, że „W literaturze przedmiotu „ubezpieczenie grupowe” definiuje się również jako takie umowy ubezpieczenia, w których przedmiotem ubezpieczenia jest większa ilość interesów majątkowych lub też dobra osobiste większej ilości osób. W stosunku ubezpieczenia, powstałym z umowy ubezpieczenia grupowego występuje więcej podmiotów niż dwie strony umowy. W tym przypadku osoba ubezpieczającego i ubezpieczonego nie są tożsame, a ubezpieczony - nie będąc stroną umowy ubezpieczenia - traktowany jest jako osoba trzecia wobec stron umowy. Osoba trzecia jest to podmiot, który - nie będąc ubezpieczającym - ma prawo do świadczenia ubezpieczeniowego, niezależnie od tego, czy przysługuje mu bezpośrednio roszczenie od zakładu ubezpieczeń. Możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia w formie ubezpieczenia grupowego ma podstawy w art. 808 i 805 k.c. oraz wynika z zasady swobody umów” (głosa do wyroku SOKiK z dnia 10 października 2005r. sygn. akt XVII AmC 56/04, którym uznano za niedozwolone postanowienia umowne z umowy grupowego ubezpieczenia na życie pozwanego: PZU na Życie SA w Warszawie - klauzula nr 587, podobnie: wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia w Warszawie z dnia 14 maja 2010r. sygn. akt VI ACa 1175/09 w: Raport Rzecznika Ubezpieczeniowych: klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej).

Możliwość dokonywania oceny warunków umów ubezpieczeń grupowych na cudzy rachunek pod kątem stosowania niedozwolonych postanowień umownych przez Sąd wynika również ze stanowiska Sądu Najwyższego zawartego w wyroku z dnia 16 kwietnia 2015r. sygn. akt III SK 42/14. W uzasadnieniu ww. wyroku Sąd Najwyższy stwierdził, że „ubezpieczony będący osobą fizyczną w umowach ubezpieczenia, do których stosowane były OWU objęte zakresem decyzji Prezesa Urzędu wydanej w niniejszej sprawie, jest konsumentem w rozumieniu art. 22(1) k.c. Ubezpieczony, o którym mowa w tych OWU powoda, dokonuje bowiem jednostronnej czynności prawnej z przedsiębiorcą. (...) Z art. 829 § 2 k.c. wynika jednoznacznie, że samo wskazanie ubezpieczonego przez ubezpieczającego nie będącego osobą fizyczną nie jest wystarczające do tego, by ubezpieczony został objęty umową ubezpieczenia, której dotyczą OWU zakwestionowane przez Prezesa Urzędu w niniejszej sprawie. Konieczne jest wyrażenie stosownej woli przez ubezpieczonego. Dopiero złożenie oświadczenia woli, o którym mowa w art. 829 § 2 k.c. rodzi po stronie powoda i ubezpieczonego obowiązki i prawa określone w umowie zawartej przez powoda z ubezpieczającym. W myśl art. 22(1) k.c. dla uzyskania statusu konsumenta wystarczające jest dokonanie jednostronnej czynności prawnej, za którą to czynność Sąd Najwyższy w obecnym składzie uznaje złożenie oświadczenia woli, o którym mowa w art. 829 § 2 k.c.”.

W przypadku umów ubezpieczeń grupowych na rzecz pozwanej spółki wpłacane są składki, których koszty ponosi konsument. W związku z tym Ubezpieczający - jedynie pośredniczy w przekazywaniu składek, a nie ponosi ich koszt.

Biorąc pod uwagę powyższe Prezes Urzędu stoi na stanowisku, że zasadnie uznał Sąd Rejonowy w ww. wyroku dotyczącego niniejszej sprawy, iż ma kompetencje do oceny

zakwestionowanych postanowień wzorców umów ubezpieczenia na życie i dożycie w przypadku, gdy dotyczą one ubezpieczeń grupowych, pomimo, że umowy te zawarte zostały przed ww. nowelizacją kodeksu cywilnego. Jednocześnie należy zauważyć, że Prezes Urzędu nie zgadza się z zawartą w wyroku oceną kwestionowanych postanowień, o czym poniżej. W ocenie Prezesa Urzędu wprowadzona w dniu 10 sierpnia 2007r. w życie ustawa z dnia 13 kwietnia 2007r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 82, poz. 557) oraz rozwiązanie, wynikające z art. 808 § 5 k.c. stanowiącego że, jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385(1)-385(3) stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego, usankcjonowało tylko rozwiązania, które we wcześniejszym orzecznictwie sądów nie budziło żadnych wątpliwości.

2.4. Charakter umowy

W rozdziale 2 Warunków Ubezpieczenia zdefiniowano przedmiot i zakres ubezpieczenia: *„Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonych, Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez Towarzystwo Ubezpieczonemu na wypadek zgonu w trakcie trwania odpowiedzialności ubezpieczeniowej lub dożycia końca okresu ubezpieczenia”.*

Zgodnie z rozdziałem 1 pkt 11 *„W rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia poniższe określenia mają następujące znaczenie: Zdarzenie ubezpieczeniowe - należy rozumieć jako zgon Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa lub dożycie przez Ubezpieczonego końca okresu ubezpieczenia”.*

Okres ubezpieczenia został określony w rozdziale 3 warunków ubezpieczenia. Zgodnie z nim *„okres ubezpieczenia (okres odpowiedzialności), w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od 4 roboczego dnia po upływie Okresu Subskrypcji, w którym przystąpił do ubezpieczenia, po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 4 i trwa przez 48 miesięcy kalendarzowych, liczonych od miesiąca, w którym się rozpoczął z zastrzeżeniem pkt 3. Odpowiedzialność Towarzystwa (ochrona ubezpieczeniowa) w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia (rozd. 3 pkt 2). Zgodnie z pkt 3 rozdziału 3 okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się z upływem okresu określonego w pkt.1, a także: z dniem zgonu Ubezpieczonego lub, z dniem odstąpienia przez Ubezpieczonego od ubezpieczenia lub, z ostatnim dniem miesiąca w którym Ubezpieczony ukończył 84 lata w zależności od tego co nastąpi pierwsze”.*

W rozdziale 6 Warunków Ubezpieczenia zostały określone wysokości świadczeń - sumy ubezpieczenia, które zostaną wypłacone w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych: *„Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa równa jest 101% wpłaconej składki i jest niezmienna w całym okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem Rozdziału 5 (dotyczy popełnienia samobójstwa, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia). Natomiast wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia równa jest 100% wpłaconej składki. Suma ubezpieczenia może być powiększona o Premię dla Ubezpieczonego. Wysokość Premii dla Ubezpieczonego jest ustalana przez Towarzystwo w okresie 5 dni roboczych od ostatniego dnia okresu ubezpieczenia”.*

Jak zostało ustalone wcześniej w dokumencie Warunki Ubezpieczenia zostały określone zasady ustalania i przyznawania Premii. Premia ta jest obliczana w oparciu o wzór matematyczny i zależy od wartości jakie przyjmują indeksy funduszy, w które są inwestowane środki konsumentów. Ma ona wynosić nie mniej niż 0 zł. Premia jest obliczana w oparciu o iloczyn współczynnika udziału i składki ubezpieczeniowej, a także względem wartości indeksów każdej ze spółek wyszczególnionych w załączniku do Deklaracji Przystąpienia. Jednocześnie z założeń dot. tego wzoru wynika, że premia może wynieść 0zł.

Istotny w tej ocenie jest również fakt, iż konsument dokonał wpłaty składki jednorazowo przed rozpoczęciem realizacji umowy.

Zgodnie z art. 385(2) k.c. oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny. Dlatego też oceniając abuzywność zakwestionowanego postanowienia uwzględniono skutki jakie dla sytuacji finansowej Powoda powodują pozostałe postanowienia Warunków Ubezpieczenia, w tym w szczególności postanowienie określające sposób wyliczenia ewentualnie wypłacanej premii.

Dokonując oceny charakteru umowy wzięto pod uwagę cel jakemu ona służy, a więc dokonanie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi są śmierć ubezpieczonego lub jego dożycie do końca trwania umowy. Wartość świadczeń w obu przypadkach została określona w różny sposób. W przypadku śmierci ubezpieczonego wypłacona zostanie wartość równa 101% składki. Natomiast w przypadku dożycia ubezpieczonego do końca trwania umowy gwarantowana jest wypłata jedynie 100% składki. Natomiast dokonanie przez Pozwaną wypłaty dodatkowej premii nie jest pewne i zależy od sytuacji rynkowej, a więc przyjmowanych wartości indeksów funduszy, w które są inwestowane powierzone przez konsumentów środki.

Analizując opisany powyżej cel realizacji przedmiotowej umowy można stwierdzić, że ma ona charakter inwestycyjny, gdyż uzyskanie przez konsumenta ewentualnej korzyści może wystąpić jedynie w sytuacji, gdy umowa będzie realizowana przez założony czas, a indeksy funduszy znacznie wzrosną. Gwarantowaną sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego w wysokości równoważności składki powiększonej o 1% należy uznać za niewspółmierną do korzyści jakie mogło osiągnąć pozwane Towarzystwo dzięki korzystaniu przez 4 lata ze środków jednorazowo wpłaconych przez konsumenta przy zawarciu umowy (jednorazowej składki).

Powyższe świadczy o tym, że pozwana Spółka w ramach ocenianej umowy nie oferowała ubezpieczenia mającego charakter typowego ubezpieczenia na życie. Standardowe ubezpieczenie na życie i dożycie wiąże się dla przedsiębiorcy z ryzykiem czasu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w efekcie którego będzie zmuszony do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia, pomimo, że nie uzyska od ubezpieczonego wpłaty takiej kwoty z sumy wpłaconych składek ubezpieczeniowych, którą by uzyskał, gdyby umowa była realizowana przez założony czas. Ze względu na te ryzyka w przypadku standardowych rodzajów ubezpieczeń Towarzystwa Ubezpieczeń wykorzystują aktuarialne zasady wyliczania składek, które pozwolą im na wypłatę sum ubezpieczeń bez

względu na termin wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, i to sum ubezpieczeń znacznie przewyższających wartości składek i bez uszczerbku dla zachowania płynności przedsiębiorstwa. Podkreślić należy, że charakterystyczne dla umowy ubezpieczenia na życie i dożycie jest uzyskanie świadczenia będącego wynikiem wieloletniego odkładania kapitału, które to świadczenie będzie przekraczało wartość wpłaconych pieniędzy. Dla klienta więc jest to coś na kształt lokaty, z tym, że w odróżnieniu od umów ubezpieczenia z funduszem kapitałowym, klient ma gwarancje wypłaty świadczenia, a dla zakładu ubezpieczeń jest to kapitał, którym może obracać i na tym zarabia. Przedsiębiorcy szacują ryzyka terminów wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w korelacji z wartością składki oraz sumy ubezpieczenia. W ocenianej sprawie nie zachodzą takie przesłanki. Zgodnie z ocenianą umową ubezpieczony - konsument wpłacił składkę w wysokiej kwocie od razu dzięki czemu Pozwana nie ponosi ryzyka konieczności wypłacenia sumy ubezpieczeniowej o wartości znacznie przewyższającej wpłaconą składkę. Należy zwrócić uwagę, że wypłacana suma ubezpieczenia wynosi równowartość składki powiększoną o 1 %, lub - ewentualnie - o wartość Premii.

Z ww. względów w ocenie Prezesa Urzędu analizowana umowa ubezpieczenia na życie jest znacznie bardziej zbliżona swoim charakterem do lokat terminowych - depozytowych oferowanych standardowo przez banki, niż do ubezpieczenia na życie i dożycie.

Porównując ocenianą umowę z lokatami terminowymi, należy stwierdzić, że w tym drugim przypadku konsumenci dokonują wpłaty określonej kwoty na rzecz przedsiębiorcy, który zapewnia, że w sytuacji utrzymania środków przez określony czas konsument otrzyma wynagrodzenie o określonej wartości. Na wypłacaną mu po określonym czasie wartość składa się suma wpłaty i zakładanych odsetek. W sytuacji, gdy konsument przedterminowo wycofa wpłacone środki zostanie pozbawiony odsetek, przy czym ma zagwarantowany zwrot wpłaty. Natomiast w ocenianym przypadku, pomimo, że również przewidziana jest gwarancja zwrotu wpłaconej składki w przypadku utrzymania powierzonych środków do końca trwania umowy, nie ma jednak gwarancji, że suma ubezpieczenia zostanie powiększona o jakąkolwiek kwotę dodatkowo. Natomiast w przypadku przedterminowego wycofania środków pobierana jest opłata, określona jako dany % składki.

Dokonując oceny charakteru ww. umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie, do której przystąpił Powód, podkreślić należy, że generalnie istotą umowy ubezpieczenia na życie i dożycie jest uzyskanie świadczenia będącego wynikiem wieloletniego odkładania kapitału, które to świadczenie np. suma ubezpieczenia, będzie znacznie przekraczała wartość wpłaconych składek, gdy umowa będzie realizowana przez czas, na który została zawarta, lub w przypadku zajścia określonego zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli tak kształtuje się stosunek sumy wpłaconych składek do ostatecznie wypłacanego świadczenia, to zasadnym jest uregulowanie zwrotu części wpłaconego kapitału, jeżeli umowa dopuszcza wcześniejsze jej rozwiązanie.

W ocenie Prezesa Urzędu nie jest zasadne ocenianie na jednakowych zasadach przedmiotowej umowy, w której cała składka ubezpieczeniowa wpłacana jest przez konsumenta od razu i jest wyeliminowane ryzyko przedsiębiorcy takie, że na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego będzie zmuszony do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia o wysokości znacznie przewyższającej sumę wpłaconych składek, a także „typowych” umów na życie i dożycie, z których istoty wynika ponoszenie takiego ryzyka przez towarzystwo ubezpieczeniowe.

Dodatkowo oceniana umowa ubezpieczenia na życie i dożycie ma tak znaczący pierwiastek o charakterze ubezpieczenia inwestycyjnego, że przy jej ocenie należy wykorzystać orzecznictwo sądów dotyczące ubezpieczeń na życie i dożycie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. Dodatkowo można w tym miejscu przywołać słuszne wnioski zawarte w dwóch raportach Rzecznika Finansowego w sprawie ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi dostępnymi na stronach Rzecznika.¹ Rzecznik przytacza w tych raportach orzecznictwo dotyczące pobieranych opłat likwidacyjnych z tytułu przedterminowego rozwiązania umów, a także opisuje jaki charakter m.in. biorąc pod uwagę skargi konsumentów mają ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.

3. Stanowisko Prezesa Urzędu

W niniejszym istotnym poglądzie w sprawie Prezes Urzędu odniósł się do wniosku tylko w zakresie oceny abuzywności postanowień oraz skutków tej abuzywności.

3.1. Niedozwolony charakter postanowienia umownego stosowanego przez Towarzystwo

Analiza treści kwestionowanych postanowień, prowadzi do jednoznacznej konkluzji, że spełniają one przesłanki uznania ich za niedozwolone postanowienia umowne, stosownie do przepisu art. 385(1) § 1 k.c.

3.2. Kwestionowane postanowienie nie dotyczy głównego świadczenia stron

W świetle art. 385(1) § 1 k.c. nie można uznać za niedozwolone tych postanowień umowy, które dotyczą głównych świadczeń stron, chyba, że nie zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Analiza kwestionowanych postanowień wymaga więc oceny, czy postanowienia określające wartości zatrzymywane przez Spółkę w sytuacji przedterminowego rozwiązania umowy, można uznać za główne świadczenie stron.

Jak przytoczono we wcześniejszej części niniejszego poglądu, głównym świadczeniem stron jest dokonanie wpłaty składki przez ubezpieczonego i wypłata świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczonego przez Pozwaną Spółkę. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, w sytuacji wystąpienia którego następuje wypłata świadczenia, jest dożycie do końca trwania umowy lub zgon ubezpieczonego. Tym samym tylko postanowienia określające wysokość składki oraz wartości jakie zostaną wypłacone w sytuacji zajścia tych zdarzeń, mogą zostać uznane za określające główne świadczenia stron.

¹https://rf.gov.pl/raporty-i-opracowania/Raport_Rzecznika_Ubezpieczonych_Ubezpieczenia_na_zycie_z_ubezpieczeniowym_funduszem_kapitalowym_21129 oraz https://rf.gov.pl/publikacje/raporty-i-opracowania/II_Raport_Rzecznika_Finansowego_Ubezpieczenia_na_zycie_z_ubezpieczeniowym_funduszem_kapitalowym_data_publicacji_31_22288

Zgodnie z warunkami umowy, konsument w sposób jednoznaczny jest informowany jakie wielkości zostaną mu wypłacone w sytuacji zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, a także w jaki sposób będzie naliczana ewentualna premia.

Prezes Urzędu, po dokonaniu analizy całości materiału i warunków umowy, nie podziela stanowiska Sądu Rejonowego w Warszawie zawartego w wyroku z dnia 09.10.2015 roku w zakresie oceny charakteru potrąconych wartości w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy określonych w kwestionowanych postanowieniach.

Roszczenie pozwanej nie dotyczy niewłaściwie wyliczonego świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tym samym nie dotyczy świadczenia głównego. Roszczenie dotyczy wielkości zatrzymanych przez pozwaną środków z tytułu rozwiązania umowy, a więc po ustaniu świadczenia ubezpieczeniowego. Zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej ubezpieczony ma prawo do rozwiązania umowy ubezpieczenia². Dokonane w wyniku tego rozliczenia nie mają przełożenia na wypłatę świadczenia, gdyż nie są związane z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Dlatego też, dokonane potrącenie należy ocenić jako opłatę pobieraną przez przedsiębiorcę. W przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy wartość wykupu nie jest świadczeniem głównym z tej umowy. Brak jest bowiem podstaw do jednoznacznego ustalenia, iż główną ideą przedstawionego produktu i celem ekonomicznym, do którego dążył konsument nie jest uzyskanie świadczenia na wypadek śmierci czy dożycia określonego wieku ale wcześniejsze wycofanie się umowy. Celem, któremu ma służyć umowa jest wypłata sumy ubezpieczenia oraz premii. Dlatego też w ocenie Prezesa Urzędu brak jest podstaw do uznania postanowienia określającego wysokość pobieranych opłat za postanowienie określające główne świadczenie strony, związane ze zwrotem części składki.

Należy w tym miejscu zwrócić również na orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości UE, który dokonywał już wykładni „świadczenia głównego” w kontekście art. 4 ust. 2 Dyrektywy Rady 93/13 z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich. I tak w orzeczeniu z dnia 23 kwietnia 2015 r. (sygn. akt C-96/14) zostało stwierdzone (w pkt 49), że: *„Za warunki umowy mieszczące się w pojęciu „głównego przedmiotu umowy” w rozumieniu art. 4 ust. 2 dyrektywy 93/13 należy uważać te, które określają podstawowe świadczenia w ramach danej umowy i które z tego względu charakteryzują tę umowę (zob. podobnie wyroki: Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid, C-484/08, EU:C:2010:309, pkt 34; a także Kásler i Káslerné Rábai, C-26/13, EU:C:2014:282, pkt 49)”. Wskazano również (w pkt 34), iż „W odniesieniu do kwestii, czy warunek mieści się w zakresie głównego przedmiotu umowy ubezpieczenia, należy podnieść, po pierwsze, że zgodnie z orzecznictwem Trybunału transakcja ubezpieczeniowa charakteryzuje się tym, iż ubezpieczyciel zobowiązuje się w zamian za uprzednią zapłatę składki do świadczenia ubezpieczonemu, w przypadku realizacji ryzyka ubezpieczeniowego, usługi uzgodnionej przy zawarciu umowy (wyroki: CPP, C-349/96, EU:C:1999:93, pkt 17; Skandia, C-240/99, EU:C:2001:140, pkt 37; Komisja/Grecja, C-13/06, EU:C:2006:765, pkt 10)”. W innym orzeczeniu (z dnia 26 lutego 2015 r., sygn. C-143/13, pkt 49), ww. Trybunał wskazał, że: „ponieważ art. 4 ust. 2 dyrektywy 93/13 ustanawia wyjątek od mechanizmu kontroli treści nieuczciwych warunków, przewidzianego w ramach systemu ochrony konsumentów ustanowionego w tej dyrektywie, przepis ten powinien podlegać wykładni zawężającej (wyrok Kásler i Káslerné Rábai, C-26/13, EU:C:2014:282, pkt 42)”*

² Art. 16 pkt 10 ustawy dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej Dz.U. z 2015r. poz.1844 ze zm.) stanowi, że ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności: przesłanki, sposób oraz termin wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość, a także przesłanki, sposób oraz termin wystąpienia z umowy ubezpieczenia grupowego

Natomiast warunki, które wykazują charakter posiłkowy względem warunków definiujących samą istotę stosunku umownego, nie mogą być objęte pojęciem „głównego przedmiotu umowy” w rozumieniu tego przepisu (wyroki: *Kásler i Káslerné Rábai*, C-26/13, EU:C:2014:282, pkt 50; a także *Matej*, C-143/13, EU:C:2015:127, pkt 54).”.

3.3. Sprzeczność z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszenie interesów konsumentów

Zgodnie z wyjaśnieniami pozwanej Spółki zawartymi w odpowiedzi na pozew (str. 9): „*pozwany poniósł koszty związane z objęciem powoda ubezpieczeniem oraz obsługą tego ubezpieczenia, a także koszty ochrony ubezpieczeniowej. Ponadto pozwany poniósł koszty związane z nabyciem odpowiednich instrumentów finansowych które miały zapewnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia do końca okresu odpowiedzialności - w szczególności umożliwiające uzyskanie premii uzależnionej od zmiany indeksów opisanych w warunkach Ubezpieczenia, Deklaracji przystąpienia oraz Certyfikacie*”. Pozwana jednocześnie zastrzegła, że zatrzymywana część składki w przypadku tego ubezpieczenia nie może być porównywana czy utożsamiana z pobieraniem opłat likwidacyjnych. Opłaty likwidacyjne stosowane są w ramach ubezpieczeń z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. Ubezpieczenie, do którego przystąpił powód nie było powiązane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Jednocześnie wysokość składki za czas ochrony ubezpieczeniowej została określona na dużo niższym poziomie niż w przypadku kwestionowanych opłat zbliżających się do 100% wartości środków.

Analizując powyższe wyjaśnienia pozwanej stwierdzić należy, że wskazują one na daleko idące podobieństwo pomiędzy potrąconą kwotą, a opłatami likwidacyjnymi w przypadku ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. W obu przypadkach środki wpłacane przez konsumentów były głównie przeznaczone na zakup odpowiednich instrumentów finansowych, które miały zapewnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego. Różnica w przypadku tych produktów polega na tym, że w przypadku ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi konsument nie miał możliwości przewidzenia kwoty, która zostanie mu wypłacona z tytułu części składki, która została przeznaczona na zakup tych funduszy w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy. Jednocześnie w obu przypadkach konsument nie ma pewności co do wartości, która zostanie mu wypłacona w przypadku dożycia. Pomimo, że w niniejszej sprawie pozwana gwarantuje, że w przypadku dożycia do końca trwania umowy zostanie konsumentowi zwrócona wartość składki, to jednak nie można przewidzieć ile (i czy w ogóle) wyniesie kwota określona jako Premia, gdyż jej wartość zależy od wartości indeksów. Ten element niepewności jest zbieżny w ocenianej umowie z ubezpieczeniami na życie i dożycie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.

Należy zwrócić uwagę, że w przypadku ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi część środków była przeznaczana nie na zakup jednostek funduszu, ale na część ubezpieczeniową z tytułu której, w sytuacji zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, konsumentowi była wypłacana określona suma ubezpieczeniowa. Pomimo, że jej wartość była w różnej wysokości (zazwyczaj symboliczna) to jednak w obu przypadkach mamy do czynienia z podobną konstrukcją produktów. W niniejszej sprawie w przypadku dożycia wypłacana jest gwarantowana suma i ewentualnie premia o niepewnej wysokości. Z tego względu w obu typach umów w interesie konsumentów nie było rozwiązanie umowy przed zakładanym terminem ich obowiązywania, ale utrzymanie środków do końca trwania umów. W związku z tym dokonując oceny wartości

zatrzymywanej w niniejszej sprawie przez pozwaną można posłtkowo korzystać z dotychczasowego orzecznictwa Sądów w zakresie opłat likwidacyjnych, czy też opłat określanych równoznacznie.

Pozwana w odpowiedzi na pozew stwierdziła również, że przystępując do ubezpieczenia konsument miał świadomość konsekwencji rezygnacji z ubezpieczenia, jak również tego, że konsekwencje te są tym bardziej dotkliwe finansowo, im wcześniej rezygnacja nastąpi. Ochrona praw konsumentów nie może prowadzić do obciążania wyłącznie przedsiębiorcy negatywnymi konsekwencjami rezygnacji konsumenta z dobrowolnie przyjętych na siebie zobowiązań. W opinii pozwanej sprzeczne z dobrym obyczajem jest wikłanie kontrahentów w stosunki obligacyjne, rozwiązanie ich w drodze jednostronnego oświadczenia bez żadnych konsekwencji, z tej tylko przyczyny, że rezygnujący z realizacji umowy jest konsumentem. W odpowiedzi na pozew pozwana wyjaśnia, że ma obowiązek w zakresie bezpieczeństwa jej gospodarki finansowej, od którego zależy możliwość wywiązania się ze zobowiązań ubezpieczyciela wobec wszystkich ubezpieczonych, którzy są jego klientami.

Również te wyjaśnienia w ocenie Prezesa Urzędu świadczą o tym, że pobierana opłata ma na celu zapewnienie pokrycia kosztów działalności, i nie ma związku z prawdopodobieństwem wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, a więc wielkości potrącane z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy nie mają charakteru zwrotu za świadczoną ochronę ubezpieczeniową, a jedynie opłat, mających na celu przywiązanie konsumenta i zmotywowanie go do utrzymania środków do końca trwania umowy.

Powyższa analiza prowadzi do wniosku, że postanowienie stosowane przez pozwaną dotyczące wartości pobieranych opłat z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy są sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszają interesy konsumentów. Postanowienie wprowadza rażącą dysproporcję obowiązku poniesienia ryzyka związanego z prowadzeniem przez Spółkę działalności gospodarczej.

Przedsiębiorca wyjaśniając powody potrącania określonych wielkości opłat w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy nie wskazał powodów, dlatego nie zamieścił tych wyjaśnień w umowie. M.in. z tych też powodów użycie w Warunkach Ubezpieczenia określenia „składka za okres odpowiedzialności” nie może być uznane za wystarczające uzasadnienie pobierania kwestionowanych wartości. Konsument analizując Warunki Ubezpieczenia nie ma możliwości stwierdzenia w związku z jakimi kosztami potrącana jest część składki.

Warto w tej sprawie przytoczyć uzasadnienie Sądu Okręgowego we Wrocławiu o sygnaturze II Ca 1501/13 z dnia 20 marca 2014r., w którym zostało stwierdzone co następuje:

„Tymczasem, w niniejszej sprawie strona pozwana nie wskazała w sposób wyraźny, za jakie świadczenia pobierana jest przedmiotowa opłata likwidacyjna, tłumacząc konieczność jej pobierania potrzebą zniwelowania ryzyka, jakie ponosi w związku z przedwczesnym zrywaniem przez konsumentów umów. We wzorcu umownym brak jest zapisu, który wskazywałby na funkcję kompensacyjną opłaty likwidacyjnej. Nazwa opłaty, jak również zapisy stosowanych przez pozwanego wzorców umownych, wydają się wskazywać, że opłata ta stanowi świadczenie konsumenta, nie będące świadczeniem głównym, za bliżej nie określone czynności strony pozwanej. Przedmiotowy wzorzec umowny nie wskazuje jednak, jakie to świadczenia objęte zostały pobieranymi opłatami likwidacyjnymi. Narusza to bez

wątpienia obowiązek rzetelnego i kompletnego informowania konsumentów o istotnych okolicznościach dotyczących jego praw i obowiązków w zakresie łączącego stosunku prawnego. Z tych przyczyn opłatę likwidacyjną w wysokości 100% środków wypłaconych uznać należy za nadmiernie wygórowaną, a zatem stanowi ona niedozwoloną klauzulę umowną, co z kolei przesądza o zasadności powództwa."

W tym miejscu warto również przytoczyć stanowisko Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2005r. (I CK 586/04) powołane w ww. wyroku Sądu Okręgowego:

„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”.

Pomimo, że powołane orzeczenia dotyczą innej wysokości zobowiązania, to jednak podają uniwersalną zasadę, iż przedsiębiorca, który nakłada na konsumenta jakiegokolwiek zobowiązanie finansowe, powinien skorelować jego wielkość z faktycznymi okolicznościami, a także powinien o nich poinformować konsumenta. W ocenianej sprawie pozwana wyjaśniła, że konsument musi zapewnić możliwość funkcjonowania przedsiębiorcy, tym samym przez pobranie przedmiotowej opłaty na konsumenta przerzucone zostało całe ryzyko związane z prowadzeniem działalności ubezpieczeniowej. Jest to tym bardziej istotne, że nie jest ono związane z zagrożeniem wynikającym z prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, czy zaprzestania poniesienia kosztu składki za czas świadczenia ochrony ubezpieczeniowej po rozwiązaniu umowy, a jedynie z kosztami działalności pozwanej.

Oceniając prawo do pobrania wartości określonych w zakwestionowanym postanowieniu Prezes Urzędu podnosi, że postanowienia umowy, które zastrzegają nieuzasadnione świadczenia na wypadek wcześniejszego rozwiązania umowy, naruszają interes konsumenta oraz godzą w równowagę kontraktową stron umowy. Należy zauważyć, że tak jak w przypadku umów ubezpieczenia z funduszem kapitałowym przy deklarowaniu kosztów związanych z umową na kwotę kilku tysięcy złotych, "potrącenia" w pierwszych latach przy czasami kilkudziesięcio-tysięcznych wartościach wykupu - mogą znacznie (w stopniu absurdalnym) przewyższać koszty towarzystwa ubezpieczeniowego, tak samo w przedmiotowej sprawie przy jednorazowej wpłacie całej wysokości składki ubezpieczeniowej, która pokrywa w 100 % wartość sumy ubezpieczenia, przewidziane w rozdziale 9 pkt 3 WU kwoty, wynoszące:

20% składki w pierwszym roku odpowiedzialności Towarzystwa,

16% składki w drugim roku odpowiedzialności Towarzystwa,

10% składki w trzecim roku odpowiedzialności Towarzystwa,

6% składki w czwartym roku odpowiedzialności Towarzystwa”.

Powyższa analiza prowadzi do wniosku, że mamy do czynienia z rażącym naruszeniem interesów konsumenta. W szczególności należy wziąć pod uwagę, że kwota którą uzyskałby ubezpieczony (jego spadkobiercy) gdyby nastąpił zgon ubezpieczonego przed końcem trwania umowy przewyższałaby wartość wpłaconej składki zaledwie o 1 %, a w przypadku dożycia do końca umowy ubezpieczony otrzymuje zwrot wpłaconej składki i ewentualnie premię, w nieokreślonej i całkowicie niepewnej wysokości, która może wynosić 0 zł.

Zważyć należy, że przy jednorazowej wpłacie składki o relatywnie wysokiej kwocie ubezpieczyciel ma możliwość dysponowania kapitałem konsumenta, obracania nim i zarabiania na nim, bez ryzyka konieczności wypłaty sumy ubezpieczenia, z innych środków, niż pozyskane od konsumenta. Taka sytuacja przemawia za uznaniem przedmiotowych zapisów umowy za klauzule abuzywne. W ocenie Prezesa Urzędu nawet koszty poniesione przez towarzystwo ubezpieczeniowe na zainwestowanie kwoty składki w instrumenty finansowe w celu wypracowania 1 % zysku lub w celu ewentualnego wypłacenia ww. premii nie równoważą prawa do potrącania ww. kwot w % wynikającym z rozdziału 9 pkt 3 WU.

Prezes Urzędu podkreśla, że Powód dokonał jednorazowej wpłaty z tytułu składki ubezpieczeniowej. Tym samym pozwana miała prawo do dysponowania od początku trwania umowy całością środków jaką konsument wpłacił. W ocenianym przypadku suma ubezpieczenia wypłacana spadkobiercom w sytuacji śmierci ubezpieczonego wynosiła tylko 1% składki więcej niż konsument wpłacił. Suma ta nie ulegała zmianie przez cały okres trwania umowy. Tym samym w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zostałaaby zwrócona składka powiększona jedynie o nieznaczną wartość.

W opinii Prezesa Urzędu wartość o jaką byłaby zwiększona wypłacana suma ubezpieczenia powinna zostać zestawiona z wartością, którą przedsiębiorca potrąca w sytuacji przedterminowego rozwiązania umowy w celu oceny abuzywności ww. postanowień. Nawet, gdyby uznać, że nominalnie potrącana wartość nie jest wysoka, to jednak znacznie przewyższa korzyść uzyskiwaną przez Ubezpieczonego czy Uposażonych. Uposażony w przypadku śmierci powoda otrzymałby zł oprócz zwrotu składki, a pozwana w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy otrzymałaby od zł do zł w zależności od czasu rozwiązania umowy. W opinii Prezesa Urzędu zachodzi znaczna dysproporcja pomiędzy korzyściami jakie mogą wystąpić w związku z tą umową.

Prezes Urzędu jeszcze raz podkreśla, że dokonując oceny zatrzymanej przez pozwaną wartości z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy należy również zauważyć, że w sytuacji dożycia konsumenta do końca trwania umowy, pozwana gwarantuje jedynie zwrot wpłaconej składki. W ocenianym przypadku tak jak w ubezpieczeniach na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi konsument nie ma możliwości dokonania oceny i przewidzenia, czy zostanie mu wypłacona premia. W niniejszej sprawie w sytuacji dożycia ubezpieczonego do końca czasu trwania umowy suma ubezpieczenia może w ogóle nie przewyższyć wartości wpłaconej składki. W tym zakresie zostało stwierdzone, że pozwana inwestowała środki wpłacone przez konsumenta w samodzielnie dobrane instrumenty finansowe i mogła czerpać z tego korzyści, natomiast dopiero w sytuacji dożycia trwania umowy dowie się, czy otrzyma jakiegokolwiek środki pieniężne z tytułu Premii, czy też zostanie mu zwrócona jedynie wartość składki.

Rozpatrując niniejszą sprawę należy również zwrócić uwagę, że konsument przystąpił do grupowego ubezpieczenia za pośrednictwem . Utarte w świadomości konsumentów wyobrażenia o zakresie działalności powodują, że każdy przedstawiony produkt będą odbierać jako modyfikację znanych już produktów, a nie jako zupełnie nową usługę, o innych cechach. Konsumenty mają przeświadczenie, że oferują im możliwość zakładania lokat terminowych o znanych im cechach. W ocenie Prezesa Urzędu tego rodzaju produktu są podobne do lokat. Taką interpretację potwierdzają ustalenia

poczynione w niniejszej sprawie przez Sąd Rejonowy. W części ustalającej stan faktyczny (str. 5 wyroku) zostało stwierdzone, że „powód wystosował do pozwanego tzw. reklamację lokaty”. Można z tego tytułu wysnuć wniosek, że konsument zawierający przedmiotową umowę miał przeświadczenie, że zawiera umowę, która ma cechy lokaty terminowej, a więc umowę która nie jest opatrzona ryzykiem utraty części powierzonych środków pieniężnych w sytuacji ich wycofania przed końcem trwania umowy.

Dlatego też m.in. oceniając niniejszą praktykę należy rozpatrzyć sytuację finansową, w której znajdują się obie strony kontraktu. Konsument powierza swoje oszczędności, które są bardzo często efektem odkładania nieznacznych kwot. Utrata chociażby części z tych środków wpływa na znaczne pogorszenie się sytuacji finansowej gospodarstw domowych. Konsumenty powierają środki podmiotom profesjonalnym w celu ich ochrony i uzyskania ewentualnego zysku. Jednak biorąc pod uwagę wartość środków którymi dysponują konsumenci, wartość pobieranych opłat powinno się oceniać właśnie przez ten pryzmat, a nie ze względu na nominalną wielkość potrącanych wartości. Banki oraz Towarzystwa Ubezpieczeniowe dysponują ogromnymi środkami, dodatkowo posiadają możliwości oceny ryzyk, kalkulacji składek, a także doboru funduszy inwestycyjnych w taki sposób, aby zagwarantować nie tylko pewność zwrotu środków powierzonych przez konsumentów, ale również, aby zapewnić sobie pokrycie kosztów działalności z tym związanych. Należy pamiętać, że to przedsiębiorca ma możliwość określenia wartości opłat, wartości składki oraz wartości wypłacanych świadczeń, które zapewnią mu nie tylko pokrycie kosztów działalności, ale również uzyskanie zamierzonego zysku, a konsument nie ma żadnego wpływu na ich wartości. Dodatkowo Spółka tworzy rezerwy na okoliczność zapewnienia wypłat świadczeń. Dlatego ocena szkody jaką ponosi konsument w związku z ocenianym postanowieniem nie powinna być dokonywana ze względu na wartość w stosunku do całości funduszy, którymi zarządza pozwana, czy inne podmioty gospodarcze. Zgodnie z pkt. 1b rozdziału Warunków Ubezpieczenia minimalna wartość wpłaty składki jednorazowej wynosiła 5 000 zł. Tym samym konsument posiadający nieznaczne oszczędności mógł dokonać wpłaty w związku z tym produktem.

Spółka w odpowiedzi na pozew stwierdziła co następuje: : pozwana zaprzecza, że postanowienie uprawniające pozwanego do zatrzymania % składki w przypadku odstąpienia od ubezpieczenia w trzecim roku okresu odpowiedzialności narusza dobre obyczaje, czy też narusza interes konsumenta. Przeciwnie, za sprzeczną z zasadami słuszności należałoby uznać tezę, że ubezpieczyciel powinien zwrócić ubezpieczonemu całą zapłaconą składkę pomimo świadczenia przez roku ochrony ubezpieczeniowej. Oczywiście jest też, że pozwana poniosła koszty związane z objęciem powoda ubezpieczeniem oraz obsługą tego ubezpieczenia, a także koszty ochrony ubezpieczeniowej. Ponadto pozwana poniosła koszty związane z nabyciem odpowiednich instrumentów finansowych które miały zapewnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia do końca okresu odpowiedzialności - w szczególności umożliwiające uzyskanie premii uzależnionej od zmiany indeksów opisanych w warunkach ubezpieczenia, Deklaracji przystąpienia oraz Certyfikacie.

Odnosząc się do powyższego Prezes Urzędu ponownie podkreśla, że w ocenianym przypadku ochrona ubezpieczeniowa jaką przedsiębiorca zaoferował konsumentom jest złudna.

W przypadku, gdy ubezpieczony umrze, uposażony otrzyma jedynie 101% składki. Należy uznać, że jest to znacznie poniżej wartości jaką uposażony otrzymałby z lokaty

terminowej. Przedsiębiorca samodzielnie dobiera fundusze, w które zainwestuje, tym samym to on jako profesjonalista wie, czy może zagwarantować wypłatę takiej wielkości, aby nie ponieść straty. W przedmiotowym przypadku przedsiębiorca nie koreluje wartości wypłaty z niepewnymi notowaniami funduszy, a więc wybiera pewne przewidywalne fundusze. Jednocześnie jeżeli inwestuje środki w fundusze ryzykowne, to na nim powinna spoczywać odpowiedzialność za ewentualne straty, jakie one przyniosą.

Jak uznał Prezes Urzędu wcześniej zatrzymywana wartość ma charakter opłaty pobieranej w sytuacji rozwiązania umowy i nie ma ona powiązania z rozliczeniem składki z tytułu objęcia konsumenta ochroną ubezpieczeniową, a jedynie z zapewnieniem przedsiębiorcy dodatkowych wpływów. Jednocześnie ryczałtowy sposób określenia pobieranej opłaty przy możliwości dokonywania przez konsumentów wpłat w różnej wysokości świadczy, że wielkości pobieranych opłat nie zostały skorelowane z faktycznymi kosztami obsługi poszczególnych rachunków.

Kolejną sprawą jaką należy w tym przypadku ocenić, to fakt, że konsument nie ma pewności otrzymania premii w sytuacji utrzymania umowy do końca okresu ubezpieczenia. W Warunkach Ubezpieczenia określono, że premia nie będzie wynosiła mniej niż 0 zł. Tym samym zadeklarowano, że konsumentowi nie zostaną potrącone żadne opłaty, jednak otrzymanie ewentualnych premii zależne jest od wartości jakie przyjmą indeksy konkretnych funduszy, spółek. Jedynie w sytuacji śmierci ubezpieczonego zostanie zwrócona równowartość składki powiększona o 1%. Dlatego też nie można mówić o wzajemności w tym przypadku, gdyż konsument nie ma pewności otrzymania premii z tytułu utrzymania środków do końca trwania umowy, jak to ma miejsce w przypadku lokat terminowych. Jednocześnie w sytuacji, gdy w trakcie trwania umowy okaże się, że fundusze nie rokują wygenerowania ewentualnej premii nie może on wycofać środków bez narażenia się na karę w postaci określonych w Warunkach opłat. Opłaty te mają charakter przywiązania konsumentów do umów, gdyż konsument nie uzyska żadnej korzyści w przypadku przedterminowego rozwiązania umowy.

Porównując ewentualne korzyści wynikające z powiększenia wypłaty w przypadku śmierci o 1% składki, a także niepewne zyski wynikające ze zmian wartości indeksów w przypadku utrzymania oszczędności do końca trwania umowy, Prezes Urzędu zestawił te wartości z sytuacją finansową jaka wynika dla przedsiębiorcy w tych samych sytuacjach. w przypadku śmierci ubezpieczonego pozwana musi wypłacić dodatkową wartość w wysokości 1% składki, natomiast w sytuacji rezygnacji z umowy otrzymuje wartości wynoszące od 20% do 6% składki. Takie porównanie wielkości środków pieniężnych, do których mają prawo obie strony umowy w sposób jednoznaczny potwierdza dysproporcję korzyści i zagrożeń.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty oceniana klauzula dotycząca uprawnienia pozwanej do zatrzymania „części składki” ubezpieczonego w sposób nierówny traktuje interesy finansowe konsumentów i pozwanej spółki i dlatego może zostać uznana za rażąco naruszającą interesy konsumenta.

Biorąc pod uwagę powyższą analizę Prezes Urzędu uznał, że postanowienia naruszają dobre obyczaje, a także w sposób rażący interesy konsumentów.

3.5. Skutki stosowania niedozwolonego postanowienia umownego

Regulacja przepisów o niedozwolonych postanowieniach umownych, a zwłaszcza art. 385(1) k.c., nie pozostawia wątpliwości, że postanowienia dotknięte abuzywnością „nie wiążą konsumenta”. Należy stwierdzić, że dane postanowienie przestaje wiązać już w chwili zawarcia umowy. Oznacza to, że postanowienie takie nie stanowi elementu treści stosunku prawnego i nie może być uwzględniane przy rozpoznawaniu spraw związanych z jego realizacją. Podstawowe zatem znaczenie dla urzeczywistnienia przepisów o niedozwolonych postanowieniach umownych oraz uchronienia konsumentów przed skutkami ich stosowania ma poziom świadomości organów stosujących prawo (tak: M. Skory, Klauzule abuzywne w polskim prawie ochrony konsumenta, LEX 50185).

W tym miejscu, należy wskazać, że przepis art. 385(1) § 1 k.c. stanowi implementację do polskiego porządku prawnego art. 3 ust. 1 oraz art. 6 ust. 1 dyrektywy 93/13 z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz.U.UE L.1993.95.29). Drugi z wymienionych artykułów - określający skutki uznania postanowienia za abuzywne - ma następujące brzmienie: „Państwa Członkowskie stanowią, że na mocy prawa krajowego nieuczciwe warunki w umowach zawieranych przez sprzedawców lub dostawców z konsumentami nie będą wiążące dla konsumenta, a umowa w pozostałej części będzie nadal obowiązywała strony, jeżeli jest to możliwe po wyłączeniu z niej nieuczciwych warunków”.

Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej wielokrotnie wypowiadał się na temat konsekwencji stosowania przez przedsiębiorcę postanowień niedozwolonych w umowach zawieranych z konsumentami oraz następczej możliwości eliminowania niekorzystnych skutków z tego wynikających.

3.6. Odstraszający efekt klauzul abuzywnych w orzecznictwie TSUE

W swoich orzeczeniach TSUE podkreśla jeszcze inną, istotną i w tej sprawie kwestię. Mianowicie, zwraca on uwagę na fakt, że klauzule abuzywne powinny wiązać się z odstraszającym dla przedsiębiorcy efektem, również kosztem interesów przedsiębiorców. Trybunał stwierdził, że „gdyby sąd krajowy mógł zmieniać treść nieuczciwych warunków zawartych w takich umowach, takie uprawnienie mogłoby zagrażać realizacji długoterminowego celu ustanowionego w art. 7 dyrektywy 93/13. Uprawnienie to przyczyniłoby się bowiem do wyeliminowania zniechęcającego skutku wywieranego na przedsiębiorców poprzez zwykły brak stosowania takich nieuczciwych warunków wobec konsumentów, ponieważ nadal byłiby oni zachęceni do stosowania rzeczonych warunków, wiedząc, że nawet gdyby miały one być unieważnione, to jednak umowa mogłaby zostać uzupełniona w niezbędnym zakresie przez sąd krajowy, tak aby zagwarantować w ten sposób interes rzeczonych przedsiębiorców” (wyrok TSUE z dnia 14 czerwca 2012 r., Banco Español de Crédito SA vs Joaquínowi Calderónowi Caminie, C-618/10, pkt 69; wyrok TSUE z dnia 30 kwietnia 2014 r., sygn. akt C-26/13, Árpád Kásler, Hajnalka Káslerné Rábai vs OTP Jelzálogbank Zrt, pkt 79).

O tym, że przyjęcie odstraszającego efektu klauzul jest istotne mówi również doktryna. Jak wskazuje J. Czabański „ustawodawca europejski, konstruując przepisy dyrektywy 93/13 celowo wprowadził przepis bezskuteczności nieuczciwych warunków umownych wobec konsumenta, z jednoczesnym obowiązkiem wykonywania umowy zgodnie z pozostałymi jej zapisami. Taki skutek może być oczywiście bardzo dotkliwy ekonomicznie dla przedsiębiorcy, który nigdy by nie chciał zawrzeć takiej umowy, gdyby wiedział, że

nieuczciwy warunek zapewniający mu korzyści ekonomiczne zostanie z umowy wyeliminowany. Jednak skutek ten został celowo przewidziany przez ustawodawcę i ma wywierać odstrasżający efekt na przedsiębiorców, którzy chcieliby stosować zakazane postanowienia. Jeżeli jedynym skutkiem miałby być powrót do uczciwych warunków, to jest oczywiste, że przedsiębiorca nic by nie ryzykował stosując warunki nieuczciwe - co najwyżej w niektórych przypadkach - po kontroli sądowej - musiałby wrócić do warunków uczciwych. Ustawodawca europejski celowo więc prowadził skutek bezskuteczności, tak aby pokazać przedsiębiorcy, że naruszanie interesów konsumenta może go dużo kosztować finansowo. Również i polska doktryna jednoznacznie przesądza o skutku w postaci bezskuteczności postanowienia i to bez względu na jego ekonomiczną doniosłość dla przedsiębiorcy” (tak: J. Czabański, Głosa do wyroku SN z 14 maja 2015 r., Palestra 1-2/2016).

3.7. Możliwość zastąpienia niedozwolonych postanowień umownych przepisami dyspozytywnymi

W jednym z wyroków Trybunał stwierdził, że art. 6 ust. 1 dyrektywy 93/13 nie stoi na przeszkodzie temu, by sąd krajowy uchylił, zgodnie z zasadami prawa zobowiązań, nieuczciwy warunek (niedozwolone postanowienie umowne) poprzez zastąpienie go przepisem prawa krajowego o charakterze dyspozytywnym (wyrok TSUE z 30 kwietnia 2014 r., sygn. akt C-26/13; Árpád Kásler, Hajnalka Káslerné Rábai vs OTP Jelzálogbank Zrt; pkt 80 i n.). Jak wskazał Trybunał w tym wyroku „fakt zastąpienia nieuczciwego warunku tego rodzaju przepisem - w przypadku którego, jak wynika z motywu trzynastego dyrektywy 93/13, zakłada się, że nie zawiera nieuczciwych warunków - w zakresie, w jakim dostarcza on rozwiązania, dzięki któremu umowa może dalej obowiązywać (...) i wciąż wywoływać wiążące skutki względem stron, jest w pełni uzasadniony w świetle celu dyrektywy 93/13”. Jednak, w niniejszej sprawie, wypełnienie „luki” powstałej w umowie w efekcie zastosowania przez pozwaną klauzuli abuzywnej w zakresie regulacji warunków pobierania opłat z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy poprzez zastosowanie odpowiednich przepisów dyspozytywnych nie jest możliwe. Nie istnieją bowiem w polskim ustawodawstwie przepisy prawa o charakterze dyspozytywnym, które mogłyby mieć w tym wypadku zastosowanie.

3.8. Niedozwolone postanowienie a nienależne świadczenie

Tak jak wskazano wcześniej w sytuacji uznania, że dane postanowienie stanowi niedozwolone postanowienie umowne, staje się ono niewiążące dla konsumenta od samego początku. Dlatego też, na wniosek konsumenta, wartości dotychczas pobrane przez przedsiębiorcę na podstawie niedozwolonego postanowienia umownego tracą swoją podstawę prawną. Zgodnie z art. 410 § 2 kodeksu cywilnego świadczenie jest nienależne, jeżeli ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył, albo jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty, albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia. Dlatego też można uznać, że nienależne jest świadczenie, gdy podstawa świadczenia odpadła. Nienależne świadczenie stanowi bezpodstawne wzbogacenie. W związku z powyższym należy w niniejszej sprawie uwzględnić przepis art. 405 kodeksu cywilnego stanowiący, że kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości.

Pozwana uzyskała korzyść majątkową poprzez obciążenie powoda kosztami prowadzenia działalności związanej z realizacją ocenionej umowy, w sytuacji, gdy powód rozwiązał umowę przed założonym terminem, w sytuacji gdy postanowienie to stanowi niedozwolone postanowienie umowne.

Z powyższą interpretacją zgodził się np. Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 30 kwietnia 2014 r. (sygnatura akt I ACa 1209/13), który stwierdził iż „zastosowana przez ustawodawcę formuła prawna niedozwolonego postanowienia umownego (art. 385¹ § 1 k.c.) oznacza, że pobieranie świadczeń w wykonaniu takiego niewiążącego konsumenta postanowienia nie miało umocowania w umowie. W konsekwencji bezpodstawnie pobrana, zawyżona część odsetek winna być zwrócona według konstrukcji zwrotu nienależnego świadczenia w rozumieniu art. 410 § 1 k.c., a odpowiedzialność banku lokuje się w płaszczyźnie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu”.

W ocenie Prezesa Urzędu w niniejszej sprawie nie zachodzi sytuacja, w której Powód nie może żądać zwrotu spełnionego świadczenia, o którym mowa w art. 411 pkt 1 kodeksu cywilnego. Zgodnie z tym przepisem nie można żądać zwrotu świadczenia niezależnego jeżeli spełniający świadczenie wiedział, że nie był do świadczenia zobowiązany, chyba, że świadczenie nastąpiło z zastrzeżenia zwrotu albo w celu uniknięcia przymusu lub w wykonaniu nieważnej czynności prawnej. W niniejszej sprawie Powód nie miał świadomości przy zawieraniu umowy, że świadczenie jest nienależne, tj. że nie jest do niego zobowiązany. Warunki Ubezpieczenia zostały przedstawione jako wzorzec umowy, który nie podlegał negocjacji. Dodatkowo z wyroku ogłoszonego przez Sąd w niniejszej sprawie wynika, iż Powód podniósł, że Warunki Ubezpieczenia nie zostały mu doręczone i nie były zaakceptowane. Wartość, którą zatrzymała pozwana w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy, jest częścią składki, którą konsument był zobowiązany do wpłaty, aby móc korzystać z produktu. Tym samym Pozwany w oparciu o zakwestionowane postanowienia dysponował już środkami, o zwrot których wystąpił konsument z niniejszym roszczeniem.

3.9. Termin przedawnienia zwrotu nienależnego świadczenia

W związku z uwagami poczynionymi w punkcie 3.6. nie sposób stwierdzić, że nastąpiło przedawnienie roszczeń. Zdaniem Sądu kwota, w sprawie której Powód wniósł roszczenie wynika z warunków umowy ubezpieczenia, tym samym roszczenia z tego tytułu, przedawniają się z upływem trzech lat. Jednakże, w sytuacji dochodzenia zwrotu nienależnego świadczenia, przedmiotem żądania jest spełnienie świadczenia polegającego na zwrocie w naturze spełnionego świadczenia nienależnego, względnie jego wartości (art. 410 par. 1 k.c. w zw. z art. 405 k.c.). Jak zostało stwierdzone wcześniej kwota, którą pobrali Pozwani nie jest głównym świadczeniem z tytułu umowy ubezpieczenia i została pobrana z naruszeniem dobrych obyczajów.

Dlatego też zważywszy, że nie upłynęło dziesięć lat zarówno od zawarcia, jak też od rozwiązania umowy ubezpieczenia, zarzut przedawnienia nie jest zasadny.

4. Podsumowanie

W opinii Prezesa we wcześniejszej części dokumentu wykazano spełnienie wszystkich niezbędnych przesłanek do uznania postanowienia przewidującego w niniejszej sprawie zatrzymanie części składki ubezpieczeniowej w sytuacji przedterminowego rozwiązania

umowy za naruszające dobre obyczaje, a także w rażąco naruszającego interesy konsumentów, a więc za uznanie go za niedozwolone postanowienie umowy.

Załączniki:

- 2 odpisy dla stron postępowania

PREZES
URZĘDU
OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW
Marek Niechcial
Marek Niechcial

DYREKTOR
Departamentu Ochrony Interesów Konsumentów
Lukasz Wroński
Łukasz Wroński

