



PREZES
URZĘDU OCHRONY
KONKURENCJI I KONSUMENTÓW
MAREK NIECHCIAŁ

Katowice, 2 sierpnia 2019 r.

RKT.644.36.2019.BP

Sąd Rejonowy dla Warszawy-Woli
w Warszawie
II Wydział Cywilny
ul. Kocjana 3
01-473 Warszawa

Powód:

[...]

reprezentowany przez:

[...]

Pozwana:

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A.

z siedzibą w Warszawie

reprezentowana przez:

[...]

sygn. akt II C 1783/18

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

Zgodnie z art. 31d ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369, dalej także: uokik), Prezes Urzędu, jeżeli uzna że przemawia za tym interes publiczny, przedstawia sądowi istotny dla sprawy pogląd w sprawach dotyczących ochrony konkurencji i konsumentów. W przepisie tym ustawodawca ustanowił dwie przesłanki - które muszą wystąpić łącznie - warunkujące możliwość zastosowania tej instytucji - tj. zakres przedmiotowy danej sprawy, wchodzący w sferę ochrony konkurencji i konsumentów oraz znaczenie tejże sprawy dla interesu publicznego, uzasadniające wyrażenie stanowiska przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej także: Prezes Urzędu, Prezes UOKiK).

W związku z powyższym, działając na podstawie art. 31d ww. ustawy, Prezes Urzędu przedstawia sądowi istotny pogląd dla przedmiotowej sprawy.

Niniejsza sprawa dotyczy m.in. problemu niedozwolonych postanowień umownych określających wysokości opłat likwidacyjnych, jakie na mocy ogólnych warunków ubezpieczenia są pobierane przez zakłady ubezpieczeń w związku z rozwiązaniem przez konsumentów umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (dalej również: umowa ubezpieczenia z ufk) przed terminem, na jaki zostały zawarte oraz nieważności deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Skutki społeczne zawieranych przez zakłady ubezpieczeń umów ubezpieczenia na życie z ufk, uzasadniają przesłankę występowania Prezesa Urzędu 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 przedsiębiorcy - zakładu ubezpieczeń z konsumentami.

W świetle tych okoliczności, a także biorąc pod uwagę wiedzę i doświadczenie Prezesa Urzędu z zakresu ochrony konsumentów, w szczególności fakt, że Prezes Urzędu w latach 2015 - 2016 wydawał decyzje związane z warunkami ubezpieczeń na życie i dożycie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, Prezes Urzędu uznał za zasadne i konieczne przedstawienie istotnego poglądu w niniejszej sprawie.

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 skierowano 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 m.in. w oparciu o:

- 1) wniosek Powoda o wydanie istotnego poglądu w sprawie ,
- 2) kopie Warunków ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Dziesięciokrotka” (kod warunków: UB_OGIR121) wraz z załącznikiem nr 1 - Tabelą Opłat i Limitów (kod tabeli: T/I/GB/OGIR121/006),
- 3) kopię Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia „Dziesięciokrotka”,
- 4) aneks nr 32/2018 z dnia [...];
- 5) pisma procesowe składane przez strony w toku postępowania sądowego, przedłożone Prezesowi UOKiK przez Powoda, w tym:
 - a) kopia pozwu o zapłatę z dnia [...] oraz
 - b) kopia odpowiedzi na pozew z dnia [...]

Stan faktyczny

Pismem z dnia [...] Powód skierował do Prezesa Urzędu wniosek o przedstawienie istotnego poglądu w sprawie o sygn. akt II C 1783/18 toczącej się przed Sądem Rejonowym dla Warszawy-Woli w Warszawie, II Wydział Cywilny, dotyczącej zwrotu kwot stanowiących równowartość korzyści majątkowych uzyskanych przez Pozwaną bez podstawy prawnej kosztem Powoda w wykonaniu nieważnych czynności prawnych.

We wniosku zwrócono się o wydanie istotnego poglądu m.in. w zakresie nieważności oświadczenia Powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia podnosząc w szczególności, że deklaracja przystąpienia złożona przez Powoda nie wskazuje wysokości sumy ubezpieczenia, a także w zakresie abuzywności postanowień wzorca umowy stanowiącego podstawę ustalenia wysokości wartości wykupu i ewentualnych konsekwencji tej abuzywności.

Powód podpisał deklarację przystąpienia do ubezpieczenia w dniu [...]. Umowa została zawarta na okres 15 lat. Deklaracja przystąpienia nie zawiera postanowień określających sumę ubezpieczenia.

Powód zrezygnował z ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia wobec czego Pozwana wypłaciła mu tzw. wartość wykupu.

W tym miejscu Prezes Urzędu wskazuje, że opinia wyrażona w niniejszym istotnym poglądzie stanowić będzie wyłącznie analizę możliwości uznania oświadczenia Powoda o chęci skorzystania z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej w umowach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ufk za nieważne, a także analizę treści zakwestionowanych postanowień dotyczących ustalania wysokości wartości wykupu w świetle art. 385¹ k.c., w tym wystąpienia możliwych skutków w przypadku uznania ich za abuzywne, a także nieskuteczności.

I. Niedozwolone postanowienia umowne dotyczące ustalania wartości wykupu

Treść postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia określających wartość wykupu

Zgodnie z obowiązującą w dniu przystąpienia Powoda do ubezpieczenia Tabelą opłat i limitów stanowiącą załącznik nr 1 do Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, wskaźnik wykupu przyjmuje następujące wielkości w kolejnych latach polisowych:

Rok polisowy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
% Wartości rachunku udziałów	25	25	30	40	50	60	70	80	85	90	92	93	94	95	97

Określone w ww. Tabeli opłat i limitów wartości należy analizować łącznie z następującymi postanowieniami Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „Dziesięciokrotka” - dalej także: „WU”:

➤ § 3 ust. 5: „W przypadku złożenia dyspozycji wypłaty Wartości wykupu lub rezygnacji w Okresie ubezpieczenia lub bezskutecznego upływu Okresu prolongaty, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca Ubezpieczonemu Wartość wykupu, o której mowa w § 18”.

➤ § 9 ust. 3: „W okresie ubezpieczenia Ubezpieczony może zrezygnować z Ubezpieczenia poprzez złożenie za pośrednictwem Ubezpieczającego dyspozycji wypłaty Wartości wykupu realizowanej przez Towarzystwo Ubezpieczeń, zgodnie z postanowieniami § 18. (...)”.

➤ § 15 ust. 1 pkt 3: „Z tytułu ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca: (...) 3) W przypadku dyspozycji wypłaty Wartości wykupu lub rezygnacji Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia lub bezskutecznego upływu Okresu prolongaty - Wartość wykupu, o której mowa w § 18”.

➤ § 18 ust. 1-7:

„1. Ubezpieczony ma prawo do Wartości wykupu w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia.

2. Dyspozycja wypłaty Wartości wykupu jest jednoznaczna z rezygnacją z Ubezpieczenia.

3. Wypłata Wartości wykupu może być zrealizowana na podstawie pisemnej dyspozycji Ubezpieczonego przekazanej do Jednostki obsługującej ubezpieczenie za pośrednictwem Ubezpieczającego i skutkuje umorzeniem Wartości rachunku udziałów i wypłatą przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wartości wykupu.

4. Wartość wykupu stanowi iloczyn Wartości rachunku udziałów oraz stawki procentowej Wartości rachunku udziałów właściwej dla Roku polisowego, w którym nastąpił koniec Okresu ubezpieczenia, określonej w Tabeli Opłat i Limitów, skorygowany o:

1) opłatę administracyjną należną Towarzystwu Ubezpieczeń, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia umorzenia Wartości rachunku udziałów, w tym opłatę za ryzyko należną Towarzystwu Ubezpieczeń rozliczoną dziennie, za liczbę dni do dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej,

2) kwotę z tytułu zawieszenia opłacania Składek Bieżących pozostałą do spłaty na dzień zakończenia Okresu ubezpieczenia zgodnie z Harmonogramem. W przypadku, gdy dzień

zakończenia Okresu ubezpieczenia w związku z dyspozycją wypłaty Wartości wykupu nastąpi w okresie zawieszenia, z Wartości wykupu zostanie potrącona kwota odpowiadająca iloczynowi miesięcy wykorzystanego okresu zawieszenia oraz wysokości Składki Bieżącej, powiększona o wartość opłaty za zawieszenie w całości.

5. Wartość rachunku udziałów, o której mowa w ust. 4, ustalana jest według Wartości udziału jednostkowego z najbliższego Dnia wyceny po:

1) dacie otrzymania przez Jednostkę obsługującą ubezpieczenie dyspozycji wypłaty Wartości wykupu następującego nie wcześniej niż 3. Dnia roboczego po otrzymaniu dyspozycji wypłaty Wartości wykupu przez Jednostkę obsługującą ubezpieczenie;

2) zakończeniu Okresu prolongaty - w przypadku bezskutecznego upływu Okresu prolongaty.

6. Ubezpieczający przekazuje dyspozycję wypłaty Wartości wykupu do Jednostki obsługującej ubezpieczenie niezwłocznie, nie później niż 3. Dnia roboczego po jej otrzymaniu od Ubezpieczonego.

7. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca Wartość wykupu najpóźniej w terminie 14 Dni roboczych następujących po Dniu wyceny, według której nastąpiło umorzenie Wartości rachunku udziałów - przy braku odrębnej dyspozycji, na rachunek bankowy, a w przypadku jego braku przekazem pocztowym, na adres korespondencyjny Ubezpieczonego wskazane w Deklaracji zgody”.

I. 1. Stan prawny oraz doktryna

a) Niedozwolone postanowienie umowne

Zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Z kolei stosownie do treści przepisu art. 385¹ § 2 k.c., jeżeli postanowienie umowy zgodnie z § 1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie.

Możliwość uznania postanowienia za niedozwolone zależna jest 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 rażąco interesy konsumenta,
5. postanowienie nie dotyczy sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron.

b) Charakter umowy

Umowa ubezpieczenia z ufk nie posiada swojej definicji ustawowej. Nie została uregulowana w Kodeksie cywilnym, który to w księdze trzeciej zawiera przepisy dotyczące umowy ubezpieczenia. Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. „Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swojego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę”. Można więc przyjąć, że w tej pojemnej, ogólnej definicji zawiera się także umowa ubezpieczenia z ufk, gdyż przewiduje po stronie ubezpieczającego

obowiązek zapłaty składki oraz ochronę w przypadku zajścia określonego zdarzenia, jakim jest zgon lub dożycie określonego wieku. Zwrócić należy w tym miejscu uwagę, że na dzień przystąpienia Powoda do ubezpieczenia dopuszczalność i zasady zawierania umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym określał przepis art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1206 ze zm.).

c) Raporty Rzecznika Finansowego

Pogląd na temat charakteru prawnego umowy ubezpieczenia z ufk jest od kilku lat prezentowany i aktualizowany przez Rzecznika Finansowego. Wnioski z analiz przeprowadzonych przez Rzecznika Finansowego zawarto w dwóch raportach w sprawie ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi („Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Raport Rzecznika Ubezpieczonych” opublikowany w grudniu 2012 r. i „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Raport Rzecznika Finansowego część II” opublikowany w marcu 2016 r.). W ww. Raportach przedstawiono ponadto wyniki dotychczasowych sporów sądowych, których przedmiotem jest wykonywania umów ubezpieczenia z ufk, analizę kosztów początkowych w ujęciu faktycznym i prawnym oraz podsumowanie zmian legislacyjnych.

W Raporcie z 2016 r. Rzecznik Finansowy zwraca m.in. uwagę na to, że przepisy prawa poświęcone umowie ubezpieczenia na życie nie dają podstawy do obciążenia ubezpieczającego, który umowę wypowiada, żadnymi opłatami. Przepis art. 830 §1 k.c. stanowi, iż „przy ubezpieczeniu osobowym ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku - ze skutkiem natychmiastowym”. „(...) W przywołanej regulacji brak jednocześnie zastrzeżenia co do obowiązku zwrotu wydatków, które druga strona umowy poniosła w związku z należyтым wykonywaniem umowy. Tym samym więc, mając na uwadze zasadę racjonalności ustawodawcy, należy przyjmować, że brak zastrzeżenia obowiązku zwrotu wydatków jest celowy i zamierzony, albowiem jedynym wynagrodzeniem, którego ubezpieczyciel może żądać od ubezpieczającego, jest składka z tytułu świadczonej ochrony ubezpieczeniowej (art. 805 § 1 k.c.), względnie opłaty szczegółowo określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Tym samym ustawodawca nie przewidział uprawnienia ubezpieczyciela do domagania się od ubezpieczającego wynagrodzenia (ponad uzasadnioną marżę wkalkulowaną w składkę ubezpieczeniową), czy też - co więcej - odszkodowania za wypowiedzenie umowy przed założonym przez ubezpieczyciela okresem jej obowiązywania (...)”¹. Zastrzeżenie przez zakład ubezpieczeń opłat w wypadku wypowiedzenia przez konsumenta umowy, które stanowiłyby wynagrodzenie, pokrycie wydatków zakładu ubezpieczeń poniesionych przy zawarciu umowy lub odszkodowanie z tytułu przedwczesnego rozwiązania umowy nie znajduje oparcia w ogólnych przepisach prawa dotyczących umowy ubezpieczenia. W konsekwencji, w ocenie Rzecznika Finansowego postanowienia umowy przewidujące opłaty z tytułu wypowiedzenia umowy mogą być uznane za sprzeczne z prawem.

d) Rozwiązanie umowy ubezpieczenia z ufk - mechanizm opłaty likwidacyjnej lub pomniejszenia wartości wykupu

Umowy ubezpieczenia z ufk mogą być rozwiązywane przez konsumentów. Jednak w takiej sytuacji przedsiębiorcy stosują różnego rodzaju opłaty określające zatrzymywane wartości, czy też podają metodę wyliczenia wartości, która zostanie wypłacona konsumentom. Stosowane są różnego rodzaju nazwy i sposoby wyliczenia wartości, które w efekcie określają

¹ Tak Rzecznik Finansowy w raporcie pt. „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym” Część II, Warszawa, marzec 2016 r., s. 29 - raport dostępny na <https://rf.gov.pl/>.

jaką kwotę zatrzyma przedsiębiorca. Najczęściej wielkości te są definiowane w tabelach opłat stanowiących załącznik do warunków ubezpieczenia. Opłata likwidacyjna wyrażana jest w różny sposób m.in. jako procent wartości częściowej lub całkowitej wartości kwoty wypłacanej z rachunku ubezpieczającego. Kluczowym aspektem jest wysokość przedmiotowej opłaty - w przypadku rozwiązania umowy w pierwszych latach trwania okresu odpowiedzialności, pobieranych jest nawet od 100% do 80% zgromadzonych na rachunku środków. W przypadku ocenianej umowy przedsiębiorca zastrzegł w Warunkach Ubezpieczenia mechanizm zaniżania wartości wykupu, który zostanie wypłacony konsumentowi w momencie rozwiązania umowy ubezpieczenia z ufk. Innymi słowy postanowienia Warunków Ubezpieczenia i Tabele opłat i limitów nie stanowią, jakie kwoty zostaną potrącone na rzecz zakładu ubezpieczeń, tylko jak należy wyliczyć kwotę, którą otrzyma konsument w związku z rozwiązaniem umowy. Stosowanie tego rodzaju mechanizmu skutkuje obniżeniem wypłacanej konsumentom wartości. Zasada stosowania tego rodzaju mechanizmu została opisana w dalszej części dokumentu. W tym miejscu należy jednak podkreślić, że postanowienia dotyczące opłaty likwidacyjnej i wartości wykupu należy uznać za tożsame co do skutków, gdyż oba mechanizmy pozbawiają konsumentów znacznej części środków zgromadzonych na rachunku w efekcie wpłacanych w trakcie trwania umowy składek.

Postanowienia dotyczące pobierania opłat likwidacyjnych wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone:

Przedmiotem rozważań Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów była ocena zgodności z art. 385¹ § 1 k.c. postanowień dotyczących wysokości opłat likwidacyjnych.

Klauzula nr 2161

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 14 maja 2010 r. (sygn. akt VI ACa 1175/09), po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie, Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 29 czerwca 2009 r. (sygn. akt XVII AmC 274/09), uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Opłata likwidacyjna (koszt wykupu środków zgromadzonych na ORJU składek regularnych) - przy dokonaniu całkowitego lub częściowego wykupu certyfikatu ubezpieczeniowego - 100% jeżeli składki regularne były łącznie opłacane krócej niż 1 rok”.

W uzasadnieniu wyroku Sąd stwierdził, że „w istocie ubezpieczyciel przewidział tu dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami, w przypadku zawarcia ubezpieczenia na rzecz konkretnej osoby, przy czym ma owo zastrzeżenie charakter uniwersalny, tzn. jest całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Tak sformułowane postanowienie narusza dobre obyczaje, gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Nie wystarcza tu ogólnikowe powołanie się na rzekomo powszechnie znany fakt, że koszt wykupu alokowanych środków jest w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia wyższy niż w następnych z uwagi na wyższe opłaty manipulacyjne. Nie stanowi też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter”.

Klauzula nr 3834

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 26 czerwca 2012 r. (sygn. akt VI ACa 87/12), po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 7 listopada 2011 r. (sygn. akt XVII AmC 1704/09), uznał

za niedozwolone i zakazał stosowania przez AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Opłata likwidacyjna jest pobierana w wysokości wskazanej w tabeli poniższej: Rok Polisowy, w którym jest pobierana Wysokość opłaty likwidacyjnej opłata likwidacyjna od środków stanowiąca procent środków wypłacanych z Subkonta Składek Regularnych

1. - 99%
2. - 99%
3. - 80%
4. - 70%
5. - 60%
6. - 50%
7. - 40%
8. - 30%
9. - 20%
10. - 10%”.

W uzasadnieniu Sąd Apelacyjny stwierdził, że „Nie stanowi też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter. Znaczna część kosztów funkcjonowania pozwanej oraz jej ryzyko jest bowiem pokrywane przez konsumenta w ramach szeregu innych opłat pobieranych przez pozwaną (...), takich jak opłata wstępna, opłata za zarządzanie, czy opłata administracyjna. Wysokość opłaty likwidacyjnej powinna być uzależniona jedynie od kosztów jakie pozwana ponosi w związku z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia i wykupem Jednostek Uczestnictwa. Tymczasem (...), przy określeniu wysokości tej opłaty strona pozwana bierze pod uwagę wszystkie koszty jej działalności, w większości już pokryte przez ubezpieczonego w ramach innych opłat”.

Klauzula nr 4632

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 974/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Opłata likwidacyjna pobierana z Subkonta Składek regularnych, poprzez umorzenie Jednostek Uczestnictwa, przed Całkowitą Wypłatą, w razie wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia [...] oraz tej części Częściowej Wypłaty z Subkonta Składek regularnych, która powoduje, że Wartość Subkonta Składek Regularnych staje się niższa od kwoty odpowiadającej Statusowi Polisy Opłaconej przed wskazaną poniżej Rocznicą Polisy, w następującej wysokości:

od dnia poprzedzającego 1. Rocznicę Polisy - 100,0%

od 2. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 3. Rocznicę Polisy - 80,0%

od 3 Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 4 Rocznicę Polisy - 70,0%

od 4. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 5 Rocznicę Polisy - 60,0%

od 5. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 6 Rocznicę Polisy - 50,0%

od 6. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 7. Rocznicę Polisy - 40.0%

od 7. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 8. Rocznicę Polisy - 30,0%
od 8 Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 9. Rocznicę Polisy - 20,0%
od 9. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego 10. Rocznicę Polisy - 10,0%
od 10. Rocznicy Polisy - 0%”.

Jak argumentował Sąd, „postanowienia umowne wzorca stosowanego przez pozwanego, w sposób nieusprawiedliwiony nakładają na konsumenta obowiązek płacenia opłaty likwidacyjnej bez możliwości określenia jakie świadczenie wzajemne ze strony pozwanej mu się należy. Konsument nie ma zatem możliwości stwierdzenia, czy jego świadczenie jest ekwiwalentne i uzasadnione”.

Klauzula nr 5608

Sąd Okręgowy w Warszawie w wyroku z dnia 9 stycznia 2012 r. (sygn. akt XVII AmC 355/11) uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy - ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, dotyczącego pobierania przez pozwanego, w razie wypowiedzenia umowy, opłaty likwidacyjnej za realizację wykupu jednostek funduszu zgromadzonych na rachunku podstawowym ubezpieczonego w następującej wysokości:

„w I Roku Polisowym - 100%, w II Roku Polisowym - 100%, w III Roku Polisowym - 70%, IV Roku Polisowym - 60 %, V Roku Polisowym - 50 %, VI Roku Polisowym - 40%, VII Roku Polisowym - 30%, VIII Roku Polisowym - 20%, IX Roku Polisowym - 10%, X Roku Polisowym - 5%.”

W ocenie Sądu „postanowienie umowne przewidujące obowiązek spełnienia przez konsumenta na rzecz oferenta świadczenia, bez określenia jego charakteru lub ewentualnego świadczenia wzajemnego jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interes konsumentów. (...) objęte pozwem postanowienie wzorca stosowanego przez pozwaną, zdaniem Sądu, w sposób nieusprawiedliwiony nakłada na konsumenta obowiązek płacenia opłaty likwidacyjnej bez możliwości określenia jakie świadczenie wzajemne ze strony pozwanej mu się należy. Konsument nie ma zatem możliwości stwierdzenia, czy jego świadczenie jest ekwiwalentne i uzasadnione. Godzi to w zasadę równowagi kontraktowej stron, uniemożliwiając konsumentowi ochronę jego praw. Pozwana dysponuje natomiast prostym mechanizmem naliczania tej opłaty i fizycznego jej pobierania w drodze potrąceń”.

Postanowienie dotyczące określania wartości wykupu wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone:

Klauzula nr 1749

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 13 maja 2009 r. (sygn. akt VI ACa 1365/08), po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 16 czerwca 2008 r. (sygn. akt XVII AmC 111/07), uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ING Nationale-Nederlanden Polska S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Wartość wykupu jest to procent rezerwy matematycznej przypadającej na daną umowę główną z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej, zgodnie z poniższą tabelą:

- Liczba pełnych lat polisowych, za które opłacono wszystkie składki całkowite;

- Wartość wykupu jako procent rezerwy matematycznej przypadającej na daną umowę główną z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej:

- a) 2 - lata 80% wartości wykupu;
- b) 3 - lata - 85% wartości wykupu;
- c) 4 lata - 90% wartości wykupu.

Wysokość wartości wykupu oblicza się według stanu rezerwy matematycznej przypadającej na umowę główną z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej, na wcześniejszy z dni (dalej: dzień wartości wykupu):

- a) dzień następujący po ostatnim dniu opłaconego okresu, tj. termin płatności składki całkowitej najdawniej wymagalnej albo
- b) dzień rozwiązania lub wygaśnięcia umowy głównej.

Wartość wykupu, obliczona zgodnie z postanowieniami ust. 1 i 2, jest pomniejszana o sumę zaległych składek całkowitych lub powiększana o część opłaconej składki całkowitej należnej za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Gdy składka za umowę główną została opłacona jednorazowo, Ubezpieczający nabywa prawo do wypłaty wartości wykupu dnia następnego, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności.

Wartość wykupu stanowi wtedy 95% rezerwy matematycznej z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej, przypadającej na daną umowę główną w dniu rozwiązania umowy głównej. Jeżeli dzień wartości wykupu przypada po przekształceniu umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, to wartość wykupu stanowi 95% rezerwy matematycznej z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej”.

W uzasadnieniu do wyroku wskazano: „(...) Nie sposób jednak zgodzić się z sytuacją, w której ubezpieczony odstępując od umowy ubezpieczenia jest zaskoczony porażająco niską wartością wykupu. Oczywistym jest, że zapisy zakwestionowanego postanowienia nie mogą być rozumiane jako zobowiązanie do wypłacenia kwoty odpowiadającej procentowemu (80%, 85%, 90%, 95%) udziałowi we wpłaconych składkach ale też za niedopuszczalne należy uznać postępowanie ubezpieczyciela, który uniemożliwia ubezpieczającemu przy zawieraniu umowy poznanie choćby szacunkowej wartości ekonomicznej kryjącej się pod określeniem „wartość wykupu jest to procent rezerwy matematycznej”.

I.2. Stanowisko Prezesa Urzędu

I.2.1. Niedozwolony charakter postanowienia umownego określające wskaźnik wartości wykupu stosowany w przypadku rozwiązania umowy

Analiza treści kwestionowanych postanowień, prowadzi do jednoznacznej konkluzji, że spełniają one przesłanki uznania za niedozwolone postanowienie umowne, stosownie do przepisu art. 385¹ § 1 k.c.

a) Relacja przedsiębiorca - konsument

Analizowane postanowienia znajdują się w warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ufk, które regulują zasady na jakich ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową osoby ubezpieczone. Zgodnie z art. 22¹ k.c. za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową, natomiast zgodnie z art. 808 § 5 k.c. przepisy art. 385¹ - 385³ k.c., dotyczące m.in. kontroli wzorców umów, stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Oceniane

postanowienia umowy niewątpliwie wprost wpływają na sytuację konsumenta - ubezpieczonego.

b) Brak indywidualnego uzgodnienia postanowień umownych

Przepis art. 385¹ § 3 k.c. nakazuje uznać za nieuzgodnione indywidualnie „te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta”. Dokonanie oceny, czy postanowienie było indywidualnie negocjowane wymaga zatem zbadania okoliczności związanych z procesem kontraktowania. Jeśli przy zawieraniu umowy postanowienia nie były między stronami negocjowane, zostały przez przedsiębiorcę ustalone jednostronnie i konsument nie miał rzeczywistego wpływu na ich treść, to należy uznać, że nie były indywidualnie uzgodnione. Taka sytuacja ma miejsce najczęściej wtedy, gdy przedsiębiorca w obrocie z konsumentami posługuje się odgórnie ustalonymi wzorcami umowy (wtedy postanowienie jest zawarte we wzorcu umowy), ale może też mieć miejsce wtedy, gdy postanowienie zostaje przejęte do umowy ze wzorca umownego (jest narzucone).

Nie ulega wątpliwości, że przedmiotowa umowa stanowi przykład tzw. umowy adhezyjnej, czyli takiej, w której warunki umowne określone są jednostronnie przez przedsiębiorcę. Konsumentowi pozostaje jedynie podjęcie decyzji, czy do umowy przystąpić. Przy zawieraniu umów z konsumentami Pozwana posługuje się opracowanym przez siebie wzorcem umownym, dlatego możliwości negocjacyjne osoby przystępującej do umowy są ograniczone lub wręcz ich nie ma. Podpisanie deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie może być uznane za tożsame z indywidualnym uzgodnieniem treści postanowień określających wysokość wartości wykupu pobieranej w sytuacji rozwiązania umowy.

Zgodnie z art. 385¹ § 4 k.c. ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje, co w praktyce oznacza konieczność udowodnienia tej przesłanki przez przedsiębiorcę.

c) Kwestionowane postanowienia nie określają głównego świadczenia stron

W świetle art. 385¹ § 1 k.c. nie można uznać za niedozwolone tych postanowień umowy, które określają główne świadczenia stron, chyba, że nie zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Analiza kwestionowanego postanowienia wymaga więc oceny, czy postanowienia określające wartości wypłacane przez Pozwaną w sytuacji przedterminowego rozwiązania umowy, można uznać za główne świadczenie stron.

Zdaniem Prezesa Urzędu postanowienia określające wysokość wartości wykupu nie są postanowieniami określającymi główne świadczenie stron.

Wskazać należy, że art. 385¹ § 1 k.c. ustanawia wyjątek od zasady kontroli treści nieuczciwych warunków, w związku z czym powinien on ulegać wykładni zawężającej, o czym wypowiedział się Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie Matei vs S.C. Volksbank Romania SA, sygn. akt C-143/13, p. 49). Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej wskazał również, że w przypadku wystąpienia trudności w prawidłowym zdefiniowaniu świadczenia głównego, wszelkie wątpliwości powinny być interpretowane na korzyść konsumenta (Jean-Claude Van Hove vs CNP Assurances SA, sygn. akt C-96/14, p. 49).

Jak przytoczono we wcześniejszej części niniejszego poglądu, w umowie głównym świadczeniem stron jest dokonanie wpłaty składki przez ubezpieczonego i wypłata świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczonego przez Pozwaną. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, w sytuacji wystąpienia którego następuje wypłata świadczenia, jest śmierć ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia albo dożycie przez niego

Ostatniego dnia Okresu Ubezpieczenia. Świadczeniem ubezpieczeniowym jest natomiast kwota wypłacana przez ubezpieczyciela ubezpieczonemu, w przypadku zajścia ustalonych w umowie zdarzeń ubezpieczeniowych.

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.

Zgodnie z powyższym stanowiskiem spór dotyczący wartości wypłaconej w innych okolicznościach niż wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego nie może być uznany za spór dotyczący świadczenia głównego. Jak słusznie wskazał Sąd Okręgowy w Łodzi w wyroku z dnia 19 marca 2015 r., sygn. akt III Ca 1539/14, regulacja dotycząca skutków rozwiązania umowy przed czasem, nie ma charakteru konstytutywnego dla tej umowy. Określenie zasad dotyczących ponoszenia opłat za rozwiązanie umowy przed czasem pozostaje bez wpływu na charakter umowy czy skuteczność jej zawarcia.

Ponadto, uznanie postanowienia określającego wysokość wartości wypłaconej w związku z rozwiązaniem w poszczególnych latach umowy ubezpieczenia z ufk za postanowienia określające główne świadczenia stron, oznaczałoby, że konsument zawiera taką umowę w celu jej przedwczesnego rozwiązania pomimo ryzyka poniesienia kosztów takiego rozwiązania, w tym prawdopodobieństwa utraty całości dokonanych wpłat.

O niemożności uznania wartości wykupu za główne świadczenie stron świadczą również zmiany legislacyjne wynikające z ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Powyższa ustawa posługuje się dwoma odrębnymi sformułowaniami - „świadczeniem z umowy ubezpieczenia oraz „wartością wykupu”, w związku z czym - zgodnie z wykładnią językową - należy oba pojęcia rozumieć odrębnie.

W tym miejscu warto wskazać, że szczegółową analizę, zgodnie z którą nie można za świadczenie główne uznać wartości wypłaconej po potrąceniu z wartości polisy określonych opłat z tytułu likwidacji funduszy oraz dokonania wykupu, zawarł również Rzecznik Finansowy w istotnym poglądzie z dnia 17 listopada 2015 r. przedstawionym Sądowi Najwyższemu w sprawie o sygnaturze III CZP 87/15².

d) Sprzeczność z dobrymi obyczajami oraz rażące naruszenie interesów konsumenta

Jako dobre obyczaje należy rozumieć normy postępowania niesprzeczne z etyką, moralnością czy społecznymi obyczajami. W orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., sygn. akt I CK 832/04, wskazano, że za sprzeczne z dobrymi obyczajami należy uznać wprowadzenie klauzul godzących w równowagę kontraktową, zaś „rażące naruszenie interesów konsumenta” polega na nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta w określonym stosunku umownym.

W niniejszej sprawie brak równowagi kontraktowej stron wyrażający się w możliwości arbitralnego decydowania przez Pozwaną o zatrzymaniu przez nią części wartości rachunku w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia z ufk przed upływem okresu, na jaki została zawarta, świadczy o jego sprzeczności z dobrymi obyczajami. Rażące naruszenie interesów konsumenta przejawia się natomiast w daleko idącej dysproporcji praw i obowiązków stron umowy na niekorzyść konsumenta.

Za sprzeczne z dobrymi obyczajami należy uznać takie ukształtowanie stosunku prawnego z konsumentem, który w wyniku rozwiązania umowy traci znaczną część ze zgromadzonych na rachunku środków. Nieuzasadnione jest bowiem obciążanie konsumenta wygórowanymi kosztami, niezwiązanymi z rzeczywistymi kosztami ponoszonymi przez przedsiębiorcę w tym zakresie. Zdaniem Prezesa Urzędu wysokości zatrzymywanej przez Pozwaną kwoty nie

² Pogląd dostępny na http://rf.gov.pl/pdf/poglad_SN_ufk_18.11.2015.pdf/.

tłumaczy konieczność rozliczenia kosztów takich jak prowizje dla pośredników, koszty wystawienia polis czy reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych. Mechanizm naliczania kosztów związanych w rozwiązaniem polisy jest bowiem taki sam bez względu, przykładowo, na wysokość wpłacanych składek. Uzasadnieniem takiego mechanizmu nie jest również założenie długotrwałego stosunku prawnego, który, służy tak naprawdę jedynie amortyzacji kosztów akwizycji. Ponadto, zapewnienie pośrednikowi wysokiego wynagrodzenia powoduje, że są oni bardzo zmotywowani do doprowadzania do zawierania umów z konsumentami, nawet tymi, którzy nie są zainteresowani wieloletnim opłacaniem składek. Natomiast dla Pozwanej nie wiąże się z tym żadne ryzyko, gdyż dzięki ukształtowaniu sposobu wyliczenia wartości wykupu konieczność pokrycia tego kosztu przerzuca na konsumenta. Podsumowując, fakt, że Pozwana faktycznie ponosi koszty związane z wypłatą pośrednikowi prowizji, nie powinien usprawiedliwiać przerzucenia odpowiedzialności za poniesienie tych kosztów na konsumenta.

Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że Pozwana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pobiera dwie opłaty związane z wykonywaniem umowy tj. Opłatę administracyjną oraz Opłatę za ryzyko, z tym jednak zastrzeżeniem, że opłata za ryzyko wliczona została w Opłatę administracyjną (Tabela Opłat i Limitów). Opłaty te, w przeciwieństwie do „ukrytej” opłaty w postaci ustalenia wskaźnika wartości wykupu, powinny kompensować koszty wykonywania umowy. Są one pobierane miesięcznie ze składki bieżącej. Pozwana przewidziała różny sposób naliczania wysokości każdej z opłat. Opłata administracyjna naliczana jest procentowo od wartości składki zainwestowanej. Składka zainwestowana ma charakter stały przez cały okres obowiązywania umowy, a jej wysokość określono w deklaracji przystąpienia. Opłata za ryzyko naliczana jest z kolei także procentowo, ale od sumy na ryzyku. Suma na ryzyku stanowi równowartość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego (§ 2 pkt 23 WU). W konsekwencji można więc stwierdzić, że Pozwana określiła wartość opłat i składek w taki sposób, by zapewnić sobie środki na pokrycie powstałych kosztów z tytułu zawarcia umowy w sytuacji, gdy konsument przedterminowo rozwiąże umowę.

W efekcie stosowania wskaźników wartości wykupu, nawet w późniejszych latach trwania umowy konsumenci mogą otrzymać zwrot tylko niewielkiej części wpłaconych środków. Pozwana zapewniła sobie ochronę własnych interesów finansowych, natomiast nie zostały zabezpieczone interesy konsumentów, którzy mogą utracić całe swoje oszczędności. Pozwana dysponuje nieproporcjonalnie większymi środkami niż konsument. Dlatego też wycofanie oszczędności przez indywidualną osobę ma nieznaczny wpływ na sytuację finansową Pozwanej, gdyż może zostać zrekompensowane zawarciem umowy z innym klientem. W przypadku konsumentów uzupełnienie poniesionych strat jest znacznie trudniejsze, a w niektórych sytuacjach wręcz niemożliwe. Tym samym wpływ opłat na sytuację finansową Pozwanej i Powoda jest diametralnie inny.

W tym miejscu przywołać należy orzeczenia, w których sądy stwierdzają, że mobilizacja i zachęcanie klientów do kontynuowania umowy w dłuższym horyzoncie czasowym nie może polegać na sankcjonowaniu, w przypadku wypowiedzenia przez nich umowy, utratą znacznej części wpłaconych środków finansowych (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6 września 2012 r., sygn. akt VI ACa 458/12; wyrok Sądu Okręgowego w Nowym Sączu z dnia 24 maja 2016 r., sygn. akt III Ca 166/16). Ustalenie przez Pozwaną wysokich kosztów rezygnacji z kontynuowania umowy może sprawić, że właśnie przez ryzyko utraty znacznej części zgromadzonych oszczędności może skłaniać konsumenta do dalszego opłacania składek, a w konsekwencji, ograniczać jego uprawnienie do wypowiedzenia umowy. Jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nabywane za wpłacone składki mają charakter inwestycyjny. Konsument ma możliwość śledzenia ich ceny, a więc wartości rachunku. W wyniku obserwacji zachodzących zmian w funduszach konsument może uznać, że nie ma możliwości osiągnięcia zysku, a wręcz należy przewidywać poniesienie

straty i w związku z tym może on podjąć decyzję o rozwiązaniu umowy i wypłacie wartości rachunku - jednakże sposób obliczania wartości wykupu może skutecznie zniechęcać do tego. Koszty jakie musiałby ponieść z tytułu potrąceń są na tyle duże, że w sposób znaczny obniżyłoby to wypłatę, co mogłoby zostać uznane za nieopłacalne. W efekcie tego konsument podejmuje decyzję zupełnie inną, niż gdyby nie było pobieranych tak wysokich opłat. Należy zauważyć, że gdyby nie były potrącane tak wysokie wartości z tytułu rozwiązania, konsument miałby możliwość dokonania oceny skutków jakie wynikają z realizacji umów i podjęcia racjonalnej decyzji o wycofaniu środków z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

Ponadto, w niniejszej sprawie konsument nie ma możliwości zweryfikowania, dlaczego wartość wykupu przewidziana dla poszczególnych lat trwania umowy została określona w takiej, a nie w innej wysokości. Stawki wartości wykupu zostały arbitralnie narzucone przez Pozwaną. Konsument nie wie więc również, czy środki zostały zatrzymane przez Pozwaną w wysokości ekwiwalentnej i uzasadnionej w stosunku do poniesionych kosztów, nie może zweryfikować wysokości pobranej opłaty.

Za sprzeczny z dobrymi obyczajami należy uznać również sam mechanizm ustalania wartości wykupu, który zabezpiecza jedynie interes przedsiębiorcy. Pozwana bowiem, po rozwiązaniu umowy, w sposób automatyczny potrąca na swoją rzecz część wartości rachunku. Oznacza to, że przedsiębiorca dysponuje narzędziami, które zapewniają mu dokonanie potrąceń w wysokości go satysfakcjonującej. Konsument nie jest o tym w żaden sposób informowany przed dokonaniem wypłaty czy wzywany do uiszczenia odpowiedniej kwoty, przez co nieraz o pobraniu opłaty czy pomniejszeniu wartości wykupu dowiaduje się on dopiero po fakcie ich dokonania. Prosty mechanizm potrąceń jest więc wygodny dla Pozwanej i jednocześnie uniemożliwia konsumentowi zareagowanie na tę praktykę.

O sprzeczności z dobrymi obyczajami postanowień stosowanych przez Pozwaną w umowach ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, Prezes Urzędu wypowiedział się już w Decyzji nr RKT-20/2015 wydanej wobec Pozwanej. W przedmiotowej Decyzji dobre obyczaje zostały zdefiniowane jako nakaz kształtowania takich warunków umownych, które w nadmierny sposób nie uprzywilejowywałyby tylko jednej, silniejszej strony zobowiązania, czyli przedsiębiorcy. Zdaniem Prezesa Urzędu Pozwana powinna tak przygotować warunki kontraktu, aby rozkład ciężaru i ryzyka związanego z wykonywaniem umowy nie był istotnie zniekształcony na niekorzyść konsumenta. Konsument ma prawo wymagać, aby konstrukcja produktu dopasowana była do jego potrzeb i wymagań.

Rażące naruszenie interesu konsumenta przejawia się w wykorzystaniu jego słabszej pozycji w analizowanym stosunku umownym. Zakwestionowane postanowienia nie uwzględniły i nie zabezpieczyły interesu konsumenta, co prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco dla niego niekorzystny. To na konsumenta został przerzucony ciężar finansowy zawartej umowy, prowadząc do uprzywilejowanej pozycji zakładu ubezpieczeń względem konsumenta.

I.2.2. Skutki stosowania niedozwolonego postanowienia umownego

Regulacja przepisów o niedozwolonych postanowieniach umownych, a zwłaszcza art. 385¹ 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 prawo³.

Zgodnie z poglądem wyrażonym powszechnie w doktrynie⁴, orzeczenie sądu, które stwierdza niedozwolony charakter postanowienia umownego, ma charakter **deklaratywny**, zarówno wówczas, gdy sąd orzeka w ramach kontroli incydentalnej, jak i wtedy, gdy dokonuje kontroli abstrakcyjnej. Orzeczenia sądowe deklaratoryjne potwierdzają istnienie prawa lub obowiązku⁵. Zgodnie z opinią ugruntowaną w doktrynie, orzeczenie o uznaniu postanowienia wzorca umowy za niedozwolone ma jedynie charakter deklaratoryjny, zaś analizowane postanowienie wzorca jest bezskuteczne *ex tunc*⁶. Powyższe potwierdza, że **niedozwolone postanowienia umowne są bezskuteczne w stosunku do konsumentów od początku zawarcia umowy**.

Dla dokonywanej oceny miarodajne są jedynie okoliczności występujące w chwili zawarcia umowy, a konsekwencje jej późniejszego wykonywania (w szczególności wysokość powstałej lub mogącej ewentualnie powstać szkody) nie mogą wpływać na tę ocenę⁷. Podobnie winno się zatem rozpatrywać przesłanki stwierdzenia rażącego naruszenia interesów konsumentów. **Rażące naruszenie interesów konsumentów należy uznać za wadę pierwotną istniejącą w momencie zawierania umowy, dla oceny której okoliczności powstałe później - na etapie jej wykonywania - nie powinny mieć znaczenia.**

Powyżej wskazana interpretacja **zgodna jest ponadto z intencją ustawodawcy europejskiego**. Przepis art. 4 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) w brzmieniu sprostowanym⁸ stanowi o tym, że nieuczciwy charakter warunków umowy jest określany z uwzględnieniem rodzaju towarów lub usług, których umowa dotyczy i z odniesieniem, w **momencie zawarcia umowy**, do wszelkich okoliczności związanych z zawarciem umowy oraz do innych warunków tej umowy lub innej umowy, od której ta jest zależna. Należy wskazać, że cytowane postanowienie dyrektywy w dotychczasowej wersji sporządzonej w języku polskim zostało nieprawidłowo przetłumaczone (zwroty: „at the time of conclusion of the contract”, „to all the circumstances attending the conclusion of the contract” z angielskiej wersji językowej dyrektywy, zostały w polskiej wersji językowej błędnie przetłumaczone jako “w czasie wykonania umowy”, “do wszelkich okoliczności związanych z wykonaniem umowy” zamiast prawidłowo „w momencie zawarcia umowy”). Powyższe nie korespondowało z pozostałymi wersjami językowymi dyrektywy i wymagało przy interpretacji przepisów dyrektywy odwoływania się do orzecznictwa europejskiego. Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej wskazał, że konieczność jednolitego stosowania, w tym jednolitej wykładni przepisów prawa Unii wyklucza rozpatrywanie w razie wątpliwości treści danego przepisu w sposób oderwany w jednej tylko wersji językowej, lecz przeciwnie, wymaga, aby był on interpretowany i stosowany w świetle wersji sporządzonych w innych językach urzędowych (por. wyroki Stauder, C-29/69, pkt 3; EMU Tabac i In., C-296/95, pkt 36; Profosa, C-63/06, pkt 13). Wobec dokonania sprostowania polskiego tłumaczenia treści dyrektywy, istniejące dotychczas wątpliwości interpretacyjne zostały definitywnie usunięte.

³ M. Skory, Klauzule abuzywne w polskim prawie ochrony konsumenta, LEX 50185.

⁴ A. Olejniczak, Komentarz do art. 3851 Kodeksu cywilnego, 2014 r.; M. Namysłowska, T. Skoczny, Ekspertyza naukowa: Możliwość i sposoby eliminacji z obrotu prawnego postanowień umownych uznanych przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów za abuzywne, Warszawa 2015 r.

⁵ Z. Banaszczyk, Rozdział XII. Stosunek cywilnoprawny [w:] Prawo cywilne - część ogólna pod red. M. Safjana, wyd. Beck, Warszawa 2007, s. 898.

⁶ M. Namysłowska, T. Skoczny, Ekspertyza naukowa: Możliwość i..., op. cit., s. 16.

⁷ Komentarz do art. 385² k.c. - Kodeks cywilny. Komentarz red. prof. dr hab. Edward Gniewek, prof. dr hab. Piotr Machnikowski, CH Beck wyd.6, Warszawa 2014, str. 698.

⁸ por. sprostowanie do dyrektywy Rady 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich Dz.U.UE L.2016.276.17, Polskie wydanie specjalne, rozdział 15, tom 2, s. 288

Dla oceny abuzywności postanowień umownych decydujący jest moment zawarcia umowy.

Obowiązek dokonywania oceny abuzywności w momencie zawarcia umowy powoduje, że bez znaczenia dla oceny zakwestionowanych postanowień umownych pozostaje fakt, iż Pozwany wypłacił zmienioną wartość wykupu w oparciu o wskaźniki określone w Decyzji Prezesa Urzędu nr RKT-20/2015 oraz Porozumieniu zawartym przez Pozwaną z Prezesem UOKiK. Zastosowanie nowych zasad obliczania opłaty pobieranej w przypadku wykupu całkowitego niezależnie, czy w oparciu o wytyczne wynikające z Decyzji, Porozumienia czy w oparciu o zawarty aneks nie mogło wyłączyć abuzywnego charakteru kwestionowanego postanowienia, które, jak już wykazano w niniejszym poglądzie, nie wiąże stron *ex tunc*.

Odmierna interpretacja jest sprzeczna z prawem i nieuzasadniona w świetle okoliczności faktycznych, jakie towarzyszyły wydaniu Decyzji, zawarciu Porozumienia czy też podpisaniu aneksów. **Postanowienia abuzywne nie wiążą konsumentów od chwili zawarcia umowy i nie istnieje możliwość ich „naprawienia” w czasie obowiązywania umowy.** Zastosowanie w umowie postanowienia abuzywnego powoduje, że w tym zakresie umowa między stronami jest od początku bezskuteczna, a zmiany następujące po zawarciu umowy nie powodują, że klauzula przestaje być abuzywna. Taki pogląd zaprezentował Sąd Okręgowy we Wrocławiu w wyroku z dnia 20 marca 2013 r. (sygn. akt II Ca 1481/12).

Sąd Najwyższy w uchwale składu 7 sędziów z dnia 20 czerwca 2018 r. (sygn. akt III CZP 29/17) stwierdził, że „Oceny, czy postanowienie umowne jest niedozwolone (art. 385[1] § 1 k.c.), dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy”. Uchwała zapadła na wniosek⁹ Rzecznika Finansowego o rozstrzygnięcie rozbieżności w wykładni prawa z dnia 3 kwietnia 2017 r.

Rzecznik Finansowy słusznie wskazywał, że na możliwość oceny abuzywności postanowienia nie wpływają okoliczności zaistniałe po zawarciu umowy takie jak dostosowanie umowy do nowych przepisów prawa, sposób wykonywania umowy przez przedsiębiorcę, ani też zawarcie aneksu do umowy. Uzależnienie uznania postanowienia umownego za niedozwolone od okoliczności występujących po zawarciu umowy prowadzić może bowiem do absurdalnego wniosku, że w jednym okresie kwestionowane postanowienie należałoby uznać za abuzywne, zaś w innym nie, a ponadto dopuszczałoby wielokrotne badanie tej samej klauzuli umownej w całym okresie obowiązywania umowy. Należy dążyć do tego, aby wynik testu abuzywności był zawsze taki sam, niezależnie od tego, w którym momencie po zawarciu umowy konsument wniesie powództwo. Polskie przepisy nie przewidują możliwości badania abuzywności postanowienia umownego w świetle okoliczności, które zaistniały po zawarciu umowy, a zatem decydującym momentem oceny abuzywności postanowienia jest każdorazowo moment zawarcia umowy.

Jednocześnie, biorąc pod uwagę kontekst sytuacyjny, jaki towarzyszył wydaniu Decyzji i zawarciu Porozumienia **nie ma podstaw, by przyjąć, że Prezes Urzędu zaakceptował pobieranie przez Pozwaną opłat w przypadku rozwiązania umowy.** Zgoda Prezesa Urzędu na przyjęcie zobowiązania Pozwaną do aneksowania umów stworzyła jedynie możliwość umownego uzgodnienia przez strony, w jaki sposób przywrócona zostanie równowaga kontraktowa, która została zaburzona na skutek stosowania niedozwolonego postanowienia, a zatem w jaki sposób zostaną usunięte skutki stosowania niedozwolonego postanowienia umownego. Zobowiązanie Pozwaną zaakceptowane przez Prezesa Urzędu zawierało elementy, które wyraźnie wskazywały na to, że podpisanie aneksów nie jest równoznaczne z ostatecznym zamknięciem rozliczeń między stronami. Celem podpisania aneksów miało być zatem polepszenie sytuacji konsumentów, a nie ukształtowanie na nowo warunków pierwotnie zawartej umowy. Polepszenie sytuacji konsumentów polegać miało na tym, że Open Life zobowiąże się do niekorzystania z postanowienia, określającego wysokość opłaty

⁹ Dokument dostępny na https://rf.gov.pl/pdf/Wniosek_SN_klauzule_abuzwyne.pdf

związanej z rozwiązaniem umowy w zakresie przekraczającym wartość wskazaną w Decyzji przy pozostawieniu konsumentowi możliwości kwestionowania opłaty przed sądem w odniesieniu do zatrzymanej kwoty. W rezultacie, w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia z ufk, każdy konsument, skorzysta z preferencyjnych zasad rozliczenia umowy bez konieczności wszczynania sporu sądowego przeciwko Open Life. Aneksy nie stanowią zatem ugody, która zamyka rozliczenia z Open Life, ale jest jedynie podstawą uzyskania przez konsumentów bezspornej, tj. uzgodnionej między Prezesem Urzędu a Open Life, części świadczenia. W tym zakresie wypłata świadczenia wykazuje podobieństwo z wypłatą bezspornej części świadczenia na podstawie art. 817 § 2 k.c. Z przywołanego przepisu wynika, że zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do zapłaty w określonym terminie bezspornej części świadczenia. Wypłata kwoty bezspornej nie stanowi pełnego zaspokojenia roszczeń, a zatem jej przyjęcie nie zamyka osobie uprawnionej drogi do dochodzenia dalszych roszczeń. W ocenie Prezesa Urzędu dopiero zawarcie ugody, której warunki są indywidualnie wynegocjowane i dotyczą pełnej satysfakcjonującej konsumenta kwoty można by uznać za pozasądowe zakończenie sporu w sposób, który wyczerpuje wzajemne roszczenia. Należy jednocześnie zauważyć, że zmiany dotyczyły jedynie wysokości zatrzymanych opłat likwidacyjnych i wypłacanych wartości wykupu, nie ingerując przy tym w postanowienia wzorców określające obowiązek ich ponoszenia, które - jak już wskazano - należy ocenić jako abuzywne.

I.2.3. Kwota zatrzymana przez Pozwaną stanowi świadczenie nienależne

Powyższe rozważania, w szczególności stwierdzenie, że postanowienia abuzywne nie wiążą stron, prowadzą do wniosku, zgodnie z którym **kwota zatrzymana przez Pozwaną powinna zostać zwrócona Powodowi jako świadczenie nienależne.**

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 (art. 410 § 2 k.c.). W niniejszej sprawie, zdaniem Prezesa Urzędu, kwota zatrzymana przez Pozwaną na podstawie zastosowania wartości wykupu stanowi świadczenie nienależne z uwagi na niezwiązanie stron postanowieniami określającymi wartość wykupu. W przedmiotowej sprawie niezwiązanie stron tymi postanowieniami oznacza, że Powodowi w wyniku rozwiązania umowy ubezpieczenia z ufk, powinna zostać wypłacona wartość rachunku bez dokonywania przez Pozwaną potrąceń. Powyższa interpretacja zgodna jest z orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, który stwierdził, że „warunek umowy uznany za nieuczciwy należy co do zasady uznać za nigdy nieistniejący, tak by nie wywoływał on skutków wobec konsumenta. W związku z tym sądowe stwierdzenie nieuczciwego charakteru takiego warunku powinno mieć co do zasady skutek w postaci przywrócenia sytuacji prawnej i faktycznej konsumenta, w jakiej znajdowałby się on w braku rzeczonego warunku” (sygn. akt C-154/15, C-307/15, C-308/5, p. 61). Jeśli więc umowa została pozbawiona postanowień dotyczących wypłaty wartości rachunku pomniejszonej w oparciu o wskaźnik wykupu, to konsumentowi należy się wartość rachunku bez dokonywania przez Pozwaną potrąceń. Powód może więc domagać się zwrotu wartości rachunku zatrzymanej przez Pozwaną, gdyż wzbogacił się on jego kosztem bez podstawy prawnej (zgodnie z art. 405 k.c., 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).

I.3. Podsumowanie

Zdaniem Prezesa Urzędu zakwestionowane przez Powoda postanowienia określające wartość wykupu spełniają przesłanki uznania ich za klauzule abuzywne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. W związku z tym, w przypadku uwzględnienia powództwa, Pozwana zobowiązany będzie do wypłaty zatrzymanych kwot.

II. Nieważność oświadczeń o przystąpieniu do ubezpieczenia

II.1. Stan prawny

a) Art. 829 § 2 Kodeksu cywilnego

Zgodnie z art. 829 § 2 Kodeksu cywilnego w umowie ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy na niekorzyść ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego wymaga zgody tego ubezpieczonego.

Ze wskazanego przepisu wynika, że zgoda ubezpieczonego powinna wskazywać nie tylko na samą chęć ubezpieczonego skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej, lecz także powinna wskazywać wysokość sumy ubezpieczenia będącej obligatoryjnym elementem oświadczenia ubezpieczonego.

b) Charakter umowy

Rozważania na temat charakteru umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem gwarancyjnym przedstawione zostały w pkt I.1. lit. b niniejszego stanowiska i pozostają one aktualne w zakresie analizy kwestii nieważności oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia.

c) Raport Rzecznika Finansowego

W Raporcie z 2012 r. Rzecznik Finansowy zwraca uwagę na brak odpowiedniej relacji między sumą ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia na życie z ufk i ryzykiem ubezpieczeniowym a wpłaconą składką¹⁰. Rzecznik Finansowy stwierdza m.in. że „suma ubezpieczenia jest jednym z essentialia negotii umowy ubezpieczenia. W ubezpieczeniu na życie jest to kwota stała, która zostanie wypłacona uposażonemu po śmierci ubezpieczonego - w większości przypadków będzie to kwota wyższa, niż wpłacona jednorazowo składka, choć w przypadku umów ubezpieczenia wieloletnich, suma wpłaconych składek ubezpieczeniowych może przekroczyć sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci. Suma ubezpieczenia jest określona w momencie zawierania umowy ubezpieczenia i jest jednym z czynników, które mają wpływ na wysokość składki ubezpieczeniowej”. W ocenie Rzecznika Finansowego „określenie sumy ubezpieczenia jest kwestią niezwykle istotną, gdyż w ubezpieczeniach na życie o charakterze grupowym, zgoda potencjalnego ubezpieczonego na objęcie ochroną ubezpieczeniową powinna wskazywać wysokość sumy ubezpieczenia (art. 829 § 2 k.c.). Brak możliwości określenia sumy ubezpieczenia może sugerować nieskuteczność oświadczenia o zgodzie na objęcie ubezpieczeniem. Z kolei fakt, iż kwota wypłacana po zakończeniu umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest sumą ubezpieczenia, a nieokreśloną wartością przyszłą uzyskaną w skutek inwestycji w fundusze kapitałowe oznacza, iż ubezpieczyciel dokonując wypłaty środków pieniężnych, nie wypłaca świadczenia z umowy ubezpieczenia, a świadczenie pieniężne oparte na innej podstawie prawnej”.

II.2. Stanowisko Prezesa Urzędu

¹⁰ Rzecznik Finansowy w raporcie pt. „Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym”, Warszawa, grudzień 2012 r., s.19-21 - raport dostępny na <https://rf.gov.pl/>

a) Nieważność deklaracji przystąpienia Powoda do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie

Zgodnie z art. 829 § 2 Kodeksu cywilnego w przypadku umowy ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, obligatoryjnym elementem oświadczenia ubezpieczonego o chęci skorzystania z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej jest wskazanie w treści oświadczenia wysokości sumy ubezpieczenia. W niniejszej sprawie deklaracje przystąpienia do umów grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie nie spełniają tego wymogu.

W tym miejscu należy przytoczyć obszerny fragment uzasadnienia wyroku z dnia 6 kwietnia 2017 r. wydanego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi - Widzewa w Łodzi w sprawie o sygn. II C 894/15¹¹: „Brak jest jakichkolwiek podstaw prawnych aby uznać, że wymóg określony w art. 829 § 2 zd. 2 k.c. miałby nie mieć zastosowania do jednej z kategorii umów ubezpieczenia na życie, jaką są umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. **Umowy te zatem albo powinny być przez zakłady ubezpieczeń formułowane w taki sposób, aby było możliwe określenie z góry i w sposób jednoznaczny wysokości sumy ubezpieczenia**, albo też nie powinny być zawierane z podmiotem ubezpieczającym innym niż sam ubezpieczony (tj. nie powinny przybierać postaci umów zawieranych na cudzy rachunek). Podkreślić należy, że wyżej przywołany wymóg wskazania sumy ubezpieczenia w oświadczeniu ubezpieczonego ma służyć ochronie ubezpieczonego przed przystąpieniem do ubezpieczenia, które jest dla niego niekorzystne lub którego warunki nie są dla niego zrozumiałe. Niewątpliwym jest, że tego rodzaju ochronny cel omawianego przepisu niewątpliwie znajduje zastosowanie w szczególności do umów tak złożonych i mogących rodzić dla ubezpieczonego tak nieoczekiwane skutki jako umowa opisana wyżej. Stąd też, nie ma żadnych przesłanek natury prawnej, aby twierdzić, iż wymóg ustawy wyraźnie określony w art. 829 § 2 zd. 2 k.c. nie miał zastosowania akurat do umowy wyżej opisanej. **Skoro zatem w oświadczeniu powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia suma ubezpieczenia nie została wskazana w jakikolwiek sposób (tj. ani kwotowo ani jakimkolwiek wzorem matematycznym pozwalającym ubezpieczonemu z góry obliczyć wysokość tej sumy)**, to oświadczenie to jest nieważne i nie rodzi jakichkolwiek skutków prawnych”. Podobne stanowisko zajął Sąd Rejonowy w Kutnie w wyroku z dnia 27 czerwca 2017 r. w sprawie o sygn. I C 219/16¹².

W ocenie Prezesa Urzędu stanowisko to zasługuje na uwzględnienie w całości. Określony we wskazywanym przepisie obowiązek zamieszczenia w oświadczeniu o przystąpieniu do ubezpieczenia wysokości sumy ubezpieczenia oznacza, że w momencie składania oświadczenia ubezpieczony powinien mieć możliwość jednoznacznego określenia wartości świadczenia, które zostanie mu wypłacone w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Ma to służyć zabezpieczeniu interesów ubezpieczonego. Konsekwencją powyższego jest możliwość stwierdzenia, że oświadczenie Powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia nie spełnia wymogu nałożonego przez bezwzględnie obowiązujący art. 829 § 2 k.c., a zatem jest nieważne w świetle art. 58 § 1 k.c.

Pod uwagę należy również wziąć stanowisko Rzecznika Finansowego dotyczące tego, czy wypłata wartości uzyskanej wskutek inwestycji w fundusze kapitałowe może stanowić sumę ubezpieczenia, czy też stanowi świadczenie pieniężne oparte na innej podstawie prawnej. Analizując postanowienia umowne o treści „Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości Sumy Ubezpieczenia lub Wartości Rachunku

¹¹[https://orzeczenia.ms.gov.pl/content/829\\$0020fundusz\\$0020kapita\\$0142owy/152510150001003_II_C_000894_2015_Uz_2017-04-06_001](https://orzeczenia.ms.gov.pl/content/829$0020fundusz$0020kapita$0142owy/152510150001003_II_C_000894_2015_Uz_2017-04-06_001)

¹²[https://orzeczenia.ms.gov.pl/content/829\\$0020fundusz\\$0020kapita\\$0142owy/152510050000503_I_C_000219_2016_Uz_2017-06-27_002](https://orzeczenia.ms.gov.pl/content/829$0020fundusz$0020kapita$0142owy/152510050000503_I_C_000219_2016_Uz_2017-06-27_002)

Ubezpieczającego w zależności od tego, która wartość jest wyższa”, Rzecznik Finansowy zauważył¹³: „Istotą umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest to, że jedynie część składki przeznaczana jest na pokrycie ryzyka udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a więc jest składką ubezpieczeniową sensu stricto, natomiast pozostała jej część jest alokowana w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, a więc podlega inwestowaniu. Co za tym idzie zainwestowane środki nie powinny być przedmiotem świadczenia w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Innymi słowy, należy więc stwierdzić, że w przypadku umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wartość świadczenia należnego ubezpieczonemu w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego winna być skorelowana z sumą ubezpieczenia i finansowana z tej części składki, jaka jest przeznaczana na pokrycie ryzyka. Tymczasem jak wynika z powyższego postanowienia możliwa jest sytuacja (zwłaszcza po upływie długiego okresu od zawarcia umowy), w której zamiast sumy ubezpieczenia, ubezpieczonemu zostanie wypłacona Wartość Rachunku Ubezpieczającego, czyli de facto zostanie zrealizowana Całkowita Wypłata tyle, że bez dokonania potrąceń z tytułu opłaty likwidacyjnej i opłaty od wykupu, ale już ze stosownymi potrąceniami z tytułu podatku dochodowego od zysków kapitałowych. W takim przypadku, świadczenie ubezpieczeniowe związane z wystąpieniem w umowie określonego zdarzenia ubezpieczeniowego (spełnienia ryzyka) zostaje zastąpione innym - Wypłatą Całkowitą środków zgromadzonych na rachunku, która to wypłata nie ma nic wspólnego z ryzykiem ani częścią składki ponoszonej za ryzyko”.

b) Kwoty zatrzymane przez Pozwaną stanowią świadczenia nienależne

Stwierdzenie, że deklaracja przystąpienia Powoda do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie może zostać uznana za nieważną, prowadzi do wniosku, zgodnie z którym **kwota zatrzymana przez Pozwaną powinna zostać zwrócona Powodowi jako świadczenie nienależne.**

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 (art. 410 § 2 k.c.). W niniejszej sprawie, zdaniem Prezesa Urzędu, oświadczenia Powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia nie zawiera określenia wysokości sumy ubezpieczenia, nie spełnia zatem wymogu nałożonego przez art. 829 § 2 k.c. i wobec tego jest nieważne w świetle art. 58 § 1 k.c. **Powód może domagać się zatem zwrotu zapłaconych przez niego składek**, gdyż Pozwana wzbogaciła się jego kosztem bez podstawy prawnej (zgodnie z art. 405 k.c., 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).

II.3. Podsumowanie

Zdaniem Prezesa Urzędu deklaracja przystąpienia Powoda do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie może zostać uznana za nieważną, w związku z tym, że nie określa wysokości sumy ubezpieczenia.

W związku z powyższym, w przypadku uwzględnienia powództwa, Pozwana zobowiązana będzie do wypłaty zatrzymanych kwot.

¹³ Rzecznik Finansowy w raporcie pt. “Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym”, Warszawa, grudzień 2012 r., s.117 - raport dostępny na <https://rf.gov.pl/>

Załączniki:

- 2 odpisy dla stron zawierające stanowisko Prezesa Urzędu z istotnym poglądem dla sprawy,
- kopia wniosku o przedstawienie istotnego poglądu w sprawie bez załączników,
- przekazanie sprawy Delegaturze UOKiK w Katowicach