



PREZES
URZĘDU OCHRONY
KONKURENCJI I KONSUMENTÓW
TOMASZ CHRÓSTNY

Wersja nie zawierająca tajemnicy przedsiębiorstwa i innych informacji prawnie chronionych

Bydgoszcz, dnia 13 grudnia 2022r.

Znak sprawy: RBG.611.1.2020.PD

DECYZJA nr RBG - 12/2022

I. Na podstawie art. 23c ust. 1 w zw. z art. 23b ust. 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021r., poz. 275), po przeprowadzeniu postępowania w sprawie o uznanie postanowień wzorca umowy stosowanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (dawniej: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie) za niedozwolone, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznaje, że stosowane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, postanowienia wzorców umowy o treści:

1. a)

- § 29 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGOF/2017/1
- § 23 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun VIP NR PGVF/2016/1
- § 27. Warunków Ogólnych Grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2016/1

OPLATY, INDEKSACJA OPLAT

1. Wysokości opłat administracyjnej, alokacyjnej, manipulacyjnej, opłat operacyjnych oraz procentowych opłat za wypłatę wartości rachunku są określone w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość opłaty administracyjnej, manipulacyjnej oraz operacyjnej może podlegać podwyższeniu. Podwyższenie następuje nie częściej niż raz w danym roku ubezpieczenia.
3. Podwyższenie wysokości opłat następować będzie zgodnie ze wskaźnikiem ustalonym przez Towarzystwo, który nie przekroczy jednak wysokości większego z następujących wskaźników: wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego obejmujących okres od pierwszego dnia miesiąca, w którym ustalono wysokość opłat do pierwszego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym ustalona została nowa wysokość opłat.
4. Zmiana wysokości opłat zgodnie z powyższymi zasadami nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia i nie wymaga zgody ubezpieczającego. Towarzystwo zobowiązane jest do niezwłocznego poinformowania ubezpieczającego o podwyższeniu wysokości opłat.

b)

§ 28 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGO/2012/1



INDEKSACJA OPŁAT

1. Wysokość opłaty administracyjnej, manipulacyjnej oraz operacyjnej wskazanych w Tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU, może podlegać podwyższeniu. Podwyższenie następuje nie częściej niż raz w danym roku ubezpieczenia.
2. Ewentualne podwyższenie wysokości opłat następować będzie zgodnie ze wskaźnikiem ustalonym przez Towarzystwo, który nie przekroczy jednak wysokości większego z następujących wskaźników: wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego obejmujących okres od pierwszego dnia miesiąca, w którym ustalono wysokość opłat do pierwszego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym ustalona została nowa wysokość opłat.
3. Zmiana wysokości opłat zgodnie z powyższymi zasadami nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia i nie wymaga zgody ubezpieczającego. Towarzystwo obowiązane jest do niezwłocznego poinformowania ubezpieczającego o podwyższeniu wysokości opłat.

c)

§ 9 Warunków Ogólnych Klauzuli Kapitałowej NR PGV/FIN/2012/1

INDEKSACJA OPŁAT

1. Wysokość opłaty administracyjnej, manipulacyjnej oraz operacyjnej wskazanych w Tabeli opłat stanowiącej załącznik do niniejszych warunków ogólnych, może podlegać podwyższeniu. Podwyższenie następuje nie częściej niż raz w danym roku ubezpieczenia.
2. Podwyższenie wysokości opłat następować będzie zgodnie ze wskaźnikiem ustalonym przez Towarzystwo, który nie przekroczy jednak wysokości większego z następujących wskaźników: wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego obejmujących okres od pierwszego dnia miesiąca, w którym ustalono wysokość opłat do pierwszego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym ustalona została nowa wysokość opłat.
3. Zmiana wysokości opłat zgodnie z powyższymi zasadami nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia i nie wymaga zgody ubezpieczającego. Towarzystwo obowiązane jest do niezwłocznego poinformowania ubezpieczającego o podwyższeniu wysokości opłat.

d)

- § 26. Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2014/1

- § 22 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2012/1

INDEKSACJA OPŁAT

1. Wysokość opłaty administracyjnej, manipulacyjnej oraz operacyjnej, wskazanych w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU, może podlegać podwyższeniu. Podwyższenie następuje nie częściej niż raz w danym roku ubezpieczenia.
2. Podwyższenie wysokości opłat następować będzie zgodnie ze wskaźnikiem ustalonym przez Towarzystwo, który nie przekroczy jednak wysokości większego z następujących wskaźników: wzrostu cen Towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu

Statystycznego obejmujących okres od pierwszego dnia miesiąca, w którym ustalono wysokość opłat do pierwszego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym ustalona została nowa wysokość opłat.

3. Zmiana wysokości opłata zgodnie z powyższymi zasadami nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia i nie wymaga zgody ubezpieczającego. Towarzystwo zobowiązane jest do niezwłocznego poinformowania ubezpieczającego o podwyższeniu wysokości opłat.

2. a)

§ 18. Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2014/1

ZMIANY W ROCZNICĘ UBEZPIECZENIA

1. Towarzystwo może, ze skutkiem na rocznicę ubezpieczenia, dokonać podwyższenia kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi. Ponadto Towarzystwo dokonuje zmiany wysokości składki regularnej opłacanej z tytułu ubezpieczenia danego uczestnika o ustalony przez Towarzystwo wskaźnik procentowy, przy jednoczesnym:

1) zachowaniu dotychczasowej wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika albo;

2) obniżeniu wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika - w przypadku, gdy w wyniku dokonania zmian, o których mowa powyżej, wysokość części kapitałowej składki spadła poniżej minimum określonego przez Towarzystwo.

2. Zmiana kosztu ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa powyżej, jest wynikiem obliczeń dokonanych przez Towarzystwo w sposób określony w § 14 ust. 2.

3. O podjęciu decyzji, o której mowa w ustępach poprzedzających, Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego nie później niż na sześćdziesiąt dni przed rocznicą ubezpieczenia, w którą ma nastąpić zmiana, wyznaczając jednocześnie ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż trzydzieści dni, w którym może on przedstawić Towarzystwu własną propozycję odnośnie wysokości i zakresu ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi oraz wysokości składek regularnych lub wypowiedzieć umowę ubezpieczenia. O ile ubezpieczający nie przedstawi Towarzystwu własnej propozycji zmian albo nie skorzysta z uprawnienia do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, zmiana jest skuteczna począwszy od najbliższej rocznicy ubezpieczenia.

4. W przypadku sprzeciwu wobec propozycji wskazanych w ust. 1 oraz braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia do dnia rocznicy ubezpieczenia, z dniem rocznicy wygasają dodatkowe umowy ubezpieczenia, a ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy głównej jest kontynuowana na kolejny roczny okres przy zachowaniu wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia wskazanej w propozycji o której mowa w ust. 1.

5. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, umowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa powyżej. O ile strony nie postanowią inaczej, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym również w przypadku, gdy po otrzymaniu propozycji ubezpieczającego strony nie dojdą do porozumienia odnośnie zakresu zmian dotyczących ubezpieczenia poszczególnych uczestników, jak również w razie nieuzyskania przez ubezpieczającego uprzedniej zgody wszystkich uczestników na dokonanie zmian - w przypadku gdy wyrażenie zgody jest warunkiem skuteczności zmiany umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku gdy propozycja zmian przedstawiona przez ubezpieczającego wiąże się ze wzrostem wysokości ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi lub rozszerzeniem zakresu tej ochrony, Towarzystwo może uzależnić zgodę na dokonanie zmian od udzielenia przez uczestników, których zmiana dotyczy, informacji o stanie zdrowia.

b)

§ 18. Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2016/1

ZMIANY W ROCZNICĘ UBEZPIECZENIA

1. Towarzystwo może, ze skutkiem na rocznicę ubezpieczenia, dokonać podwyższenia kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi. Ponadto Towarzystwo dokonuje zmiany wysokości składki regularnej opłacanej z tytułu ubezpieczenia danego uczestnika o ustalony przez Towarzystwo wskaźnik procentowy, przy jednoczesnym:

1) zachowaniu dotychczasowej wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika albo

2) obniżeniu wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika - w przypadku, gdy w wyniku dokonania zmian, o których mowa powyżej, wysokość części kapitałowej składki spadła poniżej minimum określonego przez Towarzystwo.

2. Zmiana kosztu ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa powyżej, jest wynikiem obliczeń dokonanych przez Towarzystwo w sposób określony w § 14 ust. 2.

3. O podjęciu decyzji, o której mowa w ustępach poprzedzających, Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego na piśmie lub, o ile ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku wskazanym przez Towarzystwo nie później niż na sześćdziesiąt dni przed rocznicą ubezpieczenia, w którą ma nastąpić zmiana, wyznaczając jednocześnie ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż trzydzieści dni, w którym może on przedstawić Towarzystwu własną propozycję odnośnie wysokości i zakresu ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi oraz wysokości składek regularnych lub wypowiedzieć umowę ubezpieczenia. O ile ubezpieczający nie przedstawi Towarzystwu własnej propozycji zmian albo nie skorzysta z uprawnienia do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, zmiana jest skuteczna począwszy od najbliższej rocznicy ubezpieczenia.

4. W przypadku sprzeciwu wobec propozycji wskazanej w ust. 1 oraz braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia do dnia rocznicy ubezpieczenia, z dniem rocznicy wygasają dodatkowe umowy ubezpieczenia, a ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy głównej jest kontynuowana na kolejny roczny okres przy zachowaniu wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej oraz sumy ubezpieczenia wskazanych w propozycji o której mowa w ust.

1. Umowy dodatkowe mogą zostać przedłużone na kolejny okres ubezpieczenia po ustaleniu i pisemnym zaakceptowaniu przez ubezpieczającego, potwierdzonych w korespondencji rocznicowej warunków ich przedłużenia.

5. (...)

6. W przypadku gdy propozycja zmian przedstawiona przez ubezpieczającego wiąże się ze wzrostem wysokości ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi lub rozszerzeniem zakresu tej ochrony, Towarzystwo może uzależnić zgodę na dokonanie zmian od udzielenia przez uczestników, których zmiana dotyczy, informacji o stanie zdrowia.

c)

§ 15 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2012/1

ZMIANY W ROCZNICĘ UBEZPIECZENIA

1. Towarzystwo może, ze skutkiem na rocznicę ubezpieczenia, dokonać podwyższenia kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi. Ponadto Towarzystwo dokonuje zmiany wysokości składki regularnej opłacanej z tytułu ubezpieczenia danego uczestnika o ustalony przez Towarzystwo wskaźnik procentowy, przy jednoczesnym:

1) zachowaniu dotychczasowej wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika albo;

2) obniżeniu wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika - w przypadku, gdy w wyniku dokonania zmian, o których mowa powyżej udział kosztu ochrony ubezpieczeniowej w składce regularnej przekroczyłby 50%.

2. Zmiana kosztu ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa powyżej, jest wynikiem obliczeń dokonanych przez Towarzystwo w sposób określony w § 11 ust. 2.

3. O podjęciu decyzji, o której mowa w ustępach poprzedzających, Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego nie później niż na sześćdziesiąt dni przed rocznicą ubezpieczenia, w którą ma nastąpić zmiana, wyznaczając jednocześnie ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż trzydzieści dni, w którym może on przedstawić Towarzystwu własną propozycję odnośnie wysokości i zakresu ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi oraz wysokości składek regularnych lub wypowiedzieć umowę ubezpieczenia. O ile ubezpieczający nie przedstawi Towarzystwu własnej propozycji zmian albo nie skorzysta z uprawnienia do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, zmiana jest skuteczna począwszy od najbliższej rocznicy ubezpieczenia.

4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, umowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa powyżej. O ile strony nie postanowią inaczej, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym również w przypadku, gdy po otrzymaniu propozycji ubezpieczającego strony nie dojdą do porozumienia odnośnie zakresu zmian dotyczących ubezpieczenia poszczególnych uczestników, jak również w razie nieuzyskania przez ubezpieczającego uprzedniej zgody wszystkich uczestników na dokonanie zmian - w przypadku gdy wyrażenie zgody jest warunkiem skuteczności zmiany umowy ubezpieczenia.

5. W przypadku gdy propozycja zmian przedstawiona przez ubezpieczającego wiąże się ze wzrostem wysokości ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi lub rozszerzeniem zakresu tej ochrony, Towarzystwo może uzależnić zgodę na dokonanie zmian od udzielenia przez uczestników, których zmiana dotyczy, informacji o stanie zdrowia.

3. a)

- **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/GR/1/2018)**
- **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/GR/1/2019)**
- **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/GR/2/2018)**

4. Wysokość Opłaty za zarządzanie i administrację Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym może zostać podwyższona raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy -

maksymalnie o 0,5 (pół) punktu procentowego w porównaniu z opłatą wcześniejszą, przy czym wzrost opłaty może nastąpić pod warunkiem wystąpienia w okresie od dnia 31 grudnia 2017 roku przynajmniej jednego z poniższych czynników:

- ogłoszenia przez Główny Urząd Statystyczny informacji o wysokości wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw;
- wprowadzenia nowych lub zmiany istniejących, powszechnie obowiązujących przepisów prawa dotyczących działalności ubezpieczeniowej, inwestycyjnej lub finansowej i skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa;
- zmiany lub pojawienia się nowych interpretacji powszechnie obowiązujących przepisów prawa na skutek orzeczeń sądów lub decyzji, rekomendacji, wytycznych lub zaleceń lub innych ogłoszeń Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rzecznika Finansowego lub organów władzy i administracji publicznej, skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa.

(...)

7. O zmianie wysokości Opłaty za zarządzanie i administrację Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Towarzystwo informuje Ubezpieczającego co najmniej 30 (trzydzieści) dni przed wprowadzeniem takiej zmiany, a Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia przewidzianych dla Umowy lub w warunkach Klauzuli Kapitałowej.

b)

- **Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP (BVIP/JJ/14/2018)**
- **Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP (BVIP/JJ/15/2019)**
- **Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP (BVIP/JJ/16/2019)**

Wysokość opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym może zostać podwyższona raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy - maksymalnie o 0,5 (pół) punktu procentowego w porównaniu z opłatą wcześniejszą, przy czym wzrost opłaty może nastąpić pod warunkiem wystąpienia w okresie od 31 grudnia 2017 roku przynajmniej jednego z poniższych czynników:

- ogłoszenia przez Główny Urząd Statystyczny informacji o wysokości wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw,
- wprowadzenia nowych lub zmiany istniejących, powszechnie obowiązujących przepisów prawa dotyczących działalności ubezpieczeniowej, inwestycyjnej lub finansowej i skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa,
- zmiany lub pojawienia się nowych interpretacji powszechnie obowiązujących przepisów prawa na skutek orzeczeń sądów lub decyzji, rekomendacji, wytycznych lub zaleceń lub innych ogłoszeń Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rzecznika Finansowego lub organów władzy i administracji publicznej, skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa.

O zmianie wysokości opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Towarzystwo informuje ubezpieczającego co najmniej 30 (trzydzieści) dni przed wprowadzeniem zmiany, a ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w OWU.

c)

- Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKE/6/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Konto Emerytalne AVIVA
- Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKE/7/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Konto Emerytalne AVIVA
- Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKZE/7/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego AVIVA
- Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKZE/8/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego AVIVA

1. Wysokość opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym może zostać podwyższona raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy - maksymalnie o 0,5 (pół) punktu procentowego w porównaniu z opłatą wcześniejszą, przy czym wzrost opłaty może nastąpić pod warunkiem wystąpienia w okresie od 31 grudnia 2017 roku przynajmniej jednego z poniższych czynników:

- ogłoszenia przez Główny Urząd Statystyczny informacji o wysokości wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw;
- wprowadzenia nowych lub zmiany istniejących, powszechnie obowiązujących przepisów prawa dotyczących działalności ubezpieczeniowej, inwestycyjnej lub finansowej i skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa;
- zmiany lub pojawienia się nowych interpretacji powszechnie obowiązujących przepisów prawa na skutek orzeczeń sądów lub decyzji, rekomendacji, wytycznych lub zaleceń lub innych ogłoszeń Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rzecznika Finansowego lub organów władzy i administracji publicznej, skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa.

2. O zmianie wysokości opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Towarzystwo informuje ubezpieczającego co najmniej 30 (trzydzieści) dni przed wprowadzeniem zmiany, a ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w OWU.

d)

- Wykaz Opłat (WO/NPER/9/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA
- Wykaz Opłat (WO/NPER/10/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA
- Wykaz Opłat (WO/NPER/11/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA
- Wykaz Opłat i Limitów (WO/JUN/3/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO
- Wykaz Opłat i Limitów (WO/JUN/4/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO

4. Wysokość opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym może zostać podwyższona raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy - maksymalnie o 0,5 (pół) punktu procentowego w porównaniu z opłatą wcześniejszą, przy

czym wzrost opłaty może nastąpić pod warunkiem wystąpienia w okresie od dnia 31 grudnia 2017 roku przynajmniej jednego z poniższych czynników:

- ogłoszenia przez Główny Urząd Statystyczny informacji o wysokości wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw;
- wprowadzenia nowych lub zmiany istniejących, powszechnie obowiązujących przepisów prawa dotyczących działalności ubezpieczeniowej, inwestycyjnej lub finansowej i skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa;
- zmiany lub pojawienia się nowych interpretacji powszechnie obowiązujących przepisów prawa na skutek orzeczeń sądów lub decyzji, rekomendacji, wytycznych lub zaleceń lub innych ogłoszeń Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rzecznika Finansowego lub organów władzy i administracji publicznej, skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa.

(...)

7. O zmianie wysokości opłat, kosztów lub limitów Towarzystwo informuje ubezpieczającego co najmniej 30 (trzydzieści) dni przed wprowadzeniem tych zmian, a ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w OWU.

e)

- **Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej na Życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) (RK/TZ/1/2019)**

- **Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej na Życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) (RK/TZ/2/2019)**

Opłatę za zarządzanie i administrację Funduszem możemy podwyższyć raz na 12 kolejnych miesięcy - maksymalnie o 0,5 punktu procentowego w porównaniu z opłatą wcześniejszą, jeśli od 31 grudnia 2019 r. wystąpi przynajmniej jeden z czynników:

- a) wprowadzenie nowych lub zmiana istniejących, powszechnie obowiązujących przepisów prawa, które dotyczą działalności ubezpieczeniowej, inwestycyjnej lub finansowej i które powodują zwiększenie naszych obciążeń finansowych,
- b) ogłoszenie przez Główny Urząd Statystyczny informacji o wzroście wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw,
- c) zmiana lub pojawienie się nowych interpretacji powszechnie obowiązujących przepisów prawa na skutek orzeczeń sądów lub decyzji, rekomendacji, wytycznych lub zaleceń, lub innych ogłoszeń Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rzecznika Finansowego lub organów władzy i administracji publicznej, które powodują zwiększenie naszych obciążeń finansowych.

4.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Gwarantowanej Renty Kapitałowej (GRK/R/7/2016)

II. Zasady ustalania wysokości opłat

1. Wysokość opłaty na pokrycie kosztów przekazania świadczenia rentowego oraz na pokrycie kosztów administrowania polisą, potrąconych przez Towarzystwo zgodnie z OWU,

może ulec podwyższeniu. Zmiana wysokości opłat nie może mieć miejsca częściej niż raz w roku kalendarzowym.

2. Podwyższenie wysokości opłat, o których mowa w pkt 1, następuje zgodnie ze wskaźnikiem ustalonym przez Towarzystwo. Stosunek ustalonej przez Towarzystwo nowej wysokości opłat do wysokości opłat określonych w Tabeli opłat nie może być większy od wyższego z następujących wskaźników: wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw, wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego, obejmujących okres od dnia ostatniej zmiany wysokości opłat do dnia, w którym ustalona została nowa wysokość opłat.

3. (...)

4. Wysokość opłaty, o której mowa w pkt 3, obowiązująca w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia została wskazana w powyższej Tabeli i może ulec zmianie zgodnie z zasadami, o których mowa w punkcie poprzedzającym.

5.

Wykaz Opłat (WO/NPER/9/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - Nowa Perspektywa

- Wykaz Opłat (WO/NPER/10/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - Nowa Perspektywa

- Wykaz Opłat (WO/NPER/11/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - Nowa Perspektywa

ZASADY USTALANIA WYSOKOŚCI OPŁAT, KOSZTÓW I LIMITÓW

1. Wysokość opłat: administracyjnej, operacyjnej oraz za zmianę funduszy może zostać podwyższona raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy na skutek wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego. Wysokość tych opłat może zostać podwyższona maksymalnie do poziomu ustalonego jako iloczyn wyższego z poniższych wskaźników, wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego i obejmujących okres od dnia 1 kwietnia 2016 roku do dnia, w którym została ustalona nowa wysokość opłaty:

- procentowego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych
lub

- procentowego wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw, powiększonych o 100 (sto) procent) oraz odpowiednio kwoty:

- 14,50 zł (czternaście złotych pięćdziesiąt groszy) w przypadku opłaty administracyjnej (miesięczna albo kwartalna częstotliwość opłacania składki),

- 10 (dziesięć) złotych w przypadku opłaty administracyjnej (półroczna albo roczna częstotliwość opłacania składki albo ubezpieczenie bezskładkowe),

- 20 (dwadzieścia) złotych w przypadku opłaty za zmianę funduszy,

- 50 (pięćdziesiąt) złotych w przypadku opłaty operacyjnej.

2. Kwota odsetek za nieterminową wpłatę składek regularnych z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia jest obliczana według stopy procentowej wskazanej w Tabeli Opłat. Jeżeli stosowanie wskaźnika WIBOR 6-miesięczny, o którym mowa w definicji stopy procentowej nie będzie możliwe, wówczas Towarzystwo zastosuje inny wskaźnik o podobnym, najbardziej zbliżonym charakterze.

3. Miesięczne wskaźniki kosztu ochrony ubezpieczeniowej (dalej: miesięczne wskaźniki kosztu), obowiązujące w głównej umowie ubezpieczenia, mogą zostać podwyższone raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy w razie wzrostu aktualnego statystycznego

prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego lub zmiany struktury populacji osób ubezpieczonych przez Towarzystwo w okresie od dnia 1 kwietnia 2016 roku, przy czym:

- obowiązujące w głównej umowie ubezpieczenia standardowe miesięczne wskaźniki kosztu ochrony ubezpieczeniowej (dalej: standardowe miesięczne wskaźniki kosztu) mogą zostać podwyższone maksymalnie do poziomu wynikającego z tablic trwania życia publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny;

- obowiązujące w głównej umowie ubezpieczenia miesięczne wskaźniki kosztu inne niż standardowe miesięczne wskaźniki kosztu mogą zostać podwyższone o taką samą wielkość procentową, o jaką Towarzystwo podwyższa standardowe miesięczne wskaźniki kosztu.

4. (...)

5. Minimalna wartość do przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe może zostać podwyższona raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy na skutek wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego. Powyższy limit może zostać podwyższony maksymalnie do poziomu ustalonego jako iloczyn kwoty 4 200 (cztery tysiące dwieście) złotych oraz wyższego z następujących wskaźników: procentowego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub procentowego wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw, powiększonych o 100 (sto) procent, wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego i obejmujących okres od dnia 1 kwietnia 2016 roku do dnia, w którym została ustalona nowa wysokość limitu.

6.

- **Wykaz Opłat i Limitów (WO/JUN/3/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO**

- **Wykaz Opłat i Limitów (WO/JUN/4/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO**

ZASADY USTALANIA WYSOKOŚCI OPŁAT, KOSZTÓW I LIMITÓW

1. Wysokość opłaty za Zmianę Funduszy oraz opłaty operacyjnej może zostać podwyższona raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy na skutek wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego. Wysokość tych opłat może zostać podwyższona maksymalnie do poziomu ustalonego jako iloczyn wyższego z poniższych wskaźników, wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego i obejmujących okres od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia, w którym została ustalona nowa wysokość opłaty:

– procentowego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych
lub

– procentowego wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw,
powiększonych o 100 (sto) procent) oraz odpowiednio kwoty:

– 20 (dwadzieścia) złotych w przypadku opłaty za Zmianę Funduszy,

– 50 (pięćdziesiąt) złotych w przypadku opłaty operacyjnej.

2. Kwota odsetek za nieterminową wpłatę Składek ubezpieczeniowych wskazanych w OWU jest obliczana według stopy procentowej wskazanej w Tabeli Opłat. Jeżeli stosowanie wskaźnika WIBOR 6-miesięczny, o którym mowa w definicji stopy procentowej nie będzie możliwe, wówczas Towarzystwo zastosuje inny wskaźnik o podobnym, najbardziej zbliżonym charakterze.

3. Miesięczne wskaźniki kosztu ochrony ubezpieczeniowej (dalej: miesięczne wskaźniki kosztu), obowiązujące w Głównej umowie ubezpieczenia, mogą zostać podwyższone raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy w razie wzrostu aktualnego statystycznego prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego lub zmiany struktury populacji osób ubezpieczonych przez Towarzystwo w okresie od dnia 1 stycznia 2017 roku, przy czym:

– obowiązujące w Głównej umowie ubezpieczenia standardowe miesięczne wskaźniki kosztu ochrony ubezpieczeniowej (dalej: standardowe miesięczne wskaźniki kosztu) mogą zostać podwyższone maksymalnie do poziomu wynikającego z tablic trwania życia publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny;

– obowiązujące w Głównej umowie ubezpieczenia miesięczne wskaźniki kosztu inne niż standardowe miesięczne wskaźniki kosztu mogą zostać podwyższone o taką samą wielkość procentową, o jaką Towarzystwo podwyższa standardowe miesięczne wskaźniki kosztu.

(...)

5. Minimalna wartość do przekształcenia Umowy głównej w umowę ubezpieczenia bezskładkowego może zostać podwyższona raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy na skutek wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego. Powyższy limit może zostać podwyższony maksymalnie do poziomu ustalonego jako iloczyn kwoty 4 200 (cztery tysiące dwieście) złotych oraz wyższego z następujących wskaźników: procentowego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub procentowego wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw, powiększonych o 100 (sto) procent, wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego i obejmujących okres od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia, w którym została ustalona nowa wysokość limitu.

stanowią postanowienia niedozwolone, o których mowa w art. 385¹ § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. - Kodeks cywilny (Dz. U z 2022r., poz. 1360), a ich stosowanie stanowi naruszenie art. 23a ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021r., poz. 275) - i zakazuje ich wykorzystywania.

oraz po zobowiązaniu się przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie do podjęcia działań zmierzających do usunięcia trwających skutków ich stosowania, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zobowiązuje Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie do:

A.

w stosunku do ubezpieczających, którzy są stroną czynnej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie wzorców wskazanych w pkt pkt I.1-6 sentencji niniejszej decyzji:

1) Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie poinformuje ubezpieczających o bezskuteczności postanowień umownych, które ich dotyczą wraz z nazwą wzorca umownego;

2) informacja, o której mowa powyżej zostanie wysłana do ubezpieczających poprzez listy rocznicowe/oferty rocznicowe wysyłane zgodnie z OWU w formie uzgodnionej z ubezpieczającymi, tzn.:

- jeżeli ubezpieczający wyraził odpowiednią zgodę wówczas list rocznicowy/oferta rocznicowa będzie przesłana na wskazany adres e-mail,

- jeżeli taka zgoda nie została wyrażona, wówczas list rocznicowy/oferta rocznicowa będzie przesłana na adres korespondencyjny wskazany przez ubezpieczającego;

3) w piśmie przewodnim ww. listu rocznicowego/oferty rocznicowej Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie zawrze informację o wydaniu niniejszej decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, a w załączniku do listu rocznicowego/oferty rocznicowej przekaże kompleksową informację o poniższej treści:

Informujemy, że w dniu [do uzupełnienia] Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wydał decyzję zobowiązującą nr [do uzupełnienia], dotyczącą stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (dawniej: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.) niedozwolonych postanowień umownych. W związku z tym, poniższe postanowienia zakwestionowane przez Prezesa UOKiK są bezskuteczne i Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna nie będzie ich stosować:

[właściwe postanowienie umowne (postanowienia umowne) wraz z nazwą wzorca (wzorców umownych), sygnaturą oraz numerem postanowienia umownego - do uzupełnienia przez Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna]

Prawomocna decyzja o uznaniu postanowienia wzorca umowy za niedozwolone ma skutek wobec przedsiębiorcy, co do którego stwierdzono stosowanie niedozwolonego postanowienia umownego, oraz wobec wszystkich konsumentów, którzy zawarli z nim umowę na podstawie wzorca wskazanego w decyzji. W związku z tym przytoczone powyżej postanowienia nie wiążą Pani/Pana i należy je traktować tak, jakby nigdy nie były zawarte w umowie, a ich bezskuteczność powstaje z mocy prawa i nie jest konieczne jej stwierdzenie na drodze sądowej.

Decyzja Prezesa UOKiK nr [do uzupełnienia] dostępna jest pod adresem internetowym www.uokik.gov.pl. Decyzja jest prawomocna.

4) Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie rozpocznie wysyłkę listów rocznicowych nie później niż 180 dni od uprawomocnienia się niniejszej decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Czas trwania wysyłki to 365 dni od rozpoczęcia wysyłki listów z informacją o niniejszej decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;

B.

wypłaty rekompensaty publicznej w przypadku wzorców umów ubezpieczenia Zespót

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie zaoferuje ubezpieczającym, którzy zawarli umowy ubezpieczenia na podstawie wzorców wskazanych w pkt 1.2.a)-c) sentencji niniejszej decyzji środki pieniężne równe kwotom wynikającym z podwyżek kosztów ochrony za ryzyko śmierci (w odniesieniu do wzorców wskazanych w pkt 1.2.a)-b) sentencji niniejszej decyzji) oraz podwyżek kosztów ochrony ubezpieczeniowej (w odniesieniu do wzorca wskazanego w pkt 1.2. c) sentencji niniejszej decyzji) w umowach ubezpieczenia na życie, które to środki zostały pobrane na podstawie klauzul opisanych w pkt 1.2. a)-c) sentencji niniejszej decyzji od dnia 17 kwietnia 2016 r.

z tytułu ubezpieczenia osób, które były ubezpieczonymi na podstawie umów grupowego ubezpieczenia - zgodnie z poniższymi zasadami:

a) okres, za który będą naliczane środki pieniężne to okres od dnia 17 kwietnia 2016 r. do dnia zaniechania pobierania opłat na podstawie zakwestionowanych klauzul wskazanych w pkt I.2. a)-c) sentencji niniejszej decyzji. Dniem zaniechania pobierania opłat będzie odpowiednio:

- ostatni dzień okresu, za który została opłacona ostatnia składka z tytułu danej umowy
- w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia została rozwiązana;
- ostatni dzień okresu obowiązywania w umowie zakwestionowanych klauzul wskazanych w pkt I.2. a)-c) sentencji niniejszej decyzji - w przypadku, gdy strony umowy ubezpieczenia uprzednio dokonały zmiany wzorców tworzących treść danej umowy ubezpieczenia na takie, które nie zawierają zakwestionowanych klauzul;
- dzień poprzedzający najbliższą rocznicę umowy ubezpieczenia, przypadającą po dniu przekazania ubezpieczającemu informacji o bezskuteczności postanowień umownych, które dotyczą tej umowy - w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia nadal obowiązuje z wykorzystaniem zakwestionowanych klauzul wskazanych w pkt I.2. a)-c) sentencji niniejszej decyzji,

przy czym w przypadku poszczególnych uczestników danej umowy ubezpieczenia, dzień zaniechania pobierania opłat na podstawie zakwestionowanych klauzul może być wcześniejszy niż wskazane powyżej - będzie to dzień zakończenia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi ubezpieczenia;

b) w stosunku do ubezpieczających, którzy posiadają zawartą z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie czynną umowę, zawartą na podstawie wzorca wskazanego w pkt I.2. a)-c) sentencji niniejszej decyzji lub inną czynną umowę grupowego ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, w ramach której można dokonać zwrotu ww. środków pieniężnych poprzez przeliczenie określonej kwoty na jednostki ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych procedura zwrotu będzie wyglądać następująco:

1) do ubezpieczającego zostanie wysłany list informujący o możliwości otrzymania rekompensaty i możliwych formach jej wypłaty (przeliczenie na jednostki Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego albo przelew) oraz - w przypadku przelewu na rachunek bankowy - pouczenie o konieczności rozliczenia otrzymanych kwot z ubezpieczonymi, jeśli to oni finansowali składki;

2) w przypadku niezłożenia do najbliższej rocznicy ubezpieczenia wniosku ubezpieczającego o wypłatę rekompensaty na rachunek bankowy, przypadające na uczestników posiadających aktywne rachunki jednostek kwoty w formie jednostek Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego zostaną zarachowane na rachunkach tych uczestników ubezpieczenia nie później niż 30 dni po rocznicy ubezpieczenia i nie później niż do momentu wysłania pakietu Rocznica, według wartości jednostki na dzień rocznicy i zrealkulowanej na dzień rocznicy wysokości rekompensaty;

3) w przypadku przelewu na rachunek bankowy na wniosek ubezpieczającego, środki zostaną przekazane na wskazany rachunek w takich samych terminach jak wskazane w pkt 2);

4) przekazanie informacji ubezpieczającym nastąpi w załączniku do oferty rocznicowej, w której Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie będzie informować ubezpieczającego o wydaniu niniejszej decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, wraz z aktualizacją informacji o rekompensacie w pakiecie Rocznicza. Informacja o rekompensacie przekazywana ubezpieczającym w ofercie rocznicowej będzie miała następującą treść:

Z uwagi na fakt, że w przeszłości stosowaliśmy w Państwa umowie ubezpieczenia zakwestionowane w decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nr [do uzupełnienia] z dnia [do uzupełnienia] postanowienia dotyczące oferty rocznicowej i zmian opłat na pokrycie kosztu ochrony ubezpieczeniowej z uwagi na zmiany ryzyka aktuarialnego, przysługuje Państwu rekompensata w wysokości, która wynika z różnicy pomiędzy pobranym po dniu 17 kwietnia 2016 r. kosztem [do uzupełnienia] uczestnika a kosztem ochrony z tego tytułu jaki pobralibyśmy, gdyby w umowie tych postanowień nie było.

Szczegółowy wykaz naliczonych kwot rekompensaty wskazujemy w tabeli poniżej. Ostateczna wysokość kwot rekompensaty zostanie ustalona na dzień najbliższej rocznicy umowy ubezpieczenia, a informację o ich wysokości przekazemy Państwu w pakiecie Rocznicza.

W przypadku umów uczestników, z tytułu których uiszczona została ww. różnica i którzy to uczestnicy nadal posiadają rachunki funduszy w ramach zawartej przez Państwa umowy ubezpieczenia

z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, odpowiednie kwoty rekompensaty, obliczone dla poszczególnych uczestników, przeliczymy na rachunki tych uczestników według obowiązującego w dniu rocznicy umowy ubezpieczenia podziału alokowanej części składki na ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe i według wartości jednostki na ten dzień - o ile do dnia rocznicy nie otrzymamy od Państwa żądania zwrotu rekompensaty na Państwa rachunek bankowy. W przypadku uczestników z tytułu których uiszczona została ww. różnica i którzy nie posiadają już rachunków jednostek w ramach zawartej przez Państwa umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, wypłata kwot rekompensaty nastąpi na Państwa wniosek - przelewem na wskazany rachunek bankowy. Wniosek o taką wypłatę można złożyć w terminie 3 lat od dnia uprawomocnienia się ww. decyzji. Zwracamy uwagę, że jeżeli uczestnicy finansowali składkę ubezpieczeniową w całości lub w części, powinni Państwo przekazać wykazane kwoty Uczestnikom zgodnie z załączonym wykazem.

<i>Kwoty rekompensaty z tytułu składek finansowanych przez Ubezpieczającego</i>			
<i>Lp</i>	<i>Imię i Nazwisko Uczestnika</i>	<i>Data urodzenia</i>	<i>Kwota rekompensaty</i>
1			zł
2			zł
<i>Kwoty rekompensaty z tytułu składek finansowanych przez Uczestników</i>			
<i>Lp</i>	<i>Imię i Nazwisko Uczestnika</i>	<i>Data urodzenia</i>	<i>Kwota rekompensaty</i>
1			zł
2			zł

ŁĄCZNIE: zł

c) w stosunku do ubezpieczających nie posiadających zawartej z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie czynnej umowy

ubezpieczenia, umożliwiającej wypłatę rekompensaty poprzez przeliczenie jednostek Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, wypłata kwot rekompensaty będzie następowała na żądanie ubezpieczającego, przelewem na wskazany przez niego rachunek bankowy. Wniosek o taką wypłatę ubezpieczający będzie mógł złożyć w terminie 3 lat od dnia uprawomocnienia się niniejszej decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Do ubezpieczających uprawnionych do takiej rekompensaty zaliczają się:

1) ubezpieczający, którzy w chwili dokonywania przeliczenia nie będą już stroną umowy grupowego ubezpieczenia na życie na podstawie jednego ze wzorców wskazanych w pkt I.2. a)-c) sentencji niniejszej decyzji, ale którzy uprzednio byli stroną takiej umowy;

2) ubezpieczający, w zakresie rekompensaty za ubezpieczonych, którzy uprzednio byli, ale w chwili dokonywania przeliczenia nie będą już objęci ochroną w ramach umów ubezpieczenia zawartych na podstawie jednego ze wzorców wskazanych w pkt I.2. a)-c) sentencji niniejszej decyzji;

d) informacja na stronie internetowej Spółki o możliwości uzyskania przez ubezpieczających rekompensaty dla wzorców wskazanych w pkt I.2. a)-c) sentencji niniejszej decyzji będzie utrzymywana w zakładce „Centrum prasowe” (wielkość i kolor czcionki oraz tła będą odpowiadać wielkości i kolorom czcionki oraz tła zwyczajowo używanego w tej zakładce) przez 3 lata od uprawomocnienia się niniejszej decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Informacja ta będzie miała następującą treść:

Z uwagi na fakt, że w decyzji zobowiązującej nr [do uzupełnienia] z dnia [do uzupełnienia] Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów za niedozwolone postanowienia umowne uznał postanowienia następujących wzorców umów:

§ 18 ust. 1-6 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zespół NR PGZ/2014/1,

§ 18 ust. 1-4 oraz 6 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zespół NR PGZ/2016/1,

§ 15 ust. 1-5 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zespół NR PGZ/2012/1,

postanowienia te są bezskuteczne, a uprzednio zostały zastosowane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (dawniej: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.) w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie wzorców umów wskazanych powyżej, ubezpieczającym, którzy są albo uprzednio byli stroną umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych wzorców, przysługuje rekompensata w wysokości, która wynika z różnicy pomiędzy pobranym po dniu 17 kwietnia 2016 r. odpowiednim kosztem ochrony określonym w ww. decyzji Prezesa UOKiK a kosztem takiej ochrony jaki zostałby pobrany, gdyby w umowie tych postanowień nie było.

Szczegóły dotyczące wydanej decyzji oraz zasad naliczania i wypłaty rekompensaty dostępne są [tutaj](#) (hipertącze do dedykowanej podstrony Spółki z informacją o wydanej decyzji) oraz [na stronie www Prezesa UOKiK](#) (hipertącze do strony www.uokik.gov.pl)

W celu uzyskania bliższych informacji, w tym informacji o wysokości przysługującej danemu ubezpieczającemu kwot rekompensaty, prosimy o kontakt listowny na adres siedziby Spółki, kontakt mailowy pod adresem bok@allianz.pl lub kontakt telefoniczny pod nr 224 224 224.

W celu uzyskania rekompensaty, ubezpieczający może skorzystać ze wzoru wniosku zamieszczonego [tutaj](#) (hiperłącze do wzoru wniosku o wypłatę rekompensaty)

Jednocześnie zwracamy uwagę, że jeżeli uczestnicy finansowali składkę ubezpieczeniową w całości lub w części, to ubezpieczający powinien przekazać wykazane kwoty Uczestnikom, zgodnie z wykazem udostępnionym przez Towarzystwo.

e) w informacji na stronie internetowej Spółki zostanie zamieszczony link do wzoru wniosku o wypłatę rekompensaty oraz pouczenie o konieczności rozliczenia otrzymanych kwot z ubezpieczonymi, jeśli to oni finansowali składki;

f) minimalny próg od którego Spółka będzie miała obowiązek poinformowania ubezpieczających, o których mowa w pkt b) powyżej, o możliwości uzyskania rekompensaty, wynosi 1 (jeden) zł;

g) minimalny próg poniżej którego rekompensata, obliczona za danego uczestnika, nie będzie zwracana ubezpieczającemu to 1 (jeden) zł, co oznacza, że, jeżeli rekompensata obliczona za danego uczestnika byłaby niższa niż 1 (jeden) zł, wówczas Spółka nie będzie zobowiązana do dokonania operacji alokowania jednostek Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego albo obliczania i zwracania ubezpieczającemu takiej kwoty.

C. zamieszczenia oświadczenia na stronie internetowej

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie zamieści na swojej stronie internetowej oświadczenie dotyczące wydania niniejszej decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o następującej treści:

Informujemy, że w dniu [do uzupełnienia] Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wydał decyzję zobowiązującą nr [do uzupełnienia], dotyczącą stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna niedozwolonych postanowień umownych. W związku z tym, postanowienia zakwestionowane przez Prezesa UOKiK są bezskuteczne i Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna nie będzie ich stosować. W wydanej decyzji Spółka zobowiązała się m.in. do:

- opublikowania niniejszego oświadczenia;*
- zaniechania stosowania zakwestionowanych postanowień;*
- przyznania rekompensaty pieniężnej na podstawie wybranych wzorców umownych określonych w Decyzji.*

Szczegóły dotyczące wydanej decyzji dostępne są [tutaj\[1\]](#) oraz [na stronie www Prezesa UOKiK](#). Szczegóły dotyczące możliwości uzyskania rekompensaty dostępne są [tutaj\[2\]](#): Decyzja jest prawomocna.

1) Oświadczenie zostanie opublikowane według następujących zasad:

- a) na stronie głównej Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (na dzień wydania decyzji znajdującej się pod adresem www.allianz.pl), lub analogicznej stronie w przypadku zmiany nazwy Spółki, jej przekształcenia lub przejścia praw i obowiązków na inny podmiot pod jakimkolwiek tytułem;

- b) w górnej części strony głównej z możliwością zamknięcia informacji przez użytkownika poprzez naciśnięcie „krzyżyka” w górnym prawym rogu;
 - c) będzie widoczne przez cały czas, gdy użytkownik jest na stronie, chyba że zostanie ręcznie zamknięte przez użytkownika;
 - d) wielkość i kolor czcionki oraz tła będą odpowiadać wielkości i kolorom czcionki oraz tła zwyczajowo używanej na ww. stronie internetowej, a tekst umieszczony w ramce, o rozmiarze takim, aby była ona w całości wypełniona oświadczeniem, o którym mowa w niniejszym punkcie, z uwzględnieniem marginesu 2,5 cm z każdej strony;
 - e) fragment oświadczenia o treści „na stronie *www Prezesa UOKiK*” będzie zamieszczony w formie hipertącza (linku) do strony www.uokik.gov.pl na której znajdować się będzie pełna treść niniejszej decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
 - f) fragment oświadczenia o treści „*tutaj[1]*” będzie zawierać hipertącze do zakładki „Centrum prasowe” na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, gdzie znajdować się będzie pełna treść niniejszej decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
 - g) fragment oświadczenia o treści „*tutaj[2]*” będzie zawierać hipertącze do zakładki „Centrum prasowe” na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, gdzie znajdować się będzie informacja o możliwości uzyskania rekompensaty, o której mowa w pkt B. lit. d) powyżej;
- 2) w przypadku zmiany nazwy Spółki, jej przekształcenia lub przejścia praw i obowiązków na inny podmiot pod jakimkolwiek tytułem, publikacja zostanie zrealizowana odpowiednio przez lub za pośrednictwem Spółki lub następcy prawnego, ze wskazaniem nazwy dawnej i nowej;
- 3) oświadczenie zostanie opublikowane w terminie 14 dni od dnia uprawomocnienia się niniejszej decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów i będzie utrzymywane na stronie internetowej Spółki przez 3 miesiące od dnia jej opublikowania.

II.

Na podstawie art. 23c ust. 3 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 275), po przeprowadzeniu postępowania w sprawie o uznanie postanowień wzorca umowy stosowanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (dawniej: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie) za niedozwolone, w toku którego Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, że stosowane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (dawniej: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie), postanowienia wzorców umowy opisane w pkt. I sentencji niniejszej decyzji stanowią postanowienia niedozwolone, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nakłada na Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (dawniej: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie) obowiązek złożenia informacji

o realizacji zobowiązania, o którym mowa w pkt. I sentencji niniejszej decyzji, poprzez przedstawienie Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów:

1. danych liczbowych wskazujących, ilu konsumentów zostało objętych zaprzestaniem stosowania kwestionowanych postanowień umownych wskazanych w pkt I.1-6 sentencji niniejszej decyzji (pkt A. zobowiązania);
2. 10 przykładowych informacji wystanych do konsumentów zgodnie z pkt A. zobowiązania;
3. danych liczbowych wskazujących, ilu konsumentów skierowano informację o przysługującym im przysporzeniu określonym w pkt. B zobowiązania;
4. danych liczbowych wskazujących, ilu konsumentów skorzystało z przysporzenia określonego w pkt. B zobowiązania - z podziałem na grupy konsumentów, o których mowa w pkt. B b) i c);
5. 10 przykładowych informacji wystanych do konsumentów zgodnie z pkt B. zobowiązania;
6. dowodów potwierdzających zamieszczenie oświadczenia na stronie internetowej Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie w sposób określony w pkt. C. zobowiązania w postaci:
 - a) zrzutów ekranu ze strony internetowej Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie z pierwszego i ostatniego dnia utrzymywania na tej stronie ww. i oświadczenia,
 - b) oświadczenia złożonego przez osobę uprawnioną w imieniu Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, w którym zostanie wskazany okres publikacji ww. oświadczenia na stronie internetowej; w terminie 38 miesięcy od dnia uprawomocnienia się niniejszej decyzji.

III.

Na podstawie art. 77 ust. 1 i art. 80 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 275), oraz na podstawie art. 263 § 1 i art. 264 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2000) w związku z art. 83 ww. ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów obciąża Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie kosztami postępowania opisanego w punkcie I. sentencji niniejszej decyzji w sprawie o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone w kwocie 70,70 złotych (słownie: siedemdziesiąt złotych i 10/100) i zobowiązuje Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie do zwrotu tych kosztów Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w terminie 14 dni od daty uprawomocnienia się niniejszej decyzji.

Uzasadnienie

W dniu 16 stycznia 2020 r., na skutek zawiadomienia Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego - postanowieniem Nr RBG-5/2020 - Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej: **Prezes UOKiK, Prezes Urzędu** lub **organ ochrony konsumentów**) wszczął z urzędu postępowanie wyjaśniające, mające na celu wstępne ustalenie, czy na skutek działań Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (dawniej: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie; dalej: **Allianz, Spółka, Towarzystwo** lub **Przedsiębiorca**) dotyczących

świadczenia usług ubezpieczeniowych nastąpiło naruszenie uzasadniające wszczęcie postępowania w sprawie o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone oraz ustalenie czy miało miejsce naruszenie chronionych prawem interesów konsumentów uzasadniające wszczęcie postępowania w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów.

W toku tego postępowania Prezes UOKiK wezwał Spółkę do przedłożenia wszystkich wzorców umownych (w tym dotyczących opłat i promocji) stosowanych od początku 2019 r. przez Przedsiębiorcę wraz z informacją od kiedy są stosowane, czy są obecnie archiwalne (nie są już stosowane) i do zawierania jakich umów mają/miały zastosowanie. Organ ochrony konsumentów poddał analizie dokumenty przesłane przez Allianz. Po zapoznaniu się z materiałem dowodowym zebrany w toku postępowania wyjaśniającego, Prezes UOKiK uznał, że zaszło uzasadnione podejrzenie stosowania przez Spółkę postanowień niedozwolonych w rozumieniu art. 385¹ ustawy z dnia z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 2022 r. poz. 1360; dalej: k.c.), cytowanych w sentencji niniejszej decyzji .

W związku z tym w dniu 28 grudnia 2020 r. - postanowieniem nr RBG-97/2020 - Prezes Urzędu wszczął z urzędu postępowanie w sprawie o uznanie wskazanych w pkt I sentencji niniejszej decyzji postanowień wzorców umów stosowanych przez Allianz za niedozwolone postanowienia umowne, o których mowa w art. 385¹ § 1 k.c., a ich stosowanie może stanowić naruszenie art. 23a ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021r., poz. 275, dalej: **okikU**).

W toku tego postępowania Prezes UOKiK wezwał Spółkę m.in. do podania liczby ubezpieczonych, którzy zawarli umowy na podstawie wzorców umownych wymienionych w sentencji niniejszej decyzji, sumy składek jakie, ww. ubezpieczeni wpłacają miesięcznie na rzecz Allianz oraz wskazania sumy opłat, jakie ci ubezpieczeni wpłacają (lub opłaty te są alokowane ze składki) miesięcznie na rzecz Spółki. Ponadto, wezwano Przedsiębiorcę o wskazanie wszystkich zmian opłat i innych świadczeń konsumentów na rzecz Allianz dokonywanych na podstawie postanowień umownych zakwestionowanych w sentencji niniejszej decyzji w okresie od początku 2019 r. do dnia wezwania.

W piśmie z dnia 4 lutego 2021r. Spółka ustosunkowała się do przedstawionych zarzutów wnosząc o umorzenie niniejszego postępowania administracyjnego, deklarując jednocześnie wolę koncyliacyjnego załatwienia sprawy i złożyła wniosek o wydanie decyzji zobowiązującej w trybie art. 23c okikU. Na skutek dalszej korespondencji (pisma Allianz z 21 czerwca 2021r., 30 czerwca 2021r., 13 września 2021r., 29 października 2021r., 15 listopada 2021r., 3 lutego 2022r. 19 sierpnia 2022r. oraz telekonferencji (z 31 marca 2021r. 25 maja 2021r., 11 października 2021r., 8 listopada 2021r., 7 grudnia 2021r., 2 stycznia 2021r., 27 lipca 2022r. i 4 października 2022r.) Allianz zmodyfikował wcześniejszą propozycję zobowiązania. Ostateczna wersja zobowiązania została złożona w piśmie z dnia 19 sierpnia 2022r.

Prezes UOKiK zawiadomił Spółkę o zakończeniu zbierania materiału dowodowego oraz o możliwości zapoznania się z aktami sprawy (pismo z dnia 7 listopada 2022r.). Pełnomocnik Spółki nie skorzystał z możliwości zapoznania się z aktami sprawy.

Prezes UOKiK ustalił następujący stan faktyczny:

Przedsiębiorca

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie prowadzi działalność ubezpieczeniową. Przedsiębiorca jest wpisany do Rejestru

Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000002561. Kapitał zakładowy Spółki to 95 480 000 złotych wniesiony w kwocie 87 267 500,00 złotych. Akcjonariuszami Spółki są Allianz Holding eins GmbH oraz TUiR Allianz Polska S.A.

Do przedmiotu działalności przedsiębiorcy należy głównie działalność w zakresie ubezpieczenia na życie, reasekuracji, oceny ryzyka i szacowania poniesionych strat, wspomagającym ubezpieczenia i fundusze emerytalne oraz działalność związana z zarządzaniem funduszami.

W dniu 1 lipca 2022r. doszło do połączenia spółek Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (KRS nr 0000002561) oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (KRS 0000021971). Połączenie zakładów ubezpieczeń nastąpiło na podstawie art. 492 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 września 2000r. Kodeksu spółek handlowych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1467) w drodze przejęcia Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (przejmowany zakład ubezpieczeń) przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (przejmujący zakład ubezpieczeń). Doszło zatem do przeniesienia całego majątku przejmowanego zakładu ubezpieczeń, na przejmujący zakład ubezpieczeń, w zamian za akcje w podwyższonym kapitale zakładowym przejmującego zakładu ubezpieczeń wyemitowane w związku z połączeniem i przyznane ich akcjonariuszom przejmowanego zakładu ubezpieczeń.

W ww. dniu Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego dokonał wpisu połączenia zakładów ubezpieczeń do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego. Wraz z połączeniem, firma przejmującego zakładu ubezpieczeń uległa zmianie na Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna. Z dniem połączenia przejmujący zakład ubezpieczeń wstąpił we wszystkie prawa i obowiązki przejmowanego zakładu ubezpieczeń, w tym prawa i obowiązki wynikające z umów ubezpieczenia zawartych przez przejmowany zakład ubezpieczeń. Administratorem danych osobowych z dniem połączenia stał się przejmujący zakład ubezpieczeń.¹

Stosowanie postanowień umowy przez przedsiębiorcę

Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, a obecnie Allianz, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, w stosunkach z konsumentami posługuje się lub posługiwał się wzorcami umownymi wymienionymi w sentencji niniejszej decyzji, które przedłożył na wezwanie Prezesa UOKiK w toku postępowania wyjaśniającego prowadzonego pod sygnaturą RBG.405.1.2020.PD. Jednocześnie Allianz oświadczył, iż umowy na ich podstawie były zawierane przynajmniej od 1 stycznia 2019 r. Z uwagi na daty ich powstania umowy z ich wykorzystaniem były zawierane także wcześniej.

Do dnia 1 lipca 2022r. stroną niniejszego postępowania oraz podmiotem stosującym wzorce zawierające kwestionowane klauzule była Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie. Jako, że w dniu 1 lipca 2022r. doszło do połączenia tej spółki ze spółką Allianz, w wyniku którego z dniem połączenia przejmujący zakład ubezpieczeń wstąpił we wszystkie prawa i obowiązki przejmowanego zakładu ubezpieczeń, stroną postępowania, sukcesorem odpowiedzialności za działania Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie stał się Allianz. On też jest

¹ https://www.allianz.pl/pl_PL/dla-ciebie/o-allianz/tu-allianz-zycie.html

podmiotem, który, złożył ostateczną wersję zobowiązania, w którym zobowiązał się do podjęcia działań wskazanych w sentencji niniejszej decyzji.

Wzorce umowne stosowane uprzednio przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie to:

1. *Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGOF/2017/1,*
2. *Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun VIP NR PGVF/2016/1,*
3. *Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2016/1,*
4. *Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGO/2012/1,*
5. *Warunki Ogólne Klauzuli Kapitałowej NR PGV/FIN/2012/1,*
6. *Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2014/1,*
7. *Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2012/1,*

W przypadku powyższych wzorców główna umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieoznaczony. Umowa dodatkowa to zaś umowa uzupełniająca umowę główną o ryzyka dodatkowe stanowiące rozszerzenie zakresu ubezpieczenia.

Przedmiotem ubezpieczenia jest natomiast życie uczestnika, zaś ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty w razie śmierci uczestnika świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości będącej sumą wartości rachunku uczestnika lub sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika, wskazanej w umowie ubezpieczenia. W przypadkach wskazanych we wzorcu, ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest jednak do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości będącej sumą wartości rachunku uczestnika oraz sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika, wyłącznie w przypadku śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Jeśli zaś chodzi o świadczenie konsumenta, to ubezpieczający zobowiązany jest co do zasady opłacać na rzecz towarzystwa składkę regularną z tytułu ubezpieczenia każdego z uczestników, w wysokości i z częstotliwością oznaczoną w umowie ubezpieczenia. Składka regularna składa się z części ochronnej stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej oraz części kapitałowej, przeznaczanej na gromadzenie jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, która w oznaczonej w umowie ubezpieczenia wysokości podlega alokacji. Składka regularna płatna jest cyklicznie przez cały okres trwania ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi, za wyjątkiem okresu trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach ubezpieczenia bezskładkowego.

Kwestionowane postanowienia z tego typu wzorców dotyczą **opłat administracyjnej, manipulacyjnej i operacyjnej.** Wzorce nie zawierają ich definicji, zaś ich charakter można rozpoznać na podstawie zapisów wzorca, które regulują kiedy dana opłata może być pobrana. I tak:

- a) *opłata administracyjna - pozostała po pobraniu kosztu ochrony ubezpieczeniowej, część kapitałowa składki regularnej pomniejszona uprzednio o opłatę administracyjną podlega alokacji w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.*

b) opłata manipulacyjna - opłata manipulacyjna pobierana jest w następujących sytuacjach:

- w przypadku dokonania zmiany proporcji podziału części składki podlegającej alokacji pomiędzy wybrane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe - wówczas Towarzystwo pobiera opłatę manipulacyjną z rachunku każdego z uczestników, którego decyzja dotyczy, poprzez odliczenie z rachunku liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, proporcjonalnie do udziału poszczególnych funduszy w wartości rachunku;
- w przypadku dokonania zmiany przeliczenia zarachowanych na rachunku jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych na jednostki innych funduszy, prowadzonych i udostępnionych przez Towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU - wówczas Towarzystwo pobiera opłatę manipulacyjną z rachunku każdego z uczestników, którego decyzja dotyczy, poprzez odliczenie z rachunku liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki przeliczane są jednostki dotychczasowych funduszy, proporcjonalnie do udziału tych funduszy w przeliczanej wartości.

Opłata manipulacyjna, o której mowa powyżej nie jest jednak pobierana w przypadku każdej pierwszej zmiany dokonanej w danym roku ubezpieczenia.

c) opłata operacyjna - jest pobierana w dwóch sytuacjach:

- w przypadku dokonywania wypłaty części lub całości wartości lokacyjnej lub części wartości regularnej, towarzystwo pobiera opłatę operacyjną poprzez odliczenie, z części rachunku podlegającej wypłacie, odpowiedniej liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych - proporcjonalnie do udziału poszczególnych funduszy w tej wartości. Ponadto, w przypadku dokonywania całkowitej wypłaty wartości rachunku towarzystwo upoważnione jest do pobrania opłaty operacyjnej oraz innych opłat wskazanych w umowie ubezpieczenia, poprzez potrącenie ich z wypłacanej kwoty,
- w przypadku dokonywania całkowitej wypłaty wartości rachunku towarzystwo upoważnione jest do pobrania opłaty operacyjnej oraz innych opłat wskazanych w umowie ubezpieczenia, poprzez potrącenie ich z wypłacanej kwoty. Jeżeli wysokość którejkolwiek z opłat uzależniona jest od stażu uczestnika w ubezpieczeniu, to stażem tym jest okres opłacania na rzecz uczestnika składek ubezpieczeniowych, a wysokość opłaty jest równa wysokości takiej opłaty, która obowiązywała w ostatnim dniu stażu uczestnika w ubezpieczeniu.

W trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego pobierana jest jedynie opłata za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Dodatkowo, w przypadku wzorców o symbolach Nr PGZ/2014/1, PGZ/2016/1, PGZ/2012/1 kwestionowane klauzule dotyczą **kosztu ochrony ubezpieczeniowej** przysługującej danemu uczestnikowi, który zgodnie z tymi postanowieniami może zostać przez towarzystwo zmieniony.

8. *Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/GR/1/2018)*,
9. *Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/GR/1/2019)*,
10. *Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/GR/2/2018)*,

Powyższe wzorce mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Definiują one pewne zasadnicze kwestie związane z tworzeniem i likwidacją funduszy.

Kwestionowane postanowienia z tego typu wzorca dotyczą **opłat za zarządzanie i administrację**.

Zgodnie z definicją zawartą w pkt 4 definicji np. wzorca Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/GR/1/2018) opłata za zarządzanie i administrację Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym to *opłata procentowa (stanowi określony procent wartości aktywów funduszu) potrącana tytułem zarządzania i administrowania danym Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym*.

Zgodnie z pkt X np. wzorca Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/GR/1/2018) towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie i administrację Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym. Wysokość tej opłaty jest ustalana w odniesieniu do wszystkich zawartych z towarzystwem umów ubezpieczenia, z tytułu których jednostki danego funduszu zarachowywane są na rachunku. Opłata ta pobierana jest z aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego podczas ich wyceny, a jej pobranie powoduje odpowiednią zmianę wartości tych aktywów, a tym samym wartości jednostki Funduszu. Wysokość poszczególnych Opłat za zarządzanie i administrację Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi przedstawia poniższe zestawienie:

- Fundusz Akcji 3,25%,
- Fundusz Dłużny Aktywnej Selekcji 0%,
- Fundusz Dynamiczny 3,25%,
- Fundusz Dynamiczny Aktywnej Selekcji 0%,
- Fundusz Gwarancji Zysku 1,25%,
- Fundusz Gwarantowany 2%,
- Fundusz Międzynarodowy 2,5%,
- Fundusz Pieniężny 1%,
- Fundusz Spółek Dywidendowych 3%,
- Fundusz Stabilnego Wzrostu 2,25%,
- Fundusz Stabilny Aktywnej Selekcji 0%,
- Fundusz Zrównoważony 2,75%,
- Fundusz Zrównoważony Aktywnej Selekcji 0%.

11. *Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP (BVIP/J/14/2018),*
12. *Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP (BVIP/J/15/2019),*
13. *Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP (BVIP/J/16/2019),*

Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieoznaczony. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego, czyli zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w tym śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wartość rachunku w chwili śmierci ubezpieczonego jest równa lub wyższa niż 5 000 (pięć tysięcy) złotych. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do wypłaty, w razie śmierci ubezpieczonego świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego. Ubezpieczający jest zobowiązany wpłacić składkę ubezpieczeniową jednorazowo w wysokości przez siebie wybranej (składka jednorazowa). Ubezpieczający może także w dowolnym czasie wpłacać dodatkową składkę ubezpieczeniową w wysokości przez siebie wybranej (składka dodatkowa).

Kwestionowane postanowienia z tego typu wzorca dotyczą **opłat za zarządzanie i administrację** ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Zgodnie z § 9 ust. 2 ww.

wzorców towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wysokość opłaty jest ustalana dla każdego funduszu, w odniesieniu do wszystkich umów ubezpieczenia zawartych z towarzystwem na podstawie OWU oraz innych warunków ubezpieczenia, na których rachunki zarachowuje się jednostki danego funduszu. Opłata jest pobierana z aktywów danego funduszu podczas ich wyceny, a jej pobranie powoduje odpowiednią zmianę wartości tych aktywów, a tym samym zmianę wartości jednostek tego funduszu. Wysokość opłaty jest wskazana w Tabeli Opłat i Limitów.

14. Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKE/6/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne KONTO EMERYTALNE AVIVA,

15. Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKE/7/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne KONTO EMERYTALNE AVIVA,

16. Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKZE/7/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INDYWIDUALNE KONTO ZABEZPIECZENIA EMERYTALNEGO AVIVA,

17. Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKZE/8/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INDYWIDUALNE KONTO ZABEZPIECZENIA EMERYTALNEGO AVIVA,

Umowa ubezpieczenia oraz umowa o prowadzenie IKE przez towarzystwo zawierane są na czas nieoznaczony. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w razie śmierci ubezpieczającego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczającego, powiększonej o ewentualnie nierozliczone składki. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci jest obliczana jako suma wartości środków zgromadzonych na IKE oraz podstawowej sumy ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa płatna jest zgodnie z wyborem ubezpieczającego jako składka z zadeklarowaną częstotliwością i wysokością albo jako składka bez zadeklarowanej częstotliwości i wysokości. Pierwsza składka powinna być zapłacona przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Kwestionowane postanowienia z tego typu wzorca dotyczą **opłat za zarządzanie i administrację** ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Podobnie jak powyżej brak definicji czy też opisu tych opłat w ww. wzorcach, znajdują się one jednak we wzorcu *Informacja o postanowieniach z wzorca mownego: Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Konto Emerytalne Aviva (IKE/J/8/2018)*

Zgodnie z § 8 ust. 10 tego wzorca towarzystwo *pobiera opłatę za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wysokość opłaty jest ustalana dla każdego funduszu, w odniesieniu do wszystkich umów ubezpieczenia zawartych z Towarzystwem na podstawie OWU oraz innych warunków ubezpieczenia, na których rachunki zarachowuje się jednostki danego funduszu. Opłata jest pobierana z aktywów danego funduszu podczas ich wyceny, a jej pobranie powoduje odpowiednią zmianę wartości tych aktywów, a tym samym zmianę wartości jednostek tego funduszu. Wysokość opłaty jest wskazana w Wykazie Opłat i Limitów.*

18. Wykaz Opłat (WO/NPER/9/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA,

19. Wykaz Opłat (WO/NPER/10/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA,

20. Wykaz Opłat (WO/NPER/11/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA,

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA, do których odnoszą się powyższe wykazy opłat - główna umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieoznaczony. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego zaś ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci, powiększonej o sumę wartości rachunków dedykowanych, a następnie pomniejszonej o kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia. Ubezpieczający ma zaś obowiązek opłacania składki ubezpieczeniowej regularnie (składka regularna) oraz w dowolnym czasie (składka dodatkowa).

Kwestionowane postanowienia z tego typu wzorca, poza opłatami **za zarządzanie i administrację** ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wskazanymi w pkt 14-17 powyżej, dotyczą **opłat administracyjnej, operacyjnej i za zmianę funduszu**. Brak definicji czy też opisu tych opłat w ww. wzorcach, znajdują się one jednak we wzorcu *Informacja o postanowieniach z wzorca umownego: Ogólne Warunki Ubezpieczenia Uniwersalnego - Nowa Perspektywa (NPER/J/10/2018)*

Zgodnie z § 11 tego wzorca *tytułem uśrednionych kosztów związanych z administrowaniem umową ubezpieczenia, Towarzystwo pierwszego dnia każdego miesiąca ubezpieczenia potrąca z rachunku podstawowego **opłatę administracyjną** w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat.*

Zgodnie zaś z § 14 wzorca *Ubezpieczający może wnioskować o przeliczenie jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu (zmiana funduszy) z zastrzeżeniem, że przeliczenie następuje w ramach jednego rachunku jednostek oraz w wyniku przeliczenia nie może wzrosnąć liczba jednostek Funduszu Gwarantowanego. Zmiana funduszy może nastąpić pod warunkiem, że wartość rachunku, którego zmiana dotyczy, jest wystarczająca na potrącenie opłaty, o której mowa w ust. 5. Ten zapis zaś stanowi, iż tytułem wykonania operacji zmiany funduszy, Towarzystwo w tym samym dniu potrąca z rachunku jednostek, którego zmiana dotyczy, **opłatę za zmianę funduszy** w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat.*

Jeśli zaś chodzi o **opłatę operacyjną** to zgodnie z § 16 ww. wzorca jest ona przykładowo pobierana *tytułem wykonania operacji wypłaty wartości rachunku, Towarzystwo w tym samym dniu potrąca z rachunku jednostek, którego wypłata dotyczy, opłatę operacyjną w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat.* Potrącenie opłaty operacyjnej następuje zaś poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszy - zgodnie z wartością jednostki danego funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału wartości jednostek tego funduszu w wartości rachunku jednostek.

21. *Wykaz Opłat i Limitów (WO/JUN/3/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO,*

22. *Wykaz Opłat i Limitów (WO/JUN/4/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO,*

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia uniwersalnego juniorGO główna umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas oznaczony, nie krótszy niż 10 (dziesięć) lat i nie dłuższy niż 25 (dwadzieścia pięć) lat, z uwzględnieniem limitów wiekowych przewidzianych dla osób ubezpieczonych.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego albo życie dwojga ubezpieczonych, jeżeli główna umowa ubezpieczenia tak stanowi, życie ubezpieczającego oraz życie ubezpieczonego dziecka. Spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie

śmierci ubezpieczonego polega co do zasady na alokowaniu podstawowej sumy ubezpieczenia na rachunek świadczeń poprzez zarachowanie na tym rachunku odpowiedniej liczby Jednostek Funduszu Gwarantowanego. W razie śmierci ubezpieczonego dziecka wypłacane jest świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie wartości wszystkich rachunków jednostek, po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu umowy ubezpieczenia, przy czym pomniejszenie to w pierwszej kolejności następuje z wartości rachunku lokacyjnego następnie z wartości rachunku podstawowego, a na końcu z wartości rachunku świadczeń.

Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę regularną z tytułu umowy ubezpieczenia w wysokości oraz terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia, który może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość jej opłacania.

Kwestionowane postanowienia z tego typu wzorca dotyczą **opłat za zarządzanie i administrację funduszem oraz opłaty operacyjnej i za zmianę funduszy**.

Podobnie jak w pkt 18-20 powyżej brak definicji czy też opisu tych opłat w ww. wzorcach, znajdują się one jednak we wzorcu *Informacja o postanowieniach z wzorca umownego: Ogólne Warunki Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO (JUN/J/2/2018)*.

Zgodnie z § 14 tego wzorca *Towarzystwo potrąca z odpowiedniego Rachunku Jednostek opłatę za zmianę Funduszy w przypadkach wskazanych w § 16 oraz opłatę operacyjną w przypadkach wskazanych w § 18*. Ten przypadek to zgodnie z § 18 ust. 5 wykonanie operacji Wyплаты Wartości Rachunku lokacyjnego. **Potrącenie opłaty operacyjnej następuje poprzez odliczenie z Rachunku lokacyjnego odpowiedniej liczby Jednostek Funduszy - zgodnie z Wartością Jednostki danego Funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału Wartości Jednostek tego Funduszu w Wartości rachunku lokacyjnego.**

Zgodnie z § 15. Ww. wzorca *Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*. Wysokość opłaty jest ustalana dla każdego Funduszu, w odniesieniu do wszystkich umów ubezpieczenia zawartych z Towarzystwem na podstawie OWU oraz innych warunków ubezpieczenia, na których rachunki zarachowuje się Jednostki danego Funduszu. Opłata jest pobierana z aktywów danego Funduszu podczas ich wyceny, a jej pobranie powoduje odpowiednią zmianę wartości tych aktywów, a tym samym zmianę Wartości Jednostek tego Funduszu. Wysokość opłaty jest wskazana w Wykazie Opłat i Limitów.

Jeśli zaś chodzi o opłatę za zmianę funduszy to, wg. § 16 ww. wzorca *tytułem wykonania operacji Zmiany Funduszy, Towarzystwo w tym samym dniu potrąca z Rachunku Jednostek, którego zmiana dotyczy, opłatę za Zmianę Funduszy w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat i Limitów. Potrącenie to następuje poprzez odliczenie z Rachunku Jednostek odpowiedniej liczby Jednostek Funduszy - zgodnie z Wartością Jednostki danego Funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału Wartości Jednostek tego Funduszu w Wartości Rachunku Jednostek*.

23. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej na Życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) (RK/TZ/1/2019),

24. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej na Życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) (RK/TZ/2/2019).

W przypadku tych wzorców umowa dodatkowa jest zawierana na czas nieoznaczony. Ulega zaś rozwiązaniu w chwili śmierci ubezpieczonego, gdy minie ostatni dzień miesiąca polisowego, w którym towarzystwo otrzymuje oświadczenie o wypowiedzeniu umowy dodatkowej albo gdy zostanie rozwiązana umowa główna ubezpieczonego oraz gdy zostanie rozwiązana umowa.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje życie ubezpieczonego. W razie śmierci ubezpieczonego w czasie ochrony ubezpieczeniowej towarzystwo wypłaca sumę ubezpieczenia umowy dodatkowej oraz wartość rachunku. Regularne składki kapitałowe i dodatkowe składki kapitałowe przeliczane są na jednostki funduszy - zgodnie ze wskazanym przez konsumenta podziałem między fundusze. Limity, które dotyczą regularnej składki kapitałowej i dodatkowej składki kapitałowej, wskazane są w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi.

Kwestionowane postanowienia z tego typu wzorca dotyczą także **opłat za zarządzanie i administrację funduszem**. Odnosi się do nich art. 12 ww. wzorców, zgodnie z którym opłata za zarządzanie i administrowanie funduszem przeznaczana jest na:

- a) pokrycie kosztów dla zarządzających funduszami inwestycyjnymi, w które inwestowane są aktywa poszczególnych Funduszy (w tym kosztów Agenta Transferowego),
- b) prowadzenie czynności księgowo-administracyjnych, w tym dzienny proces wyceny Funduszy,
- c) pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej,
- d) prowadzenie naszej działalności ubezpieczeniowej.

Opłata pobierana jest przez cały czas trwania Umowy Dodatkowej - z aktywów Funduszu podczas ich wyceny. Pobranie opłaty zmienia wartość tych aktywów, a tym samym - Wartość Jednostki. Wysokość opłaty dla każdego Funduszu ustalana jest zgodnie z Regulaminem Funduszy dla wszystkich umów ubezpieczenia, w których jest możliwe zakupienie Jednostek tego Funduszu. Wysokość tej opłaty wskazana jest w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK).

25. *Ogólne Warunki Ubezpieczenia Gwarantowanej Renty Kapitałowej (GRK/R/7/2016),*

Zgodnie z tym wzorcem towarzystwo zobowiązuje się do dożywotniego lub czasowego wypłacania świadczeń rentowych. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na rzecz jednej osoby na czas oznaczony w przypadku czasowej życiowej renty kapitałowej albo na czas nieoznaczony - w przypadku dożywotniej renty kapitałowej. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo w wysokości wybranej przez ubezpieczającego i wskazanej we wniosku ubezpieczeniowym, nie niższej niż składka minimalna określona przez towarzystwo.

Kwestionowane postanowienia z tego typu wzorca dotyczą **opłat na pokrycie kosztów administrowania polisą oraz opłat na pokrycie kosztów przekazania świadczenia rentowego**. Odnosi się do nich § 10 ww. wzorca, zgodnie z którym *przed wypłatą świadczenia rentowego Towarzystwo potrąca opłatę na pokrycie kosztów administrowania polisą oraz opłatę na pokrycie kosztów przekazania świadczenia rentowego. Opłaty są potrącane z każdej kwoty wypłacanego świadczenia rentowego.*

Ponadto Towarzystwo potrąca opłatę za każdą zmianę umowy (opłata za zmianę umowy). Opłata potrącana jest z kwoty świadczenia rentowego należnego w najbliższym terminie płatności przypadającym po wprowadzeniu zmiany.

W piśmie z dnia 4 lutego 2021r. Spółka wyjaśniła, że dla umów zawartych na podstawie wzorców RUFK/GR/1/2018, RUFK/GR/1/2019, RUFK/GR/2/2018, BVIP/J/14/2018, BVIP/J/15/2019, BVIP/J/16/2019, WO/IKE/6/2018, WO/IKE/7/2019, WO/IKZE/7/2018, WO/IKZE/8/2019, WO/NPER/9/2018, WO/NPER/10/2019, WO/NPER/11/2019, WO/JUN/3/2018, WO/JUN/4/2019, RK/TZ/1/2019, RK/TZ/2/2019, PGO/2017/1, PGVF/2016/1, PGO/2012/1, PGV/FIN/2012/1 i GRK/R/7/2016, nigdy nie

skorzystała w praktyce z możliwości dokonania zmian ww. opłaty na podstawie kwestionowanych przez Prezesa UOKiK klauzul.

Wyjątek stanowią poniższe wzorce i postanowienia umowne wskazane m.in. w pkt 2a, 2b i 2c sentencji niniejszej decyzji, tj.:

1) Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Zespół NR PGZ/2016/1;

2) Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Zespół NR PGZ/2014/1;

3) Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Zespół NR PGZ/2012/1.

Na mocy tych klauzul umownych Spółka dokonywała zmiany kosztu ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość tego kosztu ochrony jest obliczana indywidualnie dla każdego uczestnika na każdą rocznicę polisy (a w przypadku zmiany - na wniosek ubezpieczającego - zakresu umowy ubezpieczenia w trakcie roku, także na dzień takiej zmiany), zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących danego uczestnika, takich jak wiek uczestnika, ryzyko związane z wykonywanym przez niego zawodem (w tym oceniane w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego), wysokość i zakres ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana uczestnikowi w ramach umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo, jak również innych informacji zawartych w szczególności we wniosku o ubezpieczenie, deklaracji uczestnictwa oraz wypełnianej przez uczestnika ankiecie medycznej.

W odpowiedzi na wezwanie Prezesa UOKiK Spółka przekazała daty ostatniego wykorzystania danego wzorca umownego. Dane te zamieszczono w poniższej tabeli [tp].

Symbol wzorca umownego	Ostatnia umowa ubezpieczenia (wg daty startu ochrony)
BVIP/J/14/2018	[tp]
BVIP/J/15/2019	[tp]
BVIP/J/16/2019	[tp]
WO/IKE/6/2018	[tp]
WO/IKE/7/2019	[tp]
WO/IKZE/7/2018	[tp]
WO/IKZE/8/2019	[tp]
WO/NPER/9/2018	[tp]
WO/NPER/10/2019	[tp]
WO/NPER/11/2019	[tp]
WO/JUN/3/2018	[tp]
WO/JUN/4/2019	[tp]
RK/TZ/1/2019	[tp]
RK/TZ/2/2019	[tp]
GRK/R/7/2016	[tp]

PGO/2012/1	[tp]
PGOF/2017/1	[tp]
PGV/2012/1	[tp]
PGVF/2016/1	[tp]
PGZ/2012/1	[tp]
PGZ/2014/1	[tp]
PGZ/2016/1	[tp]
RUFK/GR/1/2018	[tp]
RUFK/GR/2/2018	[tp]
RUFK/GR/1/2019	[tp]

Spółka oświadczyła także w piśmie z dnia 19 sierpnia 2022r., iż w zakresie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGOF/2017/1 oraz Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGO/2012/1, (w przeciwieństwie do pozostałych wzorców umownych wymienionych w postanowieniu o wszczęciu postępowania na podstawie ww. wzorców) planuje zawierać kolejne umowy grupowego ubezpieczenia na życie na następujących zasadach:

1) we wzorcach: Warunki Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGOF/2017/1 oraz Warunki Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGO/2012/1 zostaną usunięte zakwestionowane przez Prezesa UOKiK postanowienia umowne wskazane w pkt 1. a) i b) sentencji niniejszej decyzji, a w ich miejsce zostaną wprowadzone nowe postanowienia. Tym samym zawarcie nowej umowy ubezpieczenia opartej o jeden z tych wzorców odbędzie się z wyłączeniem klauzul zakwestionowanych w niniejszym postępowaniu. Przyjęcie przez Spółkę tak zmodyfikowanych wzorców umownych nastąpi w terminie do 90 dni od dnia uprawomocnienia się niniejszej decyzji;

2) zastosowanie tak zmodyfikowanych wzorców będzie miało zastosowanie wyłączenie w przypadku zawierania nowej umowy ubezpieczenia w ramach tzw. „holdingu”, tj. w przypadku kiedy podmiotom ubezpieczonym w ramach jednej grupy kapitałowej Spółka złożyła uprzednio zobowiązanie, że kolejne podmioty rozszerzające tę grupę kapitałową również będą uprawnione do zawarcia umowy ubezpieczenia na takim samym wzorcu umownym co wcześniejsze spółki z tej grupy. Zastosowanie tak zmodyfikowanych wzorców umownych będzie miało miejsce w przypadku kilku bądź kilkunastu nowych umów ubezpieczenia rocznie, co stanowi niewielki odsetek wszystkich umów ubezpieczenia zawieranych w danym roku przez Spółkę.

W świetle powyższego Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zważył, co następuje.

A. Naruszenie interesu publicznego

Prezes UOKiK, zgodnie z art. 1 ust. 1 okiU, podejmuje się ochrony interesów konsumentów wyłącznie w interesie publicznym, tzn. wtedy, gdy daną praktyką

przedsiębiorcy może być dotknięty każdy konsument w analogicznych okolicznościach.² Warunkiem koniecznym do uruchomienia instrumentów określonych w tej ustawie jest zatem zaistnienie takiego stanu faktycznego, w którym działania przedsiębiorców naruszają jej przepisy i jednocześnie stanowią zagrożenie dla interesu publicznego, bądź też naruszają ten interes.

Niniejsza decyzja dotyczy stosowania przez Spółkę klauzul niedozwolonych dotyczących zmiany opłat pobieranych w toku wykonywania umów ubezpieczeniowych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a więc praktyki dotyczącej powszechnej usługi Spółki.

Zasięg geograficzny działalności Allianz obejmuje cały kraj. Jak możemy przeczytać o spółkach Grupy Allianz na stronie internetowej grupy³ Allianz Polska jest dziś jedną z najszybciej rozwijających się grup w sektorze ubezpieczeniowo-finansowym. Świadczy kompleksowe usługi dla blisko 1,5 milionom klientów indywidualnych i korporacyjnych. To stawia Grupę Allianz w czołówce instytucji ubezpieczeniowych w Polsce. Oferta Grupy Allianz w Polsce obejmuje produkty ubezpieczeniowe i inwestycyjne oferowane przez sieć wyłączną, a także podmioty współpracujące: brokerów ubezpieczeniowych, multiagencje, dealerów samochodowych, biura podróży, banki i instytucje finansowe.

Z danych tych wynika, że skala prowadzonej działalności gospodarczej jest ogromna. Kwestionowane klauzulesą stosowane przez Spółkę powszechnie w ramach działalności gospodarczej, zatem stosowane są lub mogą być w stosunku do wszystkich konsumentów korzystających z usług świadczonych przez Allianz. Usługi te są z kolei usługami powszechnymi, z których konsumenci korzystają masowo. Oznacza to zatem, że stosowanie wyżej wskazanych postanowień dotyczy nieokreślonego z góry kręgu adresatów. Uznać wobec tego należy, iż niniejsze postępowanie prowadzone jest w interesie publicznym.

A. Uprawdopodobnienie naruszenie art. 23a okikU

Zgodnie z treścią art. 23a okikU, zakazane jest stosowanie we wzorcach umów zawieranych z konsumentami niedozwolonych postanowień umownych, o których mowa w art. 385¹ § 1 kc.

Zgodnie zaś z przepisem art. 385¹ § 1. kc. *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.* Źródłem polskiej regulacji dotyczącej nieuczciwych postanowień umownych jest Dyrektywa Rady 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dziennik Urzędowy L 095, 21/04/1993 P. 0029 - 0034; dalej: **dyrektywa 93/13**), zgodnie z której treścią *warunki umowy, które nie były indywidualnie negocjowane, mogą być uznane za nieuczciwe, jeśli stoją w sprzeczności z wymogami dobrej wiary, powodują znaczącą nierównowagę wynikających z umowy, praw i obowiązków stron ze szkodą dla konsumenta* (art. 3 ust. 1).

Dla uznania danego postanowienia umowy za niedozwolone przestępstwo sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażącego naruszenia interesów konsumenta muszą zachodzić

²Por. Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 13 stycznia 2009 r., sygn. akt: XVII Ama 26/08.

³ https://www.allianz.pl/pl_PL/dla-ciebie/o-allianz/strategia-i-wartosci.html

równocześnie. Z reguły rażąco naruszenie interesu konsumenta jest naruszeniem dobrych obyczajów, ale nie zawsze zachowanie sprzeczne z dobrymi obyczajami rażąco narusza ten interes⁴.

Możliwość uznania postanowienia za niedozwolone zależna jest zatem od łącznego spełnienia następujących przesłanek:

- postanowienie jest stosowane przez przedsiębiorcę wobec konsumentów,
- postanowienie nie zostało indywidualnie uzgodnione,
- postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami,
- postanowienie narusza w sposób rażąco interesy konsumenta,
- postanowienie nie dotyczy sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron,

Kompetencja do uznania danego postanowienia za abuzywne należy do Prezesa UOKiK na podstawie art. 23b ust 1 okikU. Zgodnie z tym przepisem *Prezes Urzędu wydaje decyzję o uznaniu postanowienia wzorca umowy za niedozwolone i zakazującą jego wykorzystywania, jeżeli stwierdzi naruszenie zakazu określonego w art. 23a. W decyzji Prezes Urzędu przytacza treść postanowienia wzorca umowy uznanego za niedozwolone.*

Jeżeli przedsiębiorca przed wydaniem decyzji, o której mowa w art. 23b ust. 1, zobowiąże się do podjęcia lub zaniechania określonych działań zmierzających do zakończenia naruszenia zakazu, o którym mowa w art. 23a, lub usunięcia skutków tego naruszenia, Prezes Urzędu może, wydając decyzję, o której mowa w art. 23b ust. 1, zobowiązać przedsiębiorcę do wykonania tych zobowiązań. (art. 23c ust 1 okikU). W takiej sytuacji przepisów art. 23b ust. 2 pkt 1 i art. 106 ust. 1 pkt 3a nie stosuje się.

Decyzja ta po uprawomocnieniu, zgodnie z art. 23d okikU, ma skutek wobec przedsiębiorcy, co do którego stwierdzono stosowanie niedozwolonego postanowienia umownego oraz wobec wszystkich konsumentów, którzy zawarli z nim umowę na podstawie wzorca wskazanego w decyzji.

Stosowanie wzorców umów przez Przedsiębiorcę w relacjach z konsumentami

Allianz, a uprzednio Aviva, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, w stosunkach z konsumentami przy zawieraniu umów o świadczenie usług ubezpieczenia postuluje się lub postulował się m.in. następującymi wzorcami umów:

1. Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGO/2017/1,
2. Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun VIP NR PGVF/2016/1,
3. Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2016/1,
4. Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGO/2012/1,
5. Warunki Ogólne Klauzuli Kapitałowej NR PGV/FIN/2012/1,
6. Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2014/1,

⁴ por. wyrok Sądu Najwyższego - dalej: SN - z 13 października 2010 r., sygn. akt I CSK 694/09

7. Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2012/1,
8. Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/GR/1/2018),
9. Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/GR/1/2019),
10. Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/GR/2/2018),
11. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP (BVIP/J/14/2018),
12. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP (BVIP/J/15/2019),
13. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP (BVIP/J/16/2019),
14. Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKE/6/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne KONTO EMERYTALNE AVIVA,
15. Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKE/7/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne KONTO EMERYTALNE AVIVA,
16. Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKZE/7/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INDYWIDUALNE KONTO ZABEZPIECZENIA EMERYTALNEGO AVIVA,
17. Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKZE/8/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INDYWIDUALNE KONTO ZABEZPIECZENIA EMERYTALNEGO AVIVA,
18. Wykaz Opłat (WO/NPER/9/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA,
19. Wykaz Opłat (WO/NPER/10/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA,
20. Wykaz Opłat (WO/NPER/11/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA,
21. Wykaz Opłat i Limitów (WO/JUN/3/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO,
22. Wykaz Opłat i Limitów (WO/JUN/4/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO,
23. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej na Życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) (RK/TZ/1/2019),
24. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej na Życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) (RK/TZ/2/2019).
25. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Gwarantowanej Renty Kapitałowej (GRK/R/7/2016).

Sprzeczność z dobrymi obyczajami

Klauzula generalna dobrych obyczajów stanowi odesłanie do ocen uzasadniających reguły moralne opierające się na wartościach powszechnie akceptowanych w Polsce. Dobre obyczaje pojmowane są również jako reguły postępowania zgodne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie normami i zasadami postępowania. Kryteriami decydującymi o sprzeczności z dobrymi obyczajami są wymóg nieusprawiedliwionego pokrzywdzenia i działanie wbrew dobrej wierze i uczciwości. Przyjmuje się, iż nieusprawiedliwione pokrzywdzenie zachodzi wówczas, gdy stosując ogólne warunki umów lub wzorce, próbuje się chronić własne interesy kosztem partnera, bez dostatecznego brania pod uwagę jego interesów i bez przyznania mu wyrównania z tego tytułu.

Poprzez dobre obyczaje rozumiemy pewien powtarzalny wzorzec zachowań, który jest aprobowany przez daną społeczność lub grupę. Są to pozaprawne normy postępowania, którymi przedsiębiorcy winni się kierować. Ich treści nie da się określić w sposób wyczerpujący, ponieważ kształtowane są przez ludzkie postawy uwarunkowane zarówno przyjmowanymi wartościami moralnymi, jak i celami ekonomicznymi i związanymi z tym praktykami życia gospodarczego. Wszystkie one podlegają zmianom w ślad za

zmieniającymi się ideologiami politycznymi i społeczno-gospodarczymi oraz przewartościowaniami moralnymi. W szczególności zaś, dobre obyczaje to normy postępowania polecające nienadużywanie w stosunku do słabszego uczestnika obrotu posiadanej przewagi ekonomicznej.

Dobre obyczaje pozostają klauzulą generalną, która podlega konkretyzacji na okoliczność danego stanu faktycznego. Zgodnie z poglądem doktryny, sprzeczne z dobrymi obyczajami są działania, które zmierzają do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania u klienta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności (...), czyli takie działanie, które potocznie określone jest jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające in minus od przyjętych standardów postępowania. W stosunkach z konsumentami „dobry obyczaj” powinien wyrażać się we właściwym informowaniu o przysługujących uprawnieniach, niewykorzystywaniu pozycji profesjonalisty i rzetelnym traktowaniu partnerów umów. W takich stosunkach szczególne znaczenie mają te oceny zachowań podmiotów w świetle dobrych obyczajów, które odwołują się do takich wartości jak: szacunek wobec partnera, uczciwość, szczerłość, zaufanie, lojalność, rzetelność i fachowość.

Rażące naruszenie interesów konsumenta

Daną klauzulę będzie można uznać za abuzywną, kiedy umowne ukształtowanie praw i obowiązków konsumenta rażąco narusza jego interesy. Generalnie można przyjąć, iż chodzi tu o sytuacje, w których w sposób rażąco naruszona została równowaga interesów stron umowy i to przez to, iż jedna z nich wykorzystwała swoją przewagę, układając ogólne warunki lub wzorce umowne. Pojęcie „interesów” konsumenta należy interpretować szeroko, nie tylko jako niekorzystne ukształtowanie jego sytuacji ekonomicznej. Należy tu uwzględnić także takie aspekty, jak niedogodności organizacyjne, stratę czasu, dezorganizację, wprowadzenie w błąd, nierzetelne traktowanie czy naruszenie prywatności konsumenta (por. wyrok SN z 8 czerwca 2004r., I CK 635/03).

Interpretacji, kiedy mamy do czynienia z rażącym naruszeniem interesów konsumenta, a kiedy tylko ze zwykłym nie można sprowadzać do kategorii czysto ekonomicznej, gdyż nie chodzi tu o kryteria rachunkowe, a więc porównanie pieniężnej wartości świadczeń. Określenie „rażąco” należy odnieść do znacznego odbiegania przyjętego uregulowania od zasad uczciwego (słusznego) wyważenia praw i obowiązków. Za tego typu zasady konstruuujące modelowe (optymalne) ukształtowanie praw i obowiązków umownych stron uznawane są przepisy ustawowe o charakterze dyspozytywnym. Stąd też nie jest możliwe ustalenie pewnych ogólnych kryteriów, których spełnienie w każdej sytuacji automatycznie prowadzić będzie do uznania, że interesy danego konsumenta zostały rażąco naruszone. Oznacza to, że ocena, czy postanowienia zawartej umowy rażąco naruszają interesy konsumenta, powinna być dokonywana *in concreto*, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danego przypadku. W tym zakresie zasadne jest ponadto sięgnięcie do dyrektywy 93/13, która stanowi, że daną klauzulę należy uznawać za niedozwoloną, gdy naruszając zasadę wzajemnego zaufania, powoduje znaczącą (istotną) i nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta (art. 3 ust. 1). W związku z tym pojęcie „rażącego naruszenia interesów konsumenta” można utożsamiać z istotną i nieusprawiedliwioną dysproporcją praw i obowiązków na jego niekorzyść. Ponadto, przy określaniu stopnia naruszenia interesów konsumenta należy stosować nie tylko kryteria obiektywne (np. wielkość poniesionych czy groźących strat), lecz również względy subiektywne związane bądź to z przedsiębiorcą (np. renoma firmy), bądź to z konsumentami

(np. seniorzy, dzieci). Konieczne jest zbadanie, jaki jest zakres grożących potencjalnemu konsumentowi strat lub niedogodności⁵

W dotychczasowym orzecznictwie dotyczącym uznawania postanowień umowy za niedozwolone kluczowym orzeczeniem, powoływanym w uzasadnieniach wielu późniejszych wyroków, jest wyrok SN z 13 lipca 2005r. I CK 832/04.

Sąd Najwyższy dokonał w nim wykładni art. 385¹ k.c. wskazując, iż rażące naruszenie interesów konsumenta oznacza **nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym**, natomiast działanie wbrew dobrym obyczajom w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w **tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku**. Obie, wskazane w tym przepisie, formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają zakres określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. W ujęciu proponowanym przez Sąd Najwyższy, wyznacznikiem dobrych obyczajów jest interes konsumenta w stosunku umownym z przedsiębiorcą. Sprzeczne z dobrymi obyczajami są postanowienia umowne godzące w równowagę kontraktową stron, nierówno rozkładające prawa i obowiązki stron, przy czym ta nierówność ma dotyczyć praw i obowiązków teoretycznie słabszej strony, czyli konsumenta.

Pomocne przy ocenie abuzywnego charakteru postanowienia wzorca umowy może być dokonanie testu weryfikacji „przyzwoitości” danej klauzuli. Należy w związku z tym zbadać, czy oceniane postanowienie wzorca umowy jest sprzeczne z ogólnym wzorcem zachowań przedsiębiorców wobec konsumentów. Wymaga to ustalenia, jak wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta w braku takiej klauzuli lub przy zastosowaniu istniejących przepisów o charakterze dyspozytywnym. Jeżeli konsument byłby - na podstawie ogólnych przepisów - w lepszej sytuacji, gdyby konkretnego postanowienia wzorca nie było, należy przyjąć, że może ono mieć charakter abuzywny (por. wyrok SN z 19 marca 2007r., III SK 21/06).

Należy zgodzić się z opinią Sądu Apelacyjnego w Warszawie (sygn. akt VI ACa 1505/05), że naruszenie interesów konsumenta, aby było rażące, musi być doniosłe czy też znaczące.

Postanowienia określające główne świadczenia stron

Przez pojęcie „głównych świadczeń stron” należy zasadniczo rozumieć elementy przedmiotowo istotne (*essentialia negotii*) umowy, które przyjmowane są przez strony na zasadzie wyraźnego, a nie domniemanego konsensusu, co wskazuje na indywidualne uzgodnienie treści tych postanowień. Nie ulega wątpliwości, że w praktyce są to postanowienia określające cenę oraz przedmiot świadczeń stron umowy. Za postanowienia określające świadczenia główne stron nie są natomiast uznawane postanowienia dotyczące świadczeń ubocznych, np. odsetki za opóźnienie lub klauzule, które wywierają wpływ na wysokość świadczenia głównego, np. klauzule waloryzacyjne⁶.

Jak podkreśla się w orzecznictwie SN, pojęcie głównych świadczeń stron należy interpretować raczej wąsko, w nawiązaniu do elementów przedmiotowo istotnych umowy. Ustawodawca posłużył się bowiem terminem „postanowienia określające główne świadczenia stron”, a nie zwrotem „dotyczące” takiego świadczenia, który ma szerszy

⁵ por. wyrok SA z 13 marca 2014r., VI ACa 1733/13 i wyrok SOKiK z 26 maja 2015r., XVII AmC 2615/14).

⁶ (por. wyrok SOKiK z 1 marca 2007r., XVII AmC 12/06, LEX nr 311031)

zakres⁷. Z drugiej jednak strony należy odnotować pogląd, iż dla określenia pojęcia głównego świadczenia stron nie ma przesądającego znaczenia to, czy dane świadczenie należy do *essentialia negotii*. Z tej przyczyny zasięg tego pojęcia musi być zawsze ustalany *ad casum* z uwzględnieniem wszystkich postanowień oraz charakteru i celu zawieranej umowy⁸.

Przesłanka braku indywidualnego uzgodnienia

W przypadku postępowania w sprawie uznania postanowienia za niedozwolone przesłanka braku indywidualnego uzgodnienia nie ma znaczenia wobec abstrakcyjnego charakteru kontroli postanowienia wzorca umowy. Prezes UOKiK, nie bada w niniejszym postępowaniu konkretnych stosunków istniejących pomiędzy kontrahentami, ale wzorzec i treść hipotetycznych stosunków, jakie powstałyby pomiędzy Allianz, a potencjalnym konsumentem. Nie ma zatem znaczenia, czy jakaś konkretna umowa była między stronami negocjowana ani nawet czy wzorzec był, czy też nie był zastosowany przy zawieraniu jakiegokolwiek konkretnej umowy. Kontrola ta ma bowiem charakter oceny *ex ante* i obejmuje wzorzec, nie zaś konkretną umowę. Istotny jest zatem fakt, że Allianz wprowadził oceniany wzorzec do obrotu poprzez wystąpienie z ofertą zawarcia umowy z jego wykorzystaniem.

Klauzule szare

Katalog przykładowych klauzul abuzywnych określony w art. 385³ k.c. zawiera najbardziej typowe i znane z praktyki obrotu postanowienia naruszające równowagę kontraktową stron. Samo jednak zamieszczenie klauzuli wśród postanowień wymienionych w omawianym katalogu nie powinno przesądzać automatycznie o jej niedozwolonym charakterze. Nie jest bowiem wykluczone, iż konkretna klauzula, mimo iż objęta listą, nie ma niedozwolonego charakteru. W konkretnym przypadku może się okazać, iż nie prowadzi ona do rażącego naruszenia interesów konsumentów. Dlatego też katalog klauzul zawarty w art. 385³ k.c. należy traktować jako listę tzw. klauzul szarych.

Jak wynika z orzecznictwa SN, postanowienie umowne, które zostało umieszczone w przykładowym katalogu nieuczciwych postanowień umownych nie jest *per se* nieuczciwym postanowieniem umownym. Treść tego katalogu nie przesądza statusu danego postanowienia jako niedozwolonego postanowienia umownego (postanowienia wzorca umowy). Wykaz ten należy kwalifikować jako swoistą wskazówkę co do rodzaju postanowień, które mogą budzić zastrzeżenia z punktu widzenia ich zgodności z interesami i uprawnieniami konsumentów⁹.

Ocena postanowień umowy stosowanych przez przedsiębiorcę

W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, iż, zgodnie z art. 33 ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 895) zakład ubezpieczeń może dokonywać indeksacji składki ubezpieczeniowej oraz **innych opłat pobieranych od ubezpieczającego lub należnych ubezpieczającemu z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia**, pod warunkiem przedstawienia w niej metod, według których dokonuje się indeksacji, i terminów, w których się jej dokonuje.

⁷ (por. wyrok SN z 8 czerwca 2004r., I CK 635/03, LEX nr 846537)

⁸ wyrok SN z 8 listopada 2012r., I CSK 49/12

⁹ wyrok SN z 11 października 2007r., III SK 19/07, LEX nr 496411

Z przepisu tego wynika, że towarzystwa ubezpieczeniowe mają prawo do zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej oraz **innych opłat pobieranych od ubezpieczającego lub należnych ubezpieczającemu z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.**

Warunkiem jednak jest określenie metod, według których dokonuje się indeksacji i terminów, w których się jej dokonuje.

W zakresie metod dokonywania indeksacji oraz terminów, w których się ich dokonuje ustawodawca w cytowanej wyżej ustawie nie określił wymagań, jakie winny one spełniać.

W tym zakresie przesłanki związane z przyjętymi przez Spółkę metodami indeksacji składek i innych opłat podlegają ocenie w kontekście dobrych obyczajów i naruszenia w sposób rażący interesów konsumentów, zgodnie z treścią art. 385¹ k.c. i art. 385³ k.c. W tym zatem kontekście należy przeanalizować postanowienia umowne wymienione w sentencji niniejszej decyzji. Klauzule kwestionowane w niniejszej decyzji mają *de facto* ten sam charakter i mają na celu umożliwienie Allianz zmianę warunków umów ubezpieczenia na życie w trakcie ich trwania w postaci zmiany wysokości składek i innych opłat uiszczanych przez konsumentów pobieranych od ubezpieczającego lub należnych Spółce z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia. Postanowienia te dotyczą więc metod według których dokonuje się indeksacji składek i opłat, i terminów, w których się jej dokonuje, o których mowa w art. 33 ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Postanowienia te zawierają podobny mechanizm zmiany wysokości opłat.

Główne świadczenia stron

Rozważania na temat głównego świadczenia stron są wspólne dla wszystkich kwestionowanych w niniejszym postanowieniu klauzul wzorców umów, gdyż wszystkie te klauzule dotyczą zmiany opłat pobieranych przez Spółkę w toku trwania umowy oraz wskaźników stosowanych przez Spółkę.

Możliwość jednostronnej zmiany w trakcie trwania umowy wysokości składki i opłat wskazanych w klauzuli czy wskaźnika, co prawda ma wpływ na świadczenie główne, ale nim nie jest. Świadczy o tym fakt, że bezskuteczność tego postanowienia nie wpływa na prawa i obowiązki stron umowy - umowa ubezpieczenia jest ważna, ale przedsiębiorca traci możliwość podwyższenia wskazanych opłat czy też wskaźników.

Co więcej, literalnie rzecz ujmując nie dotyczą one *stricte* świadczeń, ale regulują kwestię związane ze zmianą tych świadczeń. **Kwestionowane postanowienia nie określają bowiem głównego świadczenia konsumenta w postaci składki ubezpieczeniowej, ale wprowadzają możliwość jednostronnej zmiany opłat uiszczanych przez konsumenta w toku trwania umowy, opłat pobieranych z aktywów danego funduszu podczas ich wyceny oraz wskaźników.**

Mimo, że opłaty odliczane są z pobranych od ubezpieczających lub ubezpieczonych wpłat to nie stanowią składki ubezpieczeniowej *sensu stricte*. Odliczanie ich od świadczenia konsumenta ma, w ocenie Prezesa UOKiK, na celu uproszczenie relacji i rozliczeń konsumenta z Przedsiębiorcą. Trudno sobie bowiem wyobrazić sensowność oddzielnego uiszczania składki ubezpieczeniowej i opłat.

Co więcej niektóre z kwestionowanych opłat pobierane są z aktywów danego funduszu więc nie mają żadnego związku z wpłatą składek przez konsumenta.

Należy zatem podkreślić, iż kwestionowane postanowienia umowne nie dotyczą głównych świadczeń stron w umowie, gdyż nie określają przedmiotu świadczenia konsumenta, ale jedynie przesłanki zmiany tego świadczenia, które, są dodatkowo niejednoznacznie określone. Te same uwagi można odnieść do przesłanek zmiany

miesięcznego wskaźnika kosztu ochrony ubezpieczeniowej, a także możliwości podwyższenia minimalnej wartości do przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe, gdyż nie stanowią one świadczeń ze strony konsumenta, a jedynie mogą mieć na nie pośredni wpływ.

Wśród kwestionowanych postanowień wzorców umów można wyróżnić 6 grup w zależności od rodzaju opłat, których dotyczą i regulacji sposobu podwyższania ich wysokości oraz wskaźników, które mają wyznaczać wysokość tych podwyżek.

1.

W pierwszej grupie postanowienia te dotyczą:

- a) możliwości podwyższenia opłat pobieranych w czasie wykonywania umowy - administracyjnej, manipulacyjnej oraz operacyjnej,
- b) częstotliwości podwyższania danej opłaty - raz w roku ubezpieczenia,
- c) ogólnego wskaźnika, o jaki opłata podlegać będzie podwyższeniu, który będzie ustalany przez Allianz,
- d) nieprecyzyjnego określenia górnej granicy wskaźnika, o który opłata ulegnie podwyższeniu,
- e) wskazania, iż podwyższenie opłaty nie stanowi zmiany umowy i nie wymaga zgody ubezpieczającego.

Klauzule umowne wymienione w pkt. I.1. sentencji niniejszej decyzji dotyczą zmiany opłat administracyjnej, alokacyjnej, manipulacyjnej, opłat operacyjnych. Ich treść jest niemal identyczna i zauważone różnice nie wpływają na ocenę abuzywności każdego z nich. Niemniej jednak, z uwagi na niewielkie różnice redakcyjne ujęto je w poszczególnych podpunktach [pkt. I.1.a)-d)], w których znajdują się postanowienia o identycznej treści.

Przykładem takiego postanowienia jest to zawarte w § 29 wzorca Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym OPIEKUN NR PGO/2017/1, o treści:

OPŁATY, INDEKSACJA OPŁAT

1. Wysokości opłat administracyjnej, alokacyjnej, manipulacyjnej, opłat operacyjnych oraz procentowych opłat za wypłatę wartości rachunku są określone w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość opłaty administracyjnej, manipulacyjnej oraz operacyjnej może podlegać podwyższeniu. Podwyższenie następuje nie częściej niż raz w danym roku ubezpieczenia.
3. Podwyższenie wysokości opłat następować będzie zgodnie ze wskaźnikiem ustalonym przez Towarzystwo, który nie przekroczy jednak wysokości większego z następujących wskaźników: wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego obejmujących okres od pierwszego dnia miesiąca, w którym ustalono wysokość opłat do pierwszego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym ustalona została nowa wysokość opłat.
4. Zmiana wysokości opłat zgodnie z powyższymi zasadami nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia i nie wymaga zgody ubezpieczającego. Towarzystwo zobowiązane jest do niezwłocznego poinformowania ubezpieczającego o podwyższeniu wysokości opłat.

Postanowienia z tej grupy zostały zawarte w poniższych wzorcach wymienionych w sentencji niniejszej decyzji:

- § 29 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGO/2017/1 - [grupa I.1.a) sentencji decyzji],
- § 23 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun VIP NR PGV/2016/1 - [grupa I.1.a) sentencji decyzji],
- § 27 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2016/1 - [grupa I.1.a) sentencji decyzji],
- § 28 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGO/2012/1 - [grupa I.1.b) sentencji decyzji],
- § 9 Warunków Ogólnych Klauzuli Kapitałowej NR PGV/FIN/2012/1 - [grupa I.1.c) sentencji decyzji],
- § 26. Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2014/1 - [grupa I.1.d) sentencji decyzji],
- § 22 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2012/1 - [grupa I.1.d) sentencji decyzji].

Status konsumenta jako uczestnika ubezpieczenia grupowego

W przypadku ubezpieczeń grupowych mamy do czynienia z co najmniej trzema podmiotami, których dotyczy stosunek prawny ubezpieczenia. Zgodnie z ww. wzorcami należy wyróżnić przede wszystkim towarzystwo ubezpieczeniowe, ubezpieczającego oraz uczestnika (ubezpieczonego).

Pomijając oczywistą rolę towarzystwa ubezpieczeniowego, którą wg. wzorców umownych pełni Allianz (uprzednio Aviva)¹⁰, należy wyjaśnić, iż ubezpieczający to *osoba fizyczna, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia*. Uczestnik zaś to *osoba, na rzecz której umowa ubezpieczenia została zawarta (osoba ubezpieczona), przy czym uczestnikiem może być również ubezpieczający będący osobą fizyczną*. Wzorzec umowny dopuszcza zatem, by ubezpieczającym czyli osobą, która dokonuje czynności prawnej z towarzystwem ubezpieczeniowym była osoba fizyczna. Można także wyobrazić sobie sytuację, w której ta czynność prawna nie będzie związana bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową¹¹. Co do zasady zatem ubezpieczający może być uznany za konsumenta w tym stosunku prawnym, a zatem postanowienia analizowane w niniejszym punkcie mogą być oceniane na podstawie art. 385¹-385³ kc pod kątem ich abuzywności.

Dodatkowo, w przypadku umów grupowych należy mieć na względzie przepis szczególnie w postaci art. 808 § 5 kc dotyczący zawierania umów ubezpieczenia na cudzy rachunek. Zgodnie z tym przepisem, *jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹-385³ stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego (w niniejszym przypadku zwanego uczestnikiem)*.

Zgodnie z § 14 ust. 1 wzorca umowy¹² to *ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę regularną z tytułu ubezpieczenia każdego z uczestników*,

¹⁰ § 1 pkt 20) Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGO/2017/1 oraz analogiczne postanowienia w pozostałych wzorcach

¹¹ Zgodnie art. 22¹ kc za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową.

¹² Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun NR PGO/2017/1 oraz analogiczne postanowienia w pozostałych wzorcach

w wysokości i z częstotliwością oznaczoną w umowie ubezpieczenia, a zgodnie z art. 808 § 2 kc roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu.

Mimo to koszty ubezpieczenia w postaci opłat administracyjnej, alokacyjnej, manipulacyjnej, opłat operacyjnych oraz procentowych opłat za wypłatę wartości rachunku obciążają finalnie ubezpieczonego (uczestnika), który w tych stosunkach, jest konsumentem. Jego udział w tym stosunku nie jest bowiem bezpośrednio związany z jego działalnością gospodarczą lub zawodową. To bowiem ubezpieczony uiszcza kwotę, z której pokrywane są wyżej wymienione opłaty, zaś ubezpieczający jedynie ją odprowadza na rzecz towarzystwa. Zatem to ubezpieczony ponosi opłaty, o których mowa w kwestionowanym postanowieniu wzorca umowy i ponosi w sposób bezpośredni konsekwencje zmiany tych opłat przez towarzystwo ubezpieczeniowe.

Postanowienia wskazane w pkt I.1.a)-d) dotyczące opłat dotyczą zatem praw i obowiązków ubezpieczonego/uczestnika w rozumieniu art. 808 § 5 kc, jako osoby, która realnie te koszty ponosi. Z przepisu tego wynika zatem wprost, iż do postanowienia dotyczącego opłat administracyjnej, alokacyjnej, manipulacyjnej, opłat operacyjnych oraz procentowych opłat za wypłatę wartości rachunku obciążają ubezpieczonego, w tym ich zmiany należy stosować art. 385¹-385³ kc. Możliwa jest zatem ocena abuzywności postanowień dotyczących opłat, gdyż dotyczą one praw i obowiązków uczestnika (ubezpieczonego).

Podsumowując kwestionowane w niniejszym punkcie decyzji klauzule dotyczą zarówno ubezpieczającego, jak i ubezpieczonego i mogą być analizowane pod kątem ich abuzywności zarówno z punktu widzenia ubezpieczającego (niezależnie czy jest on jednocześnie ubezpieczonym, gdyż także jako ubezpieczający dokonujący czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jego działalnością gospodarczą lub zawodową jest konsumentem), jak i ubezpieczonego (uczestnika).

Naruszenie dobrych obyczajów

W pierwszej kolejności, wskazać należy, iż zakwestionowane postanowienia są odpowiednikami niedozwolonych postanowień wskazanych w art. 385³ pkt 10 i 19 k.c., zgodnie z którymi - *w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności:*

- *uprawniają kontrahenta konsumenta do jednostronnej zmiany umowy bez ważnej przyczyny wskazanej w tej umowie;*
- *przewidują wyłącznie dla kontrahenta konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia.*

Należy także zauważyć, że w kwestionowanych postanowieniach Allianz nie wskazuje konsumentom precyzyjnych podstaw/przesłanek podwyżki opłat. Podaje jedynie, iż podwyżka ma wynikać z bliżej nieokreślonego wskaźnika ustalanego przez Allianz i nie przekraczać wzrostu wynikającego z wysokości większego z następujących wskaźników:

- wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub
- wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw

ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny obejmujący okres od pierwszego dnia miesiąca, w którym ustalono wysokość opłat do pierwszego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym ustalona została nowa wysokość opłat.

Regulacja ta nie wskazuje także za jaki okres będą brane pod uwagę ww. wskaźniki wzrostu cen towarów i usług lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia. Wskazuje jedynie, że wskaźniki będą obejmować okres między podwyżkami, co również nie wyjaśnia czy będzie to wskaźnik miesięczny, kwartalny czy jeszcze inny. Postanowienie nie wskazuje zatem czy ewentualne zmiany wysokości wskaźników będą brane pod uwagę w relacjach miesiąc do miesiąca, kwartał do kwartału czy rok do roku, co jest w przypadku wybranych przez przedsiębiorcę wskaźników niezwykle istotne. Należy bowiem mieć na uwadze, że Główny Urząd Statystyczny publikuje wiele wskaźników, które mogą odpowiadać określeniu: wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych. Na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego publikowane są bowiem:

- roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- półroczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- kwartalne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- miesięczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych.

Klauzula nie wskazuje także jaki wskaźnik wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw będzie brany pod uwagę.

Kwestionowana klauzula nie wskazuje również, o ile używane wskaźniki muszą się zmienić, aby można było dokonać podwyższenia opłat. Oznacza to, że każdy wzrost tych wskaźników uzasadnia zmianę, niezależnie czy jest to wzrost o 0,001% czy o 10%. W tym zakresie kwestionowane postanowienia wypełniają normę z art. 385³ pkt 10 k.c., który stwierdza, że zmiana umowy może być spowodowana jedynie ważną przyczyną. Nieznaczny zaś wzrost wskaźnika użytego w postanowieniu taką przyczyną nie jest. Poza brakiem precyzyjnego określenia przestanki zmiany opłat pobieranych w toku trwania umowy ww. postanowienie wskazuje także, iż taka zmiana warunków umowy nie stanowi zmiany umowy i nie wymaga zgody konsumenta. Konsument nie ma zatem możliwości zareagowania na taką zmianę i ewentualnego wypowiedzenia umowy w sytuacji niez zaakceptowania zmian warunków umowy. Należy przy tym zauważyć, iż analizowane postanowienie nie stanowi klauzuli waloryzacyjnej, w której to zmiana wysokości stawek umownych byłaby uzależniona wprost i automatycznie od zmiany określonych czynników ekonomicznych. W takiej sytuacji bowiem wysokość pobieranych opłat mogłaby też ulegać automatycznemu obniżeniu, jeżeli obniżyłyby się wskazane w klauzuli czynniki ekonomiczne.

Kwestionowane postanowienia przyznają zatem wyłącznie przedsiębiorcy prawo do jednostronnej zmiany warunków umowy bez ważnej przyczyny wskazanej w tej umowie. Zmiana ta dotyczy zaś istotnej cechy świadczenia w postaci wysokości opłat regularnie uiszczanych przez konsumentów w trakcie wykonywania umowy. Poza składką ubezpieczeniową jest to najistotniejsza cecha produktu ubezpieczeniowego z punktu widzenia świadczeń konsumenta na rzecz przedsiębiorcy. Allianz przyznaje sobie prawo do jednostronnego podwyższenia różnych opłat nie wskazując precyzyjnych przyczyn tej zmiany nie wspominając o zasadności tych przyczyn. Sama już literalna treść klauzul wskazuje zatem, iż wypełniają one hipotezę wymienionych wyżej klauzul szarych wymienionych w art. 385³ pkt 10 i 19 k.c.

Uczciwość w relacji z konsumentami nakazuje przedsiębiorcy wykonywanie usługi na warunkach wskazanych w umowie i zgodnie z jej postanowieniami w kształcie, jaki istniał w momencie zawarcia umowy, a wszelkie dozwolone modyfikacje świadczeń obu stron umowy lub jej treści powinny zostać określone w tychże umowach, aby konsument zawierając umowę ubezpieczenia na życie mógł przewidzieć, pod jakimi warunkami możliwa jest zmiana np. opłat. Dopiero ziszczenie się precyzyjnie określonej przestanki wskazanej

w klauzuli modyfikacyjnej zezwalałoby przedsiębiorcy na dokonanie zmian w przyjętym wcześniej zobowiązaniu lub w treści łączącego strony stosunku prawnego.

Niezamieszczenie we wzorcu odpowiedniej precyzyjnej klauzuli modyfikacyjnej nie daje Spółce uprawnienia do zmiany stosunku obligacyjnego poprzez podwyższenie opłat uiszczanych w toku wykonywania umowy. Tym samym klauzula wprowadzająca taką możliwość narusza dobre obyczaje i negatywnie wpływa na sytuację konsumentów-ubezpieczonych/ubezpieczających. W ocenie organu ochrony konsumentów, zmiana warunków świadczenia usług i treści umowy dokonana przez Spółkę byłaby możliwa jedynie poprzez zgodne oświadczenie woli stron umowy, a nie jednostronne narzucenie jej przez przedsiębiorcę - słabszej stronie umowy, czyli konsumentom.

Należy także zauważyć istotną okoliczność, iż Allianz nie przewiduje obniżki wysokości pobieranych opłat. Jedyna jednostronna zmiana, jaką przewidują ww. postanowienia polega na podwyższeniu opłat. W efekcie spadek wskaźnika, którym może kierować się Allianz, nie doprowadzi do spadku opłat.

Rażące naruszenie interesów konsumentów

W przypadku niniejszych postanowień rażące naruszenie interesów konsumentów polega na pozbawieniu konsumentów możliwości kontynuowania umów na określonych warunkach. Zmiana warunków umowy poprzez jedynie podwyższenie opłat ma nie stanowić zmiany umowy i może być dokonywana przez przedsiębiorcę dowolnie bez możliwości reakcji ze strony konsumenta, chociażby w postaci możliwości wypowiedzenia umowy. W przypadku bowiem podjęcia przez konsumenta (uczestnika) decyzji o pozostaniu dalej stroną umowy łączącej go ze Spółką na zmienionych warunkach naruszenie interesów konsumenta polegać będzie na konieczności ponoszenia wyższych opłat bez zmiany jakości usług, co stanowi konieczność uiszczania wyższej opłaty.

Tym samym ww. postanowienia odpowiadają klauzulom szarym wskazanym w art. 385¹ § 1 k.c. w zw. z art. 385³ pkt 10 i 19 k.c.

Konsekwencją powyższego jest uznanie, że zakwestionowane klauzule, które:

- nie wskazują konsumentom precyzyjnych podstaw/przesłanek podwyżki opłat,
- nie wskazują wysokości wzrostu wartości danego wskaźnika uprawniającej do zmiany umowy,
- nie określają za jaki okres dany wskaźnik jest brany pod uwagę przy ustalania zmiany jego wartości,
- przyznają przedsiębiorcy uprawnienia jedynie do podwyższenia opłat bez możliwości ich obniżenia w przypadku obniżenia wartości używanych wskaźników,
- nie określają terminu wprowadzenia zmian umowy od momentu wystąpienia zmiany wartości wskaźnika,
- nie uprawniają konsumenta do wypowiedzenia umowy z uwagi na jej zmianę,

nie uwzględniają i nie zabezpieczają interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co prowadzi do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco dla niego niekorzystny. Przedmiotowe zapisy, w ocenie Prezesa UOKiK, kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

2.

W drugiej grupie postanowienia dotyczą:

- a) możliwości podwyższenia kwoty pobieranej w czasie wykonywania umowy w postaci kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej,
- b) możliwości podwyższenia składki ubezpieczeniowej w czasie wykonywania umowy przy jednoczesnym zachowaniu dotychczasowej wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika albo obniżeniu wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika - w przypadku, gdy w wyniku dokonania zmian, o których mowa powyżej, wysokość części kapitałowej składki spadła poniżej minimum określonego przez Towarzystwo,
- c) skutków dla konsumenta w przypadku wyrażenia przez niego sprzeciwu co do zmiany kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej.

Przykładem takiego postanowienia jest to zawarte we wzorcu Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2014/1, o treści:

§ 18.

ZMIANY W ROCZNICĘ UBEZPIECZENIA

1. Towarzystwo może, ze skutkiem na rocznicę ubezpieczenia, dokonać podwyższenia kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi. Ponadto Towarzystwo dokonuje zmiany wysokości składki regularnej opłacanej z tytułu ubezpieczenia danego uczestnika o ustalony przez Towarzystwo wskaźnik procentowy, przy jednoczesnym:

1) zachowaniu dotychczasowej wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika albo;

2) obniżeniu wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika - w przypadku, gdy w wyniku dokonania zmian, o których mowa powyżej, wysokość części kapitałowej składki spadła poniżej minimum określonego przez Towarzystwo.

2. Zmiana kosztu ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa powyżej, jest wynikiem obliczeń dokonanych przez Towarzystwo w sposób określony w § 14 ust. 2.

3. O podjęciu decyzji, o której mowa w ustępach poprzedzających, Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego nie później niż na sześćdziesiąt dni przed rocznicą ubezpieczenia, w którą ma nastąpić zmiana, wyznaczając jednocześnie ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż trzydzieści dni, w którym może on przedstawić Towarzystwu własną propozycję odnośnie wysokości i zakresu ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi oraz wysokości składek regularnych lub wypowiedzieć umowę ubezpieczenia. O ile ubezpieczający nie przedstawi Towarzystwu własnej propozycji zmian albo nie skorzysta z uprawnienia do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, zmiana jest skuteczna począwszy od najbliższej rocznicy ubezpieczenia.

4. W przypadku sprzeciwu wobec propozycji wskazanych w ust. 1 oraz braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia do dnia rocznicy ubezpieczenia, z dniem rocznicy wygasają dodatkowe umowy ubezpieczenia, a ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy głównej jest kontynuowana na kolejny roczny okres przy zachowaniu wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia wskazanej w propozycji o której mowa w ust. 1.

5. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, umowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa powyżej.

O ile strony nie postanowią inaczej, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym również w przypadku, gdy po otrzymaniu propozycji ubezpieczającego strony nie dojdą do porozumienia odnośnie zakresu zmian dotyczących ubezpieczenia poszczególnych uczestników, jak również w razie nieuzyskania przez ubezpieczającego uprzedniej zgody wszystkich uczestników na dokonanie zmian - w przypadku gdy wyrażenie zgody jest warunkiem skuteczności zmiany umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku gdy propozycja zmian przedstawiona przez ubezpieczającego wiąże się ze wzrostem wysokości ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi lub rozszerzeniem zakresu tej ochrony, Towarzystwo może uzależnić zgodę na dokonanie zmian od udzielenia przez uczestników, których zmiana dotyczy, informacji o stanie zdrowia.

Postanowienia z tej grupy zostały zawarte w poniższych wzorcach wymienionych w sentencji niniejszego postanowienia:

- a) § 18. Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2014/1 [pkt I.2.a) sentencji decyzji],
- b) § 18. Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2016/1 (pkt I.2.b) sentencji decyzji],
- c) § 15 Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2012/1 (pkt I.2.c) sentencji decyzji].

Status konsumenta jako uczestnika ubezpieczenia grupowego

Jak już wspomiano w przypadku pierwszej grupy kwestionowanych postanowień, w przypadku ubezpieczeń grupowych mamy do czynienia z co najmniej trzema podmiotami, których stosunek prawny ubezpieczenia dotyczy. Podobnie jak w powyższym przypadku, zgodnie z wzorcami należy wyróżnić przede wszystkim towarzystwo ubezpieczeniowe, ubezpieczającego oraz uczestnika (ubezpieczonego).

Zgodnie z wzorcami z drugiej grupy¹³ ubezpieczający to *osoba fizyczna będąca pracodawcą, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia. Uczestnik zaś to osoba, na rachunek której umowa ubezpieczenia została zawarta (osoba ubezpieczona); w rozumieniu OWU pojęcie to oznacza również osobę ubiegającą się o przystąpienie do ubezpieczenia, oraz osobę, w stosunku do której wygasła ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach umowy ubezpieczenia.*

Jak wynika z powyższych definicji umownych, umowę z towarzystwem ubezpieczeniowym zawiera ubezpieczający, który jest osobą fizyczną będącą pracodawcą, osobą prawną oraz jednostką organizacyjną niebędącą osobą prawną. Nie można mu zatem przyznać statusu konsumenta, gdyż nawet, gdy jest osobą fizyczną i dokonuje czynności prawnej z towarzystwem ubezpieczeniowym występuje w stosunku ubezpieczeniowym jako pracodawca¹⁴. Zatem umowę z towarzystwem ubezpieczeniowym zawiera ubezpieczający a ta czynność prawna jest związana bezpośrednio z jego działalnością gospodarczą lub zawodową i nie może on być uznany za konsumenta i w konsekwencji nie można do

¹³ Np. § 1 pkt 20) Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespół NR PGZ/2014/1 [pkt I.2.a) sentencji decyzji] oraz analogiczne postanowienia w pozostałych wzorcach

¹⁴ Zgodnie art. 22¹ kc za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową.

postanowień dotyczących stosunków ubezpieczającego i towarzystwa ubezpieczeniowego stosować przepisów art. art. 385¹-385³ kc.

W przypadku umów grupowych należy jednak mieć na względzie przepis szczególny w postaci art. 808 § 5 kc dotyczący zawierania umów ubezpieczenia na cudzy rachunek. Zgodnie z tym przepisem *jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹-385³ stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego.*

Zgodnie z § 13 ust. 1 wzorca umowy¹⁵ to *ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę regularną z tytułu ubezpieczenia każdego z uczestników, w wysokości i z częstotliwością oznaczoną w umowie ubezpieczenia. Ponadto, zgodnie z art. 808 § 2 kc roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu.*

Mimo to koszt ubezpieczenia obciąża ubezpieczonego, który w tych stosunkach, jako pracownik, jest konsumentem. Jego udział w tym stosunku nie jest bowiem bezpośrednio związany z jego działalnością gospodarczą lub zawodową. To ubezpieczony uiszcza składkę zaś ubezpieczający jedynie ją odprowadza na rzecz towarzystwa. To ubezpieczony zatem ponosi koszt ubezpieczenia, o którym mowa w kwestionowanym postanowieniu wzorca umowy i ponosi w sposób bezpośredni konsekwencje zmiany tego kosztu przez towarzystwo ubezpieczeniowe.

Postanowienia wzorca umowy dotyczące kosztu ubezpieczenia dotyczą zatem praw i obowiązków ubezpieczonego/uczestnika w rozumieniu art. 808 § 5 kc, jako osoby, która realnie ten koszt ponosi. Z przepisu tego wynika zatem wprost, iż do postanowienia dotyczącego kosztu ubezpieczenia, w tym jego zmiany należy stosować art. 385¹-385³ kc. Możliwa jest zatem ocena abuzywności postanowień dotyczących kosztu ubezpieczenia, gdyż dotyczą one praw i obowiązków uczestnika (ubezpieczonego).

Naruszenie dobrych obyczajów

W pierwszej kolejności, wskazać należy, iż zakwestionowane postanowienia są odpowiednikami niedozwolonych postanowień wskazanych w art. 385³ pkt 10, 19 i 22 k.c., zgodnie z którymi - *w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności:*

- *uprawniają kontrahenta konsumenta do jednostronnej zmiany umowy bez ważnej przyczyny wskazanej w tej umowie;*
- *przewidują wyłącznie dla kontrahenta konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia;*
- *przewidują obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez jego kontrahenta.*

W kwestionowanych postanowieniach Allianz nie wskazuje konsumentom ani nawet ubezpieczającemu żadnych podstaw/przesłanek podwyżki kosztu ubezpieczenia czy też zmiany składki regularnej. Podaje jedynie, iż podwyżka kosztu ubezpieczenia może mieć miejsce ze skutkiem na rocznicę ubezpieczenia zaś zmiana składki regularnej wynikać z bliżej nieokreślonego wskaźnika ustalonego przez Spółkę.

¹⁵ Np. Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zespół NR PGZ/2014/1 [pkt I.2.a) sentencji decyzji] oraz pozostałych wzorców tej grupy

Co więcej, zmiana składki regularnej nie wpływa na wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika albo wręcz powoduje obniżenie wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika - w przypadku, gdy wysokość części kapitałowej składki spadła poniżej minimum określonego przez Towarzystwo. Postanowienie nie wskazuje także o jakie minimum określone przez Allianz chodzi. W efekcie zatem przedsiębiorca zabezpiecza sobie jednostronną możliwość podwyższenia składki ubezpieczeniowej bez adekwatnej zmiany świadczenia wzajemnego w postaci sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego (uczestnika), co może być działaniem nieuczciwym.

Jako naruszające dobre obyczaje można również uznać postanowienie przewidujące wygaśnięcie dodatkowej umowy ubezpieczenia i kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej przy zachowaniu wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia narzuconej przez Allianz w przypadku sprzeciwu wobec propozycji wskazanych przedsiębiorcy (**którymi Allianz nie jest związany**) oraz przy braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia do dnia rocznicy ubezpieczenia. Uprawnienie to dotyczy bezpośrednio ubezpieczającego, jednak w oczywisty sposób dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego/uczestnika. Prowadzi bowiem albo do wygaśnięcia dodatkowej umowy ubezpieczenia i kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej przy zachowaniu wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia narzuconej przez Allianz albo do wypowiedzenia umowy i utraty ochrony ubezpieczeniowej. Oznacza to bowiem, iż konsument nie ma możliwości kontynuowania umowy na pierwotnie zawartych warunkach dot. kosztu ochrony ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia, nawet jeśli ubezpieczający w jego imieniu wyrazi sprzeciw wobec zmian narzucanych mu przez Spółkę.

Kwestionowane postanowienia przyznają zatem wyłącznie przedsiębiorcy prawo do jednostronnej zmiany warunków umowy bez ważnej przyczyny wskazanej w tej umowie. Zmiana ta dotyczy zaś istotnej cechy świadczenia w postaci kosztu ubezpieczenia i składki regularnej, uiszczanych przez konsumentów w trakcie wykonywania umowy. Przesłanki zmiany kosztu ubezpieczenia, składki ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia to jedne z najistotniejszych warunków umowy z punktu widzenia konsumenta. Allianz przyznaje sobie prawo do jednostronnego podwyższenia (składka regularna) tych należności nie wskazując precyzyjnych przyczyn tej zmiany, nie wspominając o zasadności tych przyczyn, a także nie zmienia proporcjonalnie świadczenia wzajemnego, czyli wysokości sumy ubezpieczenia, co jest niekorzystne finansowo dla konsumenta. Sama już literalna treść klauzul wskazuje zatem, iż wypełniają one hipotezę wymienionych wyżej klauzul szarych wymienionych w art. 385³ pkt 10, 19 i 22 k.c.

Co prawda postanowienie przewiduje możliwość złożenia sprzeciwu do propozycji przedsiębiorcy przez ubezpieczającego nie będącego konsumentem, jednak nie jest on wiążący. W przypadku jego złożenia oraz braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia do dnia rocznicy ubezpieczenia, z dniem rocznicy wygasają dodatkowe umowy ubezpieczenia, a ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy głównej jest kontynuowana na kolejny roczny okres przy zachowaniu wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia wskazanej w propozycji Allianz. Prowadzi on do ostatecznego wprowadzenia zmiany i wypowiedzenia jedynie umów dodatkowych.

W przypadku zaś, gdy po otrzymaniu propozycji ubezpieczającego strony nie dojdą do porozumienia odnośnie zakresu zmian dotyczących ubezpieczenia poszczególnych uczestników, jak również w razie nieuzyskania przez ubezpieczającego uprzedniej zgody wszystkich uczestników na dokonanie zmian - w przypadku gdy wyrażenie zgody jest warunkiem skuteczności zmiany umowy ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia może ulec rozwiązaniu, pozostawiając konsumentów bez ochrony ubezpieczeniowej, co dodatkowo może naruszać interesy konsumentów.

Należy także zwrócić uwagę na ust. 2, który odwołuje się w zakresie wyliczeń zmiany kosztu ochrony ubezpieczeniowej do § 14 ust. 2 wzorca.

Wynika z niego, iż wskazana w umowie ubezpieczenia wysokość kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej wskazana indywidualnie dla każdego uczestnika w umowie ubezpieczenia, obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących danego uczestnika, takich jak wiek uczestnika, ryzyko związane z wykonywanym przez niego zawodem, w tym oceniane w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokość i zakres ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana uczestnikowi w ramach umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo, jak również innych informacji zawartych w szczególności we wniosku o ubezpieczenie, deklaracji uczestnictwa oraz wypełnianej przez uczestnika ankiecie medycznej.

Również metodologia wyliczania kosztu ubezpieczenia nie jest zatem wyjaśniona przez Allianz we wzorcu. Co prawda wymienia się w wyżej cytowanym postanowieniu czynniki wpływające na wysokość kosztu ubezpieczenia, jednak sposób i zakres ich uwzględnienia w ostatecznym rozrachunku jest nieznanymi. Waga poszczególnych czynników również jest nieznanymi, a także sam katalog czynników nie jest zamknięty. Owa kalkulacja dopuszcza bowiem uwzględnienie innych informacji zawartych w szczególności we wniosku o ubezpieczenie, deklaracji uczestnictwa oraz wypełnianej przez uczestnika ankiecie medycznej.

Zapis ten nie pozwala na prześledzenie i rekonstrukcję działań Allianz i weryfikację zasadności podwyżki kosztu ubezpieczenia dla danego konsumenta ubezpieczonego/uczestnika) przez niego samego a także przez ubezpieczającego.

Uczciwość w relacji z konsumentami nakazuje przedsiębiorcy wykonywanie usługi na warunkach wskazanych w umowie i zgodnie z jej postanowieniami w kształcie, jaki istniał w momencie zawarcia umowy, a wszelkie dozwolone modyfikacje świadczeń obu stron umowy lub jej treści powinny zostać określone w sposób konkretny w tychże umowach, aby konsument zawierając umowę ubezpieczenia na życie mógł przewidzieć, pod jakimi warunkami możliwa jest zmiana np. kosztu ubezpieczenia i składki regularnej. Dopiero ziszczenie się precyzyjnie określonej przesłanki wskazanej w klauzuli modyfikacyjnej zezwalałoby przedsiębiorcy na dokonanie zmian w przyjętym wcześniej zobowiązaniu lub w treści łączącego strony stosunku prawnego.

Niezamieszczenie we wzorcu odpowiedniej precyzyjnej klauzuli modyfikacyjnej nie daje Spółce uprawnienia do zmiany stosunku obligacyjnego poprzez podwyższenie kosztu ubezpieczenia, czy też składki regularnej uiszczanych w toku wykonywania umowy. Tym samym klauzula wprowadzająca taką możliwość narusza dobre obyczaje i negatywnie wpływa na sytuację konsumentów-ubezpieczonych/ubezpieczających. W ocenie organu ochrony konsumentów, zmiana warunków świadczenia usług i treści umowy dokonana przez Spółkę byłaby możliwa jedynie poprzez zgodne oświadczenie woli stron umowy, a nie jednostronne narzucenie jej przez przedsiębiorcę - słabszej stronie umowy, czyli konsumentom.

Należy także zauważyć, że ww. zmiany mogą być oczywiście niekorzystne dla konsumenta, gdyż mogą prowadzić do podwyższenia składki ubezpieczeniowej bez podwyższenia sumy ubezpieczenia. Tym samym konsument jest zmuszany do uiszczania wyższej ceny za to samo świadczenie co prowadzi do powstania stanu braku ekwiwalentności ustalonego w momencie zawarcia umowy.

Rażące naruszenie interesów konsumentów

W przypadku niniejszych postanowień rażące naruszenie interesów konsumentów polega na pozbawieniu konsumentów możliwości kontynuowania umów na określonych warunkach oraz zmuszanie do kontynuowania umowy na warunkach mniej korzystnych finansowo niż w momencie zawarcia umowy naruszając ekwiwalentność świadczeń obu stron umowy.

W przypadku podjęcia przez konsumenta decyzji o pozostaniu dalej stroną umowy łączącej go ze Spółką na zmienionych warunkach naruszenie interesów konsumenta polega na konieczności ponoszenia wyższych opłat bez zmiany jakości usług, co stanowi konieczność uiszczania wyższej opłaty.

Tym samym ww. postanowienia są niedozwolone zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. w zw. z art. 385³ pkt 10, 19 i 22 k.c.

Konsekwencją powyższego jest uznanie, że zakwestionowane klauzule, które:

- nie wskazują konsumentom precyzyjnych podstaw/przesłanek zmiany kosztów ubezpieczenia lub podwyżki składki regularnej,
 - przyznają przedsiębiorcy uprawnienia jedynie do podwyższenia składki regularnej bez możliwości jej obniżenia,
 - narzucają konsumentom obowiązek uiszczania wyższej ceny (składki) za takie samo świadczenie (suma ubezpieczenia),
- nie uwzględniają i nie zabezpieczają interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co prowadzi do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco dla niego niekorzystny. Przedmiotowe zapisy, w ocenie Prezesa UOKiK, kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

3.

W trzeciej grupie postanowienia dotyczą:

- a) możliwości podwyższenia opłaty pobieranej w czasie wykonywania umowy - opłaty za zarządzanie i administrację,
- b) częstotliwości podwyższania opłaty - raz w roku ubezpieczenia,
- c) wartości procentowej, o jaką opłata ta może zostać podwyższona,
- d) ogólnego wskaźnika powodującego wzrost opłaty.

Przykładem takiego postanowienia jest to zawarte we wzorcu Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/GR/1/2018), o treści:

4. Wysokość Opłaty za zarządzanie i administrację Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym może zostać podwyższona raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy - maksymalnie o 0,5 (pół) punktu procentowego w porównaniu z opłatą wcześniejszą, przy czym wzrost opłaty może nastąpić pod warunkiem wystąpienia w okresie od dnia 31 grudnia 2017 roku przynajmniej jednego z poniższych czynników:

- ogłoszenia przez Główny Urząd Statystyczny informacji o wysokości wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw;
- wprowadzenia nowych lub zmiany istniejących, powszechnie obowiązujących przepisów prawa dotyczących działalności ubezpieczeniowej, inwestycyjnej lub finansowej i skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa;

- zmiany lub pojawienia się nowych interpretacji powszechnie obowiązujących przepisów prawa na skutek orzeczeń sądów lub decyzji, rekomendacji, wytycznych lub zaleceń lub innych ogłoszeń Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rzecznika Finansowego lub organów władzy i administracji publicznej, skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa.

Postanowienia z tej grupy zostały zawarte w poniższych wzorcach wymienionych w sentencji niniejszej decyzji:

- a) Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych [RUFK/GR/1/2018] [grupa I.3.a) sentencji decyzji],
- b) Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych [RUFK/GR/1/2019] (grupa I.3.a) sentencji decyzji],
- c) Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych [RUFK/GR/2/2018] (grupa I.3.a) sentencji decyzji],
- d) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP [BVIP/J/14/2018] (grupa I.3.b) sentencji decyzji],
- e) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP [BVIP/J/15/2019] (grupa I.3.b) sentencji decyzji],
- f) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP [BVIP/J/16/2019] (grupa I.3.b) sentencji decyzji],
- g) Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKE/6/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Konto Emerytalne AVIVA [grupa I.3.c) sentencji decyzji],
- h) Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKE/7/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Konto Emerytalne AVIVA [grupa I.3.c) sentencji decyzji],
- i) Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKZE/7/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego AVIVA [grupa I.3.c) sentencji decyzji],
- j) Wykaz Opłat i Limitów (WO/IKZE/8/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego AVIVA [grupa I.3.c) sentencji decyzji],
- k) Wykaz Opłat (WO/NPER/9/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA [grupa I.3.d) sentencji decyzji],
- l) Wykaz Opłat (WO/NPER/10/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA [grupa I.3.d) sentencji decyzji],
- m) Wykaz Opłat (WO/NPER/11/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYW [grupa I.3.d) sentencji decyzji],
- n) Wykaz Opłat i Limitów (WO/JUN/3/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO [grupa I.3.d) sentencji decyzji],
- o) Wykaz Opłat i Limitów (WO/JUN/4/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO [grupa I.3.d) sentencji decyzji],
- p) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej na Życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) (RK/TZ/1/2019) [grupa I.3.e) sentencji decyzji],
- q) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej na Życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) (RK/TZ/2/2019) [grupa I.3.e) sentencji decyzji].

Naruszenie dobrych obyczajów

Ponownie wskazać należy, iż zakwestionowane postanowienia są odpowiednikami niedozwolonych postanowień wskazanych w art. 385³ pkt 10 i 19 k.c., zgodnie z którymi -

w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności:

- uprawniają kontrahenta konsumenta do jednostronnej zmiany umowy bez ważnej przyczyny wskazanej w tej umowie;
- przewidują wyłącznie dla kontrahenta konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia.

W kwestionowanych postanowieniach Allianz nie wskazuje konsumentom precyzyjnie określonych podstaw/przesłanek podwyżki opłat (za zarządzanie i administrację). Poza wskazaniem, iż podwyżka może zostać wprowadzona raz na 12 kolejnych miesięcy i maksymalnie o 0,5 punktu procentowego zdarzenia, jakie miałyby taką podwyżkę inicjować nie są określone w sposób na tyle precyzyjny by można było zidentyfikować wskazane w postanowieniach wskaźniki lub zdarzenia w postaci zmiany otoczenia prawnego.

Czynnikiem, który ma powodować tę podwyżkę ma być bowiem wystąpienie jednego z następujących zdarzeń:

- ogłoszenia przez Główny Urząd Statystyczny informacji o wysokości wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw;
- wprowadzenia nowych lub zmiany istniejących, powszechnie obowiązujących przepisów prawa dotyczących działalności ubezpieczeniowej, inwestycyjnej lub finansowej i skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa;
- zmiany lub pojawienia się nowych interpretacji powszechnie obowiązujących przepisów prawa na skutek orzeczeń sądów lub decyzji, rekomendacji, wytycznych lub zaleceń lub innych ogłoszeń Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rzecznika Finansowego lub organów władzy i administracji publicznej, skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa.

Wszystkie z tych czynników są nieprecyzyjne i niemożliwa jest weryfikacja przez konsumenta ich wystąpienia i wpływu na wysokość opłat uiszczanych na rzecz Allianz.

Kwestionowana klauzula nie wskazuje, o ile używane wskaźniki muszą się zmienić, aby można było dokonać podwyższenia opłat. Oznacza to, że każda zmiana tych wskaźników w zakresie w jakim wzrastają uzasadnia zmianę, niezależnie czy jest to wzrost o 0,001% czy o 10%. W tym zakresie kwestionowane postanowienia wypełniają normę z art. 385³ pkt 10 k.c., który stwierdza, że zmiana umowy może być spowodowana jedynie ważną przyczyną. Nieznacznym zaś wzrost wskaźnika użytego w postanowieniu taką przyczyną nie jest.

Regulacja ta nie wskazuje także za jaki okres będą brane pod uwagę ww. wskaźniki wzrostu cen towarów i usług lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia. Niejasne jest zatem czy będzie to wskaźnik miesięczny, kwartalny czy jeszcze inny, co jest w przypadku wybranych przez przedsiębiorcę wskaźników niezwykle istotne. Należy bowiem mieć na uwadze, że Główny Urząd Statystyczny publikuje wiele wskaźników, które mogą odpowiadać określeniu: wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych. Na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego publikowane są bowiem:

- roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- półroczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- kwartalne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- miesięczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych.

Ponadto, przesłanką do zmiany opłat ma być wprowadzenie nowych lub zmiana istniejących, powszechnie obowiązujących przepisów prawa dotyczących działalności

ubezpieczeniowej, inwestycyjnej lub finansowej i skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa a także zmiana lub pojawienie się nowych interpretacji powszechnie obowiązujących przepisów prawa na skutek orzeczeń sądów lub decyzji, rekomendacji, wytycznych lub zaleceń lub innych ogłoszeń Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rzecznika Finansowego lub organów władzy i administracji publicznej, skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa.

Na wstępie należy zauważyć, że przesłanka zawarta w kwestionowanej klauzuli zakłada, że każde zwiększenie obciążeń finansowych Allianz może skutkować przeniesieniem tego obciążenia na konsumenta w postaci podwyżki opłat za zarządzanie i administrację. Jest to oczywiście założenie błędne. Nie każda bowiem zmiana przepisów prawnych, czy też ich interpretacji ma wpływ na stosunek prawny Spółki z konsumentem. Zmiana przepisów prawnych dotyczących organizacji przedsiębiorcy, czy też obowiązków publicznoprawnych nie może być automatycznie przenoszona na konsumenta. Koszty generowane przez takie obowiązki winny być ponoszone przez przedsiębiorcę w związku z prowadzoną działalnością.

Przesłanki te są skrajnie nieprecyzyjne i mogą uzasadniać w takim brzmieniu każdą zmianę opłaty za zarządzanie i administrację. Zmiana przepisów, a tym bardziej interpretacji przepisów jest na tyle powszechna, że może być użyta przez Allianz do zmiany opłat przy niemal każdej zmianie jakiegokolwiek przepisu, który w jakikolwiek sposób dotyczy działalności przedsiębiorcy. Treść kwestionowanej przesłanki przyznaje Przedsiębiorcy prawo do jednostronnego wprowadzenia bliżej nieokreślonych zmian w umowie pod pretekstem obowiązku dostosowania postanowień tej umowy do zmienionych przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Zakres możliwych do wprowadzenia zmian nie został nigdzie oznaczony, a w konsekwencji brak jest gwarancji, że wprowadzone zmiany będą odzwierciedlały to, co wynika z okoliczności, które umożliwiły Przedsiębiorcy modyfikacje warunków umowy. Przykładowo można wskazać na przepisy dotyczące rachunkowości, które wprowadzają dodatkowe obowiązki po stronie przedsiębiorcy lub też dotychczasowe zmieniają. Nie sposób w tym przypadku przyjąć, iż mogłyby one wpływać bezpośrednio na zobowiązania konsumentów co do wysokości opłat za realizację konkretnej umowy ubezpieczenia. Obowiązki z zakresu rachunkowości winny być bowiem wyłączną sprawą przedsiębiorcy i stanowić koszty ogólne prowadzenia działalności gospodarczej nie związane bezpośrednio z zarządzaniem konkretnymi umowami ubezpieczenia zawartymi z konsumentami. Tymczasem kwestionowane postanowienie taką możliwość przewiduje.

Konsument nie ma przy tym możliwości oceny czy dana zmiana przepisów czy też ich interpretacji wpływa na obciążanie finansowe Allianz, w jaki sposób na to wpływa, a nawet czy taka zmiana interpretacji czy też samych przepisów w ogóle miała miejsce. Klauzula nie określa także w jakim czasie po ewentualnym wystąpieniu takiego czynnika Allianz może dokonać zmiany i jak duża ta zmiana może być. Klauzula nie wskazuje bowiem, czy Przedsiębiorca stosuje jakiś termin od wystąpienia danego zdarzenia, np. wydania orzeczenia lub zmiany przepisów wpływających na obciążenia finansowe Spółki, w którym może ona dokonać zmiany opłat. Klauzula ta dopuszcza zatem możliwość, w której Allianz dokona podwyżki opłat kilka miesięcy, rok czy nawet dłużej po wydaniu danego orzeczenia czy zmiany przepisów uzasadniając to właśnie tym zdarzeniem. Stawia to w wątpliwość związek takiego zdarzenia z podwyżką a dodatkowo znaczenie utrudnia, jeśli nie uniemożliwia weryfikację takiego związku przez konsumenta.

Górne ograniczenie wzrostu wysokości opłat do 0,5% nie daje także pewności konsumentom, że konkretna zmiana np. o 0,2 procenta, mimo, że nie przekracza tego ograniczenia, jest w całości uzasadniona.

Powyżej wskazywane argumenty, dotyczące niedozwolonego charakteru omawianych postanowień, mają - w odpowiednim zakresie - odniesienie również do przesłanki zmiany lub

pojawienia się nowych interpretacji powszechnie obowiązujących przepisów prawa na skutek orzeczeń sądów lub decyzji, rekomendacji, wytycznych lub zaleceń lub innych ogłoszeń Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rzecznika Finansowego lub organów władzy i administracji publicznej. Także i w tym przypadku nie ma bowiem gwarancji, że zmiany dokonane przez Allianz będą odpowiadały jedynie wydanym rekomendacjom czy interpretacjom sądowym/urzędowym.

Osobną kwestią jest również to, czy rekomendacje wydane przez państwowy organ nadzoru mogą w ogóle mieć wpływ na treść wykonywanych już umów zawartych z konsumentami (klauzula modyfikacyjna takie uprawnienie ww. rekomendacjom przyznaje, niezależnie od treści przepisów prawa).

Ponadto zakres zmian, które mogą zostać wprowadzone przez Spółkę w przypadku wystąpienia omawianej przesłanki jest niedookreślony. Wobec posłużenia się przez Allianz pojęciami niedookreślonymi konsument jest pozbawiony możliwości skutecznej weryfikacji zasadności wprowadzenia jednostronnych zmian w opłatach.

Kwestionowane postanowienia przyznają zatem wyłącznie przedsiębiorcy prawo do jednostronnej zmiany warunków umowy bez ważnej przyczyny wskazanej w tej umowie. Zmiana ta dotyczy zaś istotnej cechy świadczenia w postaci opłat uiszczanych przez konsumentów w trakcie wykonywania umowy. Poza składką ubezpieczeniową jest to najistotniejsza cecha produktu ubezpieczeniowego z punktu widzenia świadczeń konsumenta na rzecz przedsiębiorcy. Allianz przyznaje sobie prawo do jednostronnego podwyższenia różnych opłat nie wskazując precyzyjnych przyczyn tej zmiany, nie wspominając o zasadności tych przyczyn. Sama już literalna treść klauzul wskazuje zatem, iż wypełniają hipotezę wymienionych wyżej klauzul szarych wymienionych w art. 385³ pkt 10 i 19 k.c.

Uczciwość w relacji z konsumentami nakazuje przedsiębiorcy wykonywanie usługi na warunkach wskazanych w umowie i zgodnie z jej postanowieniami w kształcie, jaki istniał w momencie zawarcia umowy, a wszelkie dozwolone modyfikacje świadczeń obu stron umowy lub jej treści powinny zostać określone w tychże umowach, aby konsument zawierając umowę ubezpieczenia na życie mógł przewidzieć, pod jakimi warunkami możliwa jest zmiana np. opłat. Dopiero ziszczenie się określonej precyzyjnie przesłanki wskazanej w klauzuli modyfikacyjnej zezwalałoby przedsiębiorcy na dokonanie zmian w przyjętym wcześniej zobowiązaniu lub w treści łączącego strony stosunku prawnego.

Niezamieszczenie we wzorcu odpowiedniej precyzyjnej klauzuli modyfikacyjnej nie daje Spółce uprawnienia do zmiany stosunku obligacyjnego poprzez podwyższenie opłat uiszczanych w toku wykonywania umowy. Tym samym klauzula wprowadzająca taką możliwość może naruszać dobre obyczaje i negatywnie wpłynąć na sytuację konsumentów-ubezpieczonych/ubezpieczających. W ocenie organu ochrony konsumentów, zmiana warunków świadczenia usług przez Spółkę byłaby możliwa jedynie poprzez zgodne oświadczenie woli stron umowy, a nie jednostronne narzucenie jej przez przedsiębiorcę - słabszej stronie umowy, czyli konsumentom.

Należy także zauważyć istotną okoliczność, iż Allianz nie przewiduje obniżki wysokości opłat. Jedyna jednostronna zmiana, jaką przewidują ww. postanowienia polega na podwyższeniu opłat. W efekcie zatem nawet spadek wskaźnika lub zmiana przepisów lub ich interpretacji, którymi może kierować się Spółka, nie doprowadzi do spadku opłat.

Rażące naruszenie interesów konsumentów

W przypadku niniejszych postanowień rażące naruszenie interesów konsumentów polega na pozbawieniu konsumentów możliwości kontynuowania umów na określonych warunkach. Zmiana warunków umowy poprzez jedynie podwyższenie opłat może być dokonywana przez przedsiębiorcę niemal dowolnie, co powoduje konieczność ponoszenia wyższych opłat bez zmiany jakości usług. W przypadku podjęcia przez konsumenta decyzji o pozostaniu dalej stroną umowy łączącej go ze Spółką na zmienionych warunkach naruszenie interesów konsumenta polega na konieczności ponoszenia wyższych opłat bez zmiany jakości świadczenia.

Tym samym ww. postanowienia są niedozwolone zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. w zw. z art. 385³ pkt 10 i 19 k.c.

Konsekwencją powyższego jest uznanie, że zakwestionowane klauzule, które:

- nie wskazują konsumentom precyzyjnych podstaw/przesłanek podwyżki opłat,
- nie wskazują wysokości wzrostu wartości danego wskaźnika uprawniającej do zmiany umowy,
- nie określają za jaki okres dany wskaźnik jest brany pod uwagę przy ustalania zmiany jego wartości,
- przyznają przedsiębiorcy uprawnienia jedynie do podwyższenia opłat bez możliwości ich obniżenia w przypadku obniżenia wartości używanych wskaźników,
- nie określają terminu wprowadzenia zmian umowy od momentu wystąpienia zmiany wartości wskaźnika,

nie uwzględniają i nie zabezpieczają interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co prowadzi do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco dla niego niekorzystny. Przedmiotowe zapisy, w ocenie Prezesa UOKiK, kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

4.

W czwartej grupie postanowienie dotyczy:

- a) możliwości podwyższenia opłat pobieranych w czasie wykonywania umowy - na pokrycie kosztów przekazania świadczenia rentowego oraz na pokrycie kosztów administrowania polisą,
- b) ogólnego wskaźnika, o jaki opłata podlegać będzie podwyższeniu, który będzie ustalany przez Allianz,
- c) nieprecyzyjnego określenia sposobu kalkulacji opłaty za zmianę umowy.

Postanowienie to jest zawarte we wzorcu OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GWARANTOWANEJ RENTY KAPITAŁOWEJ (GRK/R/7/2016), o treści:

II. Zasady ustalania wysokości opłat

1. Wysokość opłaty na pokrycie kosztów przekazania świadczenia rentowego oraz na pokrycie kosztów administrowania polisą, potrącanych przez Towarzystwo zgodnie z OWU, może ulec podwyższeniu. Zmiana wysokości opłat nie może mieć miejsca częściej niż raz w roku kalendarzowym.

2. Podwyższenie wysokości opłat, o których mowa w pkt 1, następuje zgodnie ze wskaźnikiem ustalonym przez Towarzystwo. Stosunek ustalonej przez Towarzystwo nowej wysokości opłat do wysokości opłat określonych w Tabeli opłat nie może być większy od

wyższego z następujących wskaźników: wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw, wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego, obejmujących okres od dnia ostatniej zmiany wysokości opłat do dnia, w którym ustalona została nowa wysokość opłat.

3. (...)

4. Wysokość opłaty, o której mowa w pkt 3, obowiązująca w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia została wskazana w powyższej Tabeli i może ulec zmianie zgodnie z zasadami, o których mowa w punkcie poprzedzającym.

W ocenie Prezesa Urzędu, postanowienie ww. wzorca, zgodnie z którym przedsiębiorca uprawniony jest do podniesienia opłat na pokrycie kosztów przekazania świadczenia rentowego oraz na pokrycie kosztów administrowania polisą:

- bez wskazywania konsumentom precyzyjnych podstaw/przesłanek tej podwyżki,
- braku określenia za jaki okres dany wskaźnik jest brany pod uwagę przy ustalaniu zmiany jego wartości,
- przyznania sobie uprawnienia jedynie do podwyższenia opłat bez możliwości ich obniżenia w przypadku obniżenia wartości używanych wskaźników,
- braku określenia terminu wprowadzenia zmian umowy od momentu wystąpienia zmiany wartości wskaźnika,

jest sprzeczne z dobrymi obyczajami rażąco naruszając interesy konsumentów.

Naruszenie dobrych obyczajów

Wskazać należy, iż zakwestionowane postanowienia mogą być odpowiednikami niedozwolonych postanowień wskazanych w art. 385³ pkt 10 i 19 k.c., zgodnie z którymi - *w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności:*

- *uprawniają kontrahenta konsumenta do jednostronnej zmiany umowy bez ważnej przyczyny wskazanej w tej umowie;*
- *przewidują wyłącznie dla kontrahenta konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia.*

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że w kwestionowanych postanowieniach Allianz nie wskazuje konsumentom precyzyjnych podstaw/przesłanek podwyżki opłat. Podaje jedynie, iż podwyżka ma wynikać z bliżej nieokreślonego wskaźnika ustalanego przez Spółkę i nie przekraczać wzrostu wynikającego z wysokości większego z następujących wskaźników:

- wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub
- wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw

ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny, obejmujący okres od dnia ostatniej zmiany wysokości opłat do dnia, w którym ustalona została nowa wysokość opłat.

Kwestionowana klauzula nie wskazuje, o ile używane wskaźniki muszą się zmienić, aby można było dokonać podwyższenia opłat. Oznacza to, że każda zmiana tych wskaźników w zakresie w jakim wzrastają uzasadnia zmianę, niezależnie czy jest to wzrost o 0,001% czy o 10%. W tym zakresie kwestionowane postanowienia mogą wypełniać normę z art. 385³ pkt 10 k.c., który stwierdza, że zmiana umowy może być spowodowana jedynie ważną przyczyną. Nieznacznym zaś wzrost wskaźnika użytego w postanowieniu taką przyczyną nie jest.

Regulacja ta nie wskazuje także za jaki okres będą brane pod uwagę ww. wskaźniki wzrostu cen towarów i usług lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia. Wskazuje jedynie, że wskaźniki będą obejmować okres między podwyżkami, co również nie wyjaśnia czy będzie to wskaźnik miesięczny, kwartalny czy jeszcze inny. Postanowienie nie wskazuje zatem czy ewentualne zmiany wysokości wskaźników będą brane pod uwagę w relacjach miesiąc do miesiąca, kwartał do kwartału czy rok do roku, co jest w przypadku wybranych przez przedsiębiorcę wskaźników niezwykle istotne. Należy bowiem mieć na uwadze, że Główny Urząd Statystyczny publikuje wiele wskaźników, które mogą odpowiadać określeniu: wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych. Na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego publikowane są bowiem:

- roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- półroczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- kwartalne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- miesięczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych.

Kwestionowane postanowienia przyznają zatem wyłącznie przedsiębiorcy prawo do jednostronnej zmiany warunków umowy bez ważnej przyczyny wskazanej w tej umowie. Zmiana ta dotyczy zaś istotnej cechy świadczenia w postaci opłat uiszczanych przez konsumentów w trakcie wykonywania umowy. Poza składką ubezpieczeniową jest to najistotniejsza cecha produktu ubezpieczeniowego z punktu widzenia świadczeń konsumenta na rzecz przedsiębiorcy. Allianz przyznaje sobie prawo do jednostronnego podwyższenia różnych opłat nie wskazując precyzyjnych przyczyn tej zmiany nie wspominając o zasadności tych przyczyn. Sama już literalna treść klauzuli wskazuje zatem, iż wypełnia hipotezę wymienionych wyżej klauzul szarych wymienionych w art. 385³ pkt 10 i 19 k.c.

Uczciwość w relacji z konsumentami nakazuje przedsiębiorcy wykonywanie usługi na warunkach wskazanych w umowie i zgodnie z jej postanowieniami w kształcie, jaki istniał w momencie zawarcia umowy, a wszelkie dozwolone modyfikacje świadczeń obu stron umowy lub jej treści powinny zostać określone w tychże umowach, aby konsument zawierając umowę ubezpieczenia na życie mógł przewidzieć, pod jakimi warunkami możliwa jest zmiana np. opłat. Dopiero ziszczenie się precyzyjnie określonej przestanki wskazanej w klauzuli modyfikacyjnej zezwalałoby przedsiębiorcy na dokonanie zmian w przyjętym wcześniej zobowiązaniu lub w treści łączącego strony stosunku prawnego.

Niezamieszczenie we wzorcu odpowiedniej precyzyjnej klauzuli modyfikacyjnej nie daje Spółce uprawnienia do zmiany stosunku obligacyjnego poprzez podwyższenie opłat uiszczanych w toku wykonywania umowy. Tym samym klauzula wprowadzająca taką możliwość narusza dobre obyczaje i negatywnie wpływa na sytuację konsumentów-ubezpieczonych/ubezpieczających. W ocenie organu ochrony konsumentów, zmiana warunków świadczenia usług i treści umowy dokonana przez Spółkę byłaby możliwa jedynie poprzez zgodne oświadczenie woli stron umowy, a nie jednostronne narzucenie jej przez przedsiębiorcę - słabszej stronie umowy, czyli konsumentom.

Należy także zauważyć istotną okoliczność, iż Allianz nie przewiduje obniżki wysokości opłat. Jedyna jednostronna zmiana, jaką przewidują ww. postanowienia polega na podwyższeniu opłat. W efekcie zatem nawet w przypadku spadku wskaźnika, którym może kierować się Allianz nie doprowadzi do spadku opłat.

Rażące naruszenie interesów konsumentów

W przypadku niniejszego postanowienia rażąco naruszenie interesów konsumentów polega na pozbawieniu konsumentów możliwości kontynuowania umów na określonych warunkach. Zmiana warunków umowy poprzez jedynie podwyższenie opłat może być dokonywana przez przedsiębiorcę niemal dowolnie, co powoduje konieczność ponoszenia wyższych opłat bez zmiany jakości usług.

Tym samym ww. postanowienie jest niedozwolone zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. w zw. z art. 385³ pkt 10 i 19 k.c.

Konsekwencją powyższego jest uznanie, że zakwestionowana klauzula, która:

- nie wskazuje konsumentom precyzyjnych podstaw/przesłanek podwyżki opłat,
- nie wskazuje wysokości wzrostu wartości danego wskaźnika uprawniającej do zmiany umowy,
- nie określa za jaki okres dany wskaźnik jest brany pod uwagę przy ustalania zmiany jego wartości,
- przyznaje przedsiębiorcy uprawnienia jedynie do podwyższenia opłat bez możliwości ich obniżenia w przypadku obniżenia wartości używanych wskaźników,
- nie określa terminu wprowadzenia zmian umowy od momentu wystąpienia zmiany wartości wskaźnika,
- nie uprawnia konsumenta do wypowiedzenia umowy z uwagi na jej zmianę, nie uwzględnia i nie zabezpiecza interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co prowadzi do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco dla niego niekorzystny. Przedmiotowy zapis, w ocenie Prezesa UOKiK, kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

5. i 6.

W piątej i szóstej grupie postanowienia dotyczą:

- a) możliwości podwyższenia opłat pobieranych w czasie wykonywania umowy - administracyjnej, operacyjnej oraz za zmianę funduszy,
- b) częstotliwości podwyższania danej opłaty - raz w roku kalendarzowym,
- c) wskaźnika, o jaki opłata podlegać będzie podwyższeniu,
- d) możliwości podwyższenia wskaźnika kosztu ochrony ubezpieczeniowej i wskaźnika, o jaki wartość ta może podlegać podwyższeniu,
- e) możliwości podwyższenia minimalnej wartości do przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe i wskaźnika, o jaki wartość ta może podlegać podwyższeniu.

Przykładem takiego postanowienia jest klauzula zawarta we wzorcu Wykaz Opłat (WO/NPER/9/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - Nowa Perspektywa, o treści:

ZASADY USTALANIA WYSOKOŚCI OPŁAT, KOSZTÓW I LIMITÓW

1. Wysokość opłat: administracyjnej, operacyjnej oraz za zmianę funduszy może zostać podwyższona raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy na skutek wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego. Wysokość tych opłat może zostać podwyższona maksymalnie do poziomu ustalonego jako iloczyn wyższego z poniższych wskaźników, wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu

Statystycznego i obejmujących okres od dnia 1 kwietnia 2016 roku do dnia, w którym została ustalona nowa wysokość opłaty:

- procentowego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych
lub

- procentowego wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw, powiększonych o 100 (sto) procent) oraz odpowiednio kwoty:

- 14,50 zł (czternaście złotych pięćdziesiąt groszy) w przypadku opłaty administracyjnej (miesięczna albo kwartalna częstotliwość opłacania składki),

- 10 (dziesięć) złotych w przypadku opłaty administracyjnej (półroczna albo roczna częstotliwość opłacania składki albo ubezpieczenie bezskładkowe),

- 20 (dwadzieścia) złotych w przypadku opłaty za zmianę funduszy,

- 50 (pięćdziesiąt) złotych w przypadku opłaty operacyjnej.

2. Kwota odsetek za nieterminową wpłatę składek regularnych z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia jest obliczana według stopy procentowej wskazanej w Tabeli Opłat. Jeżeli stosowanie wskaźnika WIBOR 6-miesięczny, o którym mowa w definicji stopy procentowej nie będzie możliwe, wówczas Towarzystwo zastosuje inny wskaźnik o podobnym, najbardziej zbliżonym charakterze.

3. Miesięczne wskaźniki kosztu ochrony ubezpieczeniowej (dalej: miesięczne wskaźniki kosztu), obowiązujące w głównej umowie ubezpieczenia, mogą zostać podwyższone raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy w razie wzrostu aktualnego statystycznego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego lub zmiany struktury populacji osób ubezpieczonych przez Towarzystwo w okresie od dnia 1 kwietnia 2016 roku, przy czym:

- obowiązujące w głównej umowie ubezpieczenia standardowe miesięczne wskaźniki kosztu ochrony ubezpieczeniowej (dalej: standardowe miesięczne wskaźniki kosztu) mogą zostać podwyższone maksymalnie do poziomu wynikającego z tablic trwania życia publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny;

- obowiązujące w głównej umowie ubezpieczenia miesięczne wskaźniki kosztu inne niż standardowe miesięczne wskaźniki kosztu mogą zostać podwyższone o taką samą wielkość procentową, o jaką Towarzystwo podwyższa standardowe miesięczne wskaźniki kosztu.

4. (...)

5. Minimalna wartość do przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe może zostać podwyższona raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy na skutek wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego. Powyższy limit może zostać podwyższony maksymalnie do poziomu ustalonego jako iloczyn kwoty 4 200 (cztery tysiące dwieście) złotych oraz wyższego z następujących wskaźników: procentowego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub procentowego wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw, powiększonych o 100 (sto) procent, wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego i obejmujących okres od dnia 1 kwietnia 2016 roku do dnia, w którym została ustalona nowa wysokość limitu.

Postanowienia z tej grupy zostały zawarte w poniższych wzorcach wymienionych w sentencji niniejszej decyzji:

a) Wykaz Opłat (WO/NPER/9/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA [pkt I.5) sentencji decyzji],

b) Wykaz Opłat (WO/NPER/10/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYWA [pkt I.5) sentencji decyzji],

- c) *Wykaz Opłat (WO/NPER/11/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego - NOWA PERSPEKTYW [pkt I.5) sentencji decyzji],*
- d) *Wykaz Opłat i Limitów (WO/JUN/3/2018) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO [pkt I.6) sentencji decyzji],*
- e) *Wykaz Opłat i Limitów (WO/JUN/4/2019) - Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO [pkt I.6) sentencji decyzji].*

Naruszenie dobrych obyczajów

Wskazać należy, iż zakwestionowane postanowienia są odpowiednikami niedozwolonych postanowień wskazanych w art. 385³ pkt 10 i 19 k.c., zgodnie z którymi - *w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności:*

- *uprawniają kontrahenta konsumenta do jednostronnej zmiany umowy bez ważnej przyczyny wskazanej w tej umowie;*
- *przewidują wyłącznie dla kontrahenta konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia.*

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że w kwestionowanych postanowieniach Allianz nie wskazuje konsumentom precyzyjnych podstaw/przesłanek podwyżki opłat czy też wskazanych parametrów stanowiących warunki umowy (wskaźnik kosztu ochrony ubezpieczeniowej i minimalna wartość do przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe.)

W zakresie podwyżki opłat podaje jedynie, iż podwyżka ma wynikać z iloczynu zdefiniowanych kwot i wyższego z następujących wskaźników:

- procentowego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub
- procentowego wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw powiększonych o 100 (sto) procent, ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny lub kwot w wysokości 14,50 zł, 10 zł, 20 zł, 50 zł.

Regulacja ta nie wskazuje za jaki okres będą brane pod uwagę ww. wskaźniki wzrostu cen towarów i usług lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia. Wskazuje jedynie, że wskaźniki będą obejmować okres od dnia 1 kwietnia 2016r./1 stycznia 2017r. do dnia, w którym została ustalona nowa wysokość opłaty między podwyżkami, co również nie wyjaśnia czy będzie to wskaźnik miesięczny, kwartalny czy jeszcze inny. Postanowienie nie wskazuje zatem czy ewentualne zmiany wysokości wskaźników będą brane pod uwagę w relacjach miesiąc do miesiąca, kwartał do kwartału czy rok do roku, co jest w przypadku wybranych przez przedsiębiorcę wskaźników niezwykle istotne. Należy bowiem mieć na uwadze, że Główny Urząd Statystyczny publikuje wiele wskaźników, które mogą odpowiadać określeniu: wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych. Na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego publikowane są bowiem:

- roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- półroczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- kwartalne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- miesięczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych.

Ten sam wskaźnik jest używany także w przypadku możliwości podwyższenia minimalnej wartości do przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe.

Kwestionowane postanowienia przyznają zatem wyłącznie przedsiębiorcy prawo do jednostronnej zmiany warunków umowy bez ważnej przyczyny wskazanej w tej umowie. Zmiana ta dotyczy zaś istotnej cechy świadczenia w postaci opłat uiszczanych przez konsumentów w trakcie wykonywania umowy. Poza składką ubezpieczeniową jest to najistotniejsza cecha produktu ubezpieczeniowego z punktu widzenia świadczeń konsumenta na rzecz przedsiębiorcy. Allianz przyznaje sobie prawo do jednostronnego podwyższenia różnych opłat nie wskazując precyzyjnych przyczyn tej zmiany nie wspominając o zasadności tych przyczyn. Sama już literalna treść klauzul wskazuje zatem, iż wypełniają one hipotezę wymienionych wyżej klauzul szarych wymienionych w art. 385³ pkt 10 i 19 k.c.

Podobnie jest w przypadku zmiany miesięcznego wskaźnika kosztu ochrony ubezpieczeniowej (ust. 3). Do podwyższenia go może dojść w razie wzrostu aktualnego statystycznego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego lub zmiany struktury populacji osób ubezpieczonych przez Towarzystwo w okresie od dnia 1 kwietnia 2016/1 stycznia 2017 roku. Konsumentowi nieznane są wskaźniki używane przez Allianz do wyliczenia podwyżki w postaci statystycznego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego lub zmiany struktury populacji osób ubezpieczonych przez Towarzystwo. Co więcej metoda uwzględniania tych wskaźników w kalkulacji również jest nieznana.

Górne ograniczenie podwyżki wprowadzone przez Allianz w postaci poziomu wynikającego z tablic trwania życia publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny wprowadza jeszcze więcej niewiadomych. Przykładowo Główny Urząd Statystyczny publikuje następujące tabele:

- Przeciętne dalsze trwania życia w latach 1950-2019,
- Tablice trwania życia 1990-2019,
- Przeciętne trwanie życia noworodka w Polsce (miasta/wieś) w latach 1990-2019,
- Prawdopodobieństwo zgonu według skróconych tablic trwania życia w latach 1950-2019,
- Przeciętne dalsze trwanie życia w 2019r. według województw (NTS 2),
- Przeciętne dalsze trwanie życia w 2019r. według podregionów (NTS 3).

Kwestionowana klauzula nie daje odpowiedzi o jakie tablice chodzi i w jaki sposób dane z nich pobrane są uwzględniane w kalkulacji.

Uczciwość w relacji z konsumentami nakazuje przedsiębiorcy wykonywanie usługi na warunkach wskazanych w umowie i zgodnie z jej postanowieniami w kształcie, jaki istniał w momencie zawarcia umowy, a wszelkie dozwolone modyfikacje świadczeń obu stron umowy lub jej treści powinny zostać określone w tychże umowach, aby konsument zawierając umowę ubezpieczenia na życie ubezpieczeniowej mógł przewidzieć, pod jakimi warunkami możliwa jest zmiana np. opłat. Dopiero ziszczenie się precyzyjnie określonej przesłanki wskazanej w klauzuli modyfikacyjnej zezwalałoby przedsiębiorcy na dokonanie zmian w przyjętym wcześniej zobowiązaniu lub w treści łączącego strony stosunku prawnego.

Niezamieszczenie we wzorcu odpowiedniej precyzyjnej klauzuli modyfikacyjnej nie daje Spółce uprawnienia do zmiany stosunku obligacyjnego poprzez podwyższenie opłat uiszczanych w toku wykonywania umowy. Tym samym klauzula wprowadzająca taką możliwość narusza dobre obyczaje i negatywnie wpływa na sytuację konsumentów-ubezpieczonych/ubezpieczających. W ocenie organu ochrony konsumentów, zmiana warunków świadczenia usług i treści umowy przez Spółkę byłaby możliwa jedynie poprzez zgodne oświadczenie woli stron umowy, a nie jednostronne narzucenie jej przez przedsiębiorcę - słabszej stronie umowy, czyli konsumentom.

Należy także zauważyć istotną okoliczność, iż Allianz nie przewiduje obniżki wysokości opłat lub wskaźnika kosztu ochrony ubezpieczeniowej czy też minimalnej wartości

do przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe. Jedyna jednostronna zmiana, jaką przewidują ww. postanowienia polega na podwyższeniu opłat oraz ww. parametrów. W efekcie zatem nawet w przypadku spadku wskaźnika, którym może kierować się Allianz nie doprowadzi do spadku opłat lub parametru.

Należy także zwrócić uwagę na ust. 2 powyższej klauzuli. Przewiduje ona, iż *w przypadku, gdy stosowanie wskaźnika WIBOR 6-miesięczny, o którym mowa w definicji stopy procentowej nie będzie możliwe, wówczas Towarzystwo zastosuje inny wskaźnik o podobnym, najbardziej zbliżonym charakterze.*

Na podstawie zapisów wzorca konsument nie może się dowiedzieć jaki wskaźnik Allianz wybierze w przypadku, gdy stosowanie wskaźnika WIBOR 6-miesięczny nie będzie możliwe. Klauzula nie wyjaśnia także pojęcia „zbliżony charakter” wskaźnika. Czy będzie on zbliżony w zakresie sposobu obliczania czy też publikacji, czy innym. Dodatkowo, postanowienie to nie wyjaśnia co oznacza stwierdzenie, iż niemożliwe będzie stosowanie wskaźnika WIBOR 6-miesięczny. Spółka nie sprecyzowała, o jakiego rodzaju okoliczności mogłoby chodzić w niniejszym postanowieniu, pozostawiając katalog takich zdarzeń otwartym i niemożliwym do samodzielnego ustalenia przez konsumentów.

W ocenie Prezesa Urzędu, postępowanie się tak niejasnymi i nieprecyzyjnymi sformułowaniami powoduje, że przedsiębiorca będzie mógł wybrać dowolne, niemożliwe do przewidzenia przez konsumenta wskaźniki. Konsument nie ma przy tym żadnej gwarancji i pewności, że wybrany przez Allianz wskaźnik będzie obiektywny, dostępny i możliwy do weryfikacji. W ocenie Prezesa Urzędu, w omawianym przypadku konsument może być narażony na niespodziewane zmiany dotyczące istotnego parametru umownego, bez możliwości zweryfikowania ich zasadności w oparciu o jakiegokolwiek obiektywne kryteria. Należy także podkreślić, że omawiane postanowienie przyznaje Towarzystwu uprawnienie do arbitralnego i dowolnego wyboru wskaźnika, który stanowi podstawę do wyznaczenia oprocentowania zaległości w zapłacie składki, natomiast konsument nie ma żadnego wpływu na tę decyzję.

W ocenie Prezesa Urzędu, omawiane postanowienie przyznaje Spółce uprawnienie do arbitralnej i dowolnej zmiany sposobu ustalania oprocentowania zaległości w zapłacie składki, nie przyznając jednocześnie konsumentom żadnej możliwości jej zweryfikowania w oparciu o obiektywne czynniki. W konsekwencji, konsumenci w niniejszym przypadku nie mają żadnego wpływu i możliwości reakcji na taką decyzję.

Rażące naruszenie interesów konsumentów

W przypadku niniejszych postanowień rażące naruszenie interesów konsumentów polega na pozbawieniu konsumentów możliwości kontynuowania umów na określonych warunkach. Zmiana warunków umowy poprzez podwyższenie opłat lub wskazanych wyżej parametrów może być dokonywana przez przedsiębiorcę niemal dowolnie, co powoduje konieczność ponoszenia wyższych opłat lub ograniczeń w korzystaniu z ubezpieczenia.

Tym samym ww. postanowienia są niedozwolone zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. w zw. z art. 385³ pkt 10 i 19 k.c.

Konsekwencją powyższego jest uznanie, że zakwestionowane klauzule, które:

- nie wskazują konsumentom precyzyjnych podstaw/przestanek podwyżki opłat lub zmiany parametrów usługi,
- nie wskazują wysokości wzrostu wartości danego wskaźnika uprawniającej do zmiany umowy,

- nie określają za jaki okres dany wskaźnik jest brany pod uwagę przy ustalania zmiany jego wartości,
- przyznają przedsiębiorcy uprawnienia jedynie do podwyższenia opłat lub parametru bez możliwości ich obniżenia w przypadku obniżenia wartości używanych wskaźników,
- nie określają terminu wprowadzenia zmian umowy od momentu wystąpienia zmiany wartości wskaźnika,
- dopuszczają dowolną zmianę wskaźnika wyliczeń odsetek za opóźnienia w zapłacie składki ubezpieczeniowej

nie uwzględniają i nie zabezpieczają interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co prowadzi do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco dla niego niekorzystny. Przedmiotowe postanowienia, w ocenie Prezesa UOKiK, kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Ad. 2 i 3 sentencji decyzji

Nałożenie obowiązku wykonania zobowiązań oraz określenie terminu wykonania zobowiązań

Zgodnie z art. 23c ust. 1 okiU jeżeli przedsiębiorca przed wydaniem decyzji, o której mowa w art. 23b ust. 1, zobowiąże się do podjęcia lub zaniechania określonych działań zmierzających do zakończenia naruszenia zakazu, o którym mowa w art. 23a, lub usunięcia skutków tego naruszenia, Prezes Urzędu może, wydając decyzję, o której mowa w art. 23b ust. 1, zobowiązać przedsiębiorcę do wykonania tych zobowiązań.

Prezes Urzędu nałożył na Allianz obowiązek wykonania zobowiązania zgodnie z pkt. I sentencji decyzji. Prezes Urzędu uznał za zasadne przyjęcie zobowiązania w przedstawionym w rozstrzygnięciu kształcie. Treść zobowiązania jest jednoznaczna i precyzyjna oraz umożliwia skontrolowanie jego wykonania.

W ramach ww. zobowiązania Allianz zobowiązał się do usunięcia skutków praktyki wskazanej w rozstrzygnięciu decyzji oraz poinformowania konsumentów o nieprawidłowościach, jakich dopuściła się Spółka i związanych z nimi korzyściach dla konsumentów. Praktyka ta została zaniechana przed dniem wydania decyzji, bowiem Spółka zaprzestała stosowania kwestionowanych klauzul.

Zobowiązanie do usunięcia skutków naruszeń interesów konsumentów spowodowanych praktyką kwestionowaną przez Prezesa Urzędu

Na dzień wydania decyzji trwają skutki naruszenia interesów konsumentów o charakterze ekonomicznym i pozaekonomicznym. W ocenie Prezesa Urzędu zachodzi konieczność usunięcia ww. skutków poprzez realizację zaproponowanych przez Spółkę działań. W ramach ww. zobowiązania Spółka zobowiązała się także do przyznania określonej grupie konsumentów przysporzenia konsumenckiego.

Odnosząc się do działań zaproponowanych przez Spółkę, należy w pierwszej kolejności przedstawić wyjaśnienia Spółki odnośnie do zaproponowanych rozwiązań.

Jak już wskazano jedynie w przypadku poniższych wzorców i postanowień umownych wskazanych m. in. w pkt 2a, 2b i 2c sentencji niniejszej decyzji, Spółka dokonywała zmiany kosztu ochrony ubezpieczeniowej, tj.:

- 1) Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Zespół NR PGZ/2016/1;

2) Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Zespół NR PGZ/2014/1;

3) Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Zespół NR PGZ/2012/1.

W związku z powyższym tych klauzul dotyczy rekompensata publiczna zaproponowana przez Allianz w treści zobowiązania. Wartość rekompensaty obejmuje różnicę między kwotami kosztu ochrony za ryzyko śmierci po podwyżkach na podstawie ww. klauzul zakwestionowanych w niniejszej decyzji i kwotami tego kosztu ochrony przed podwyżkami.

Wskazywany w zobowiązaniu przez Spółkę termin 180 dni na realizację takiej operacji wynika z jej możliwości operacyjnych. Spółka podniosła, iż konieczne będzie uprzednie dokonanie odpowiednich przeliczeń dla całej grupy uprawnionych, przygotowanie odpowiedniej dokumentacji i systemów informatycznych, a także zapewnienie współpracy ze strony agentów ubezpieczeniowych, którzy zapewniliby ubezpieczającym odpowiednie wsparcie w całym procesie.

Allianz podniósł także, iż proponowane rozwiązanie kieruje rekompensatę co do zasady bezpośrednio do ubezpieczonych. Ostatecznie zatem w przypadku tego rozwiązania to ubezpieczający jako strona umowy ubezpieczenia i płatnik składek podejmowałby decyzję co do formy rekompensaty, z której chce skorzystać, a rozwiązanie wskazane w zobowiązaniu nie będzie ubezpieczającym narzucane. Zarazem Spółka zaproponowała rozwiązanie, w którym w przypadku zwrotu w gotówce ubezpieczający zostaną pouczeni, że jeśli składki były finansowane przez ubezpieczonych, powinni przekazać ubezpieczonym kwoty otrzymane od Spółki tytułem rekompensaty.

Celem tego rozwiązania jest skierowanie rekompensaty do ubezpieczonych, którzy faktycznie ponieśli koszty związane ze stosowaniem przez Spółkę zakwestionowanych w niniejszej decyzji klauzul modyfikacyjnych. Zarazem w praktyce koszty te mogły być ponoszone w całości przez ubezpieczonych, w całości przez ubezpieczających, albo też częściowo przez ubezpieczających, a częściowo przez ubezpieczonych. Mając to na uwadze zobowiązanie:

a) pozwoli na skierowanie rekompensaty do osób, które faktycznie poniosły koszty związane ze stosowaniem przez Spółkę zakwestionowanych klauzul umownych,

ale również:

b) umożliwi uzyskanie przez ubezpieczonych rekompensaty w sytuacji, w której ubezpieczający pokrył koszty, jednak zdecydował się na wariant zapisania dodatkowych jednostek na rachunkach ubezpieczonych.

Jak wskazała Spółka, proponowane rozwiązanie pozwala zatem w odniesieniu do tej kategorii ubezpieczonych na pełną rekompensatę kosztów poniesionych w związku z kwestionowanymi klauzulami. Dodatkowo ubezpieczeni, którzy faktycznie nie ponieśli żadnych kosztów uzyskują wymierną korzyść w postaci zapisania nowych jednostek na ich rachunkach. Prosty zwrot takich opłat zgodnie z zasadami prawa cywilnego mógłby być skierowany przez Spółkę tylko do ubezpieczających. Proponowany program adresowany jest zatem z założenia do ubezpieczonych, korzystających z ochrony konsumenckiej w zakresie tzw. klauzul abuzywnych na podstawie art. 808 § 5 kodeksu cywilnego, którzy nie mają bezpośredniej relacji kontraktowej ze Spółką, przy jednoczesnym zachowaniu praw ubezpieczających, jako strony umów ze Spółką.

Jedynie w sytuacji, gdy nie będzie możliwe wdrożenie mechanizmu opisanego

powyżej, Spółka zaproponowała rekompensatę na wniosek ubezpieczającego, złożony w terminie 3 lat od dnia uprawomocnienia się niniejszej decyzji Prezesa UOKiK, poprzez zwrot odpowiedniej kwoty, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez tego ubezpieczającego, albo w inny sposób uzgodniony indywidualnie przez Spółkę z tym ubezpieczającym. Metoda ta ma zastosowanie w odniesieniu do:

a) ubezpieczających, którzy w chwili dokonywania przeliczenia, o którym w zobowiązaniu, nie będą już stroną umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej ze Spółką na podstawie jednego ze wzorców wskazanych w sentencji niniejszej decyzji, ale którzy uprzednio byli stroną takiej umowy;

b) ubezpieczających, o których mowa w pkt a) i b) powyżej w zakresie zwrotu odpowiedniej kwoty za ubezpieczonych, którzy w chwili dokonywania przeliczenia, nie będą już objęci ochroną na podstawie umów ubezpieczenia, o których mowa w pkt a) i b) powyżej.

Także w tym przypadku ubezpieczający zostaną pouczeni, że jeśli składki były finansowane przez ubezpieczonych, powinni przekazać ubezpieczonym kwoty otrzymane od Spółki tytułem rekompensaty.

Jednocześnie Spółka zaproponowała minimalny próg, poniżej którego rekompensata, obliczona za danego uczestnika, nie będzie zwracana ubezpieczającemu. Spółka zaproponowała ustalenie takiego progu w wysokości 1 (jeden) zł, co oznacza, że jeżeli rekompensata obliczona za danego uczestnika byłaby niższa niż 1 (jeden) zł, wówczas Spółka nie dokona operacji alokowania jednostek UFK albo obliczania i zwrotu ubezpieczającemu takiej kwoty. Ponadto, w zestawieniu przesyłanym ubezpieczającemu, Spółka uwzględni tylko kwoty rekompensat za uczestników, które są równe albo wyższe niż 1 (jeden) zł. W ocenie Spółki, pozwoli to uniknąć operacji finansowych, których koszt wykonania będzie niewspółmierny do zwracanej kwoty rekompensaty za danego uczestnika. Sytuacja taka dotyczyć będzie ok. [tp] ubezpieczonych i łącznie kwoty nie przekraczającej zł [tp]. Z perspektywy całej wartości rekompensaty zaproponowanej przez Spółkę, nie jest to kwota, która istotnie zmieniałaby zobowiązanie Spółki.

Poinformowanie ubezpieczającego o możliwości otrzymania rekompensaty przed momentem kiedy otrzyma on ofertę rocznicową (w której zostanie mu przedstawiona informacja o niniejszej decyzji Prezesa UOKiK i jej skutkach), w ocenie Spółki, może spowodować brak zrozumienia po stronie ubezpieczającego z czego wynika taka rekompensata i jej wysokość.

W związku z powyższym, w celu kompleksowego i transparentnego poinformowania ubezpieczających o wszystkich aspektach decyzji Prezesa UOKiK, Spółka zaproponowała zawarcie informacji o możliwości otrzymania rekompensaty w ofertach rocznicowych, których wysyłka zgodnie z warunkami umów rozpocznie się po maksymalnie 180 dniach od dnia uprawomocnienia się niniejszej decyzji (takie oferty rocznicowe w przypadku ubezpieczenia Zespół są kierowane do ubezpieczających na 90 dni przed rocznicą ubezpieczenia). Przed rocznicą ubezpieczenia ubezpieczający otrzyma zatem łącznie informację o postanowieniach, które nie będą stosowane, postanowieniach, które mogą zostać wprowadzone do umowy za jego zgodą, informację o możliwości otrzymania rekompensaty oraz informację o wysokości składki jaką powinien opłacić z uwagi na fakt braku związania kwestionowanymi klauzulami.

Wprowadzenie nowej wysokości składki nastąpi ze skutkiem od rocznicy ubezpieczenia, a zarachowane jednostek UFK na rachunkach nastąpiłoby nie później niż 30

dni po rocznicy ubezpieczenia i nie później niż do momentu wysłania pakietu Rocznica, według wartości jednostki na dzień rocznicy i zrekalkulowanej na dzień rocznicy ubezpieczenia wysokości rekompensaty.

W przypadku przelewu na rachunek bankowy, środki zostaną przekazane na wskazany rachunek w takich samych terminach. Takie ukształtowanie całego procesu - zdaniem Spółki - gwarantuje jego większą czytelność dla ubezpieczających oraz rozliczenie z ubezpieczającymi wszystkich należnych im kwot z tytułu rekompensaty.

W zakresie rekompensaty Spółka wyjaśniła także, iż przy rozliczeniu należnych kwot rekompensaty zostaną także uwzględnione kwoty wynikające z podwyżek kosztów ochrony za ryzyko śmierci (w odniesieniu do wzorców wskazanych w pkt 2. a)-b) sentencji niniejszej decyzji) oraz podwyżek kosztów ochrony ubezpieczeniowej (w odniesieniu do wzorca wskazanego w pkt 2. c) sentencji niniejszej decyzji), za okres od wydania ww. decyzji do dnia dokonania zwrotu kwot rekompensaty. Zatem zaproponowane powiązanie wysyłki informacji o rekompensacie wraz z informacją o bezskuteczności klauzul uznanych za abuzywne przez Prezesa UOKiK nie wywoła negatywnych skutków dla uprawnionych do otrzymania rekompensaty.

Spółka rozliczy i wypłaci bowiem należne kwoty również za okresy pomiędzy dniem wydania decyzji zobowiązującej, a dniem dokonania zwrotu uprawnionym do otrzymania rekompensaty. W związku z tym, nawet jeśli wysłanie komunikatu o możliwości otrzymania rekompensaty będzie przesunięte w czasie, względem pierwotnie złożonej propozycji zobowiązania, to i tak uprawnieni do rekompensaty otrzymają zwrot wszystkich kwot pobranych na podstawie klauzul, które zostaną uznane za abuzywne, także tych zapłaconych po wydaniu decyzji zobowiązującej.

W konsekwencji łączna wartość przysporzenia wynikającego z zobowiązania wynosi około zł [tp]. Propozycja ta odnosi się do umów ubezpieczenia grupowego, na podstawie których łącznie około osób [tp] ma lub miało status ubezpieczonych. Spółka poniesie jeszcze koszty organizacyjne i administracyjne związane z tym rozwiązaniem szacowane na około zł [tp], co powoduje, że łączny koszt tej propozycji z perspektywy Spółki przekroczy zł [tp].

Spółka wyjaśniła także znaczenie zawartego w treści zobowiązania zwrotu „zgodnie z OWU”, odnoszącego się do wysłania przez Spółkę listów bądź ofert rocznicowych.

Mianowicie, wysyłka takich listów i ofert rocznicowych będzie dokonywana w formie uzgodnionej z ubezpieczającymi, tzn.:

1) jeżeli ubezpieczający wyraził odpowiednią zgodę wówczas list rocznicowy/oferta rocznicowa będzie przesłana na wskazany adres e-mail,

2) jeżeli taka zgoda nie została wyrażona, wówczas list rocznicowy/oferta rocznicowa będzie przesłana na adres korespondencyjny wskazany przez ubezpieczającego.

Pojęcie „zgodnie z OWU” odnosi się zaś do charakteru korespondencji i terminu, w którym zgodnie z warunkami danej umowy ubezpieczenia Spółka jest zobowiązana przygotować i wysłać ubezpieczającemu taki list rocznicowy/ofertę rocznicową. Przykładowo, zgodnie z:

1) Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia „Twoje życie” OWU/TZ/1/2019 Spółka przygotowuje taki list rocznicowy na 49 dni przed rocznicą ubezpieczenia;

2) Warunkami Ogólnymi Grupowego Ubezpieczenia na Życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun nr PGOF/2017/1, Spółka przygotowuje i składa

ubezpieczającemu ofertę rocznicową nie później niż na trzydzieści dni przed dniem rocznicy ubezpieczenia;

3) Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Gwarantowanej Renty Kapitałowej (GRK/R/7/2016) przed wypłatą pierwszego świadczenia w każdym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia Spółka powiadamia ubezpieczonego, uposażonego lub uposażonego zastępczego o wysokości świadczenia rentowego należnego w tym roku;

4) Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP (BVIP/J/14/2018), Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Indywidualne Konto Emerytalne Aviva IKE/J/8/2018 czy Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego Aviva IKZE/J/5/2018, raz w roku ubezpieczenia Spółka informuje ubezpieczającego o wartości rachunku (roczna informacja), przy czym pierwsza taka informacja jest przekazywana nie wcześniej niż w terminie 10 (dziesięciu) miesięcy i nie później niż w terminie 14 (czternastu) miesięcy od dnia zawarcia umowy

Poszczególne wzorce umowne wymienione w sentencji niniejszej decyzji mogą przewidywać zatem różne rodzaje korespondencji rocznicowej kierowanej do klientów oraz różne terminy, w których następuje sporządzenie i przedstawienie ubezpieczającemu takiego listu bądź oferty rocznicowej. W ocenie Spółki, wyszczególnienie poszczególnych terminów i rodzajów korespondencji w odniesieniu do każdego wzorca wydłuży znacznie sentencję decyzji. Jednocześnie, ponieważ Spółka będzie wysyłać informacje do ubezpieczających zgodnie z obowiązującymi umowami, każdy z ubezpieczonych będzie wiedział, kiedy może spodziewać się otrzymania komunikatu.

Mając na uwadze powyższe okoliczności Spółka złożyła propozycję zobowiązania do podjęcia następujących działań.

Z uwagi na wycofanie już z obrotu wzorów zawierających zakwestionowane postanowienia Spółka zobowiązała się do zaprzestania stosowania w czynnych umowach kwestionowanych postanowień umownych wskazanych w pkt 1.1-6 sentencji niniejszej decyzji.

Informacja na ten temat zostanie przekazana w piśmie przewodnim ww. listu rocznicowego/oferty rocznicowej. Wysyłka tej informacji rozpocznie się nie później niż 180 dni od uprawomocnienia się niniejszej decyzji i będzie trwała 365 dni.

Kolejnym elementem zobowiązania jest rekompensata publiczna skierowana do ubezpieczających, którzy zawarli umowy ubezpieczenia na podstawie wzorców wskazanych w pkt 2. a)-c) sentencji niniejszej decyzji.

Rekompensatę tę będą stanowić środki pieniężne równe kwotom wynikającym z podwyżek kosztów ochrony za ryzyko śmierci (w odniesieniu do wzorców wskazanych w pkt 2. a)-b) sentencji niniejszej decyzji) oraz podwyżek kosztów ochrony ubezpieczeniowej (w odniesieniu do wzorca wskazanego w pkt 2. c) sentencji niniejszej decyzji) w umowach ubezpieczenia na życie, które to środki zostały pobrane na podstawie klauzul opisanych w pkt 2. a)-c) sentencji niniejszej decyzji od dnia 17 kwietnia 2016 r. z tytułu ubezpieczenia osób, które były ubezpieczonymi na podstawie umów grupowego ubezpieczenia.

Okres, za który będą naliczane środki pieniężne to okres od dnia 17 kwietnia 2016 r. do chwili zaniechania pobierania opłat na podstawie zakwestionowanych klauzul wskazanych w pkt 2. a)-c) sentencji niniejszej decyzji.

Spółka zamieści także komunikat na swojej stronie internetowej, w którym poinformuje o wydaniu niniejszej decyzji i odeśle czytelnika w sprawie szczegółów do publikacji decyzji na stronie Prezesa UOKiK.

Mając na uwadze powyższe, Prezes Urzędu orzekł jak w pkt I sentencji decyzji.

Obowiązek składania w wyznaczonym terminie informacji o stopniu realizacji zobowiązań (pkt II sentencji decyzji)

Zgodnie z art. 23c ust. 3 okikU w decyzji nakładającej na przedsiębiorcę obowiązek wykonania określonych zobowiązań Prezes Urzędu nakłada na przedsiębiorcę obowiązek składania w oznaczonym terminie informacji o stopniu ich realizacji.

W związku z powyższym Prezes Urzędu zobowiązał przedsiębiorcę do poinformowania o stopniu realizacji zobowiązań, o których mowa w pkt I decyzji, zgodnie z treścią pkt II sentencji decyzji. Obowiązki informacyjne mają za zadanie wykazać wykonanie zarówno zobowiązań związanych z poinformowaniem konsumentów o zaniechaniu stosowania kwestionowanych klauzul jak i przysporzenia, jakie Spółka zobowiązała się przyznać konsumentom. Zakres nałożonych obowiązków informacyjnych pozwoli ustalić czy działania, do których zobowiązał się Allianz zostały wykonane i jaki był ich efekt. Przekazane przez Spółkę informacje oraz dokumenty pozwolą zatem zweryfikować i ocenić sposób oraz stopień wykonania zobowiązania.

Mając na uwadze powyższe Prezes Urzędu orzekł jak w pkt II rozstrzygnięcia decyzji.

Koszty postępowania (pkt III sentencji decyzji)

Zgodnie z art. 77 ust. 1 okikU, jeżeli w wyniku postępowania Prezes Urzędu stwierdził naruszenie przepisów ww. ustawy, przedsiębiorca, który dopuścił się tego naruszenia, jest obowiązany ponieść koszty postępowania. Zgodnie z art. 80 okikU, Prezes Urzędu rozstrzyga o kosztach, w drodze postanowienia, które może być zamieszczone w decyzji kończącej postępowanie.

Zgodnie z art. 263 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2000) do kosztów postępowania zalicza się koszty podróży i inne należności świadków i biegłych oraz stron w przypadkach przewidzianych w art. 56 tej ustawy, a także koszty spowodowane oględzinami na miejscu, jak również koszty doręczenia stronom pism urzędowych. Zgodnie zaś z art. 264 § 1 ww. ustawy jednocześnie z wydaniem decyzji organ administracji publicznej ustali w drodze postanowienia wysokość kosztów postępowania, osoby zobowiązane do ich poniesienia oraz termin i sposób ich uiszczenia.

W punkcie I. sentencji niniejszej decyzji Prezes Urzędu w wyniku przeprowadzonego postępowania w sprawie o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone stwierdził naruszenie przez ww. przedsiębiorcę art. 23a okikU. Spełniona została zatem przesłanka wynikająca z art. 77 ust. 1 okikU pozwalająca na obciążenie przedsiębiorcy kosztami przeprowadzonego postępowania, którymi są dla Prezesa Urzędu wydatki w łącznej kwocie 70,70 zł związane z prowadzoną w toku tego postępowania korespondencją ze stroną niniejszego postępowania.

Koszty niniejszego postępowania przedsiębiorca obowiązany jest wpłacić na konto Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Warszawie w NBP o/o Warszawa Nr 5110101010007878223100000 w terminie 14 dni od uprawomocnienia się decyzji.

Pouczenie

Stosownie do treści art. 81 ust. 1 okikU w związku z art. 479²⁸ § 2 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2021 r., poz. 1805, dalej także jako: kpc) od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w terminie **miesiąca** od dnia jej doręczenia, za pośrednictwem Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Zgodnie z art. 3 ust. 2 pkt 9 w związku z art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2022 r., poz. 1125), odwołanie od decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów podlega opłacie stałej w kwocie 1000 zł. Zgodnie z art. 103 ust. 1-2 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd może przyznać zwolnienie od kosztów sądowych osobie prawnej lub jednostce organizacyjnej niebędącej osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, jeżeli wykazała, że nie ma dostatecznych środków na ich uiszczenie. Spółka handlowa powinna dodatkowo wykazać także, że jej wspólnicy albo akcjonariusze nie mają dostatecznych środków na zwiększenie majątku spółki lub udzielenie spółce pożyczki.

Zgodnie z art. 105 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, wniosek o przyznanie zwolnienia od kosztów sądowych należy zgłosić na piśmie lub ustnie do protokołu w sądzie, w którym sprawa ma być wytoczona lub już się toczy.

Jak stanowi art. 117 § 1 kpc strona zwolniona przez sąd od kosztów sądowych w całości lub części, może domagać się ustanowienia adwokata lub radcy prawnego.

Zgodnie z art. 117 § 3 kpc osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna, której ustawa przyznaje zdolność sądową, niezwolniona przez sąd od kosztów sądowych, może się domagać ustanowienia adwokata lub radcy prawnego, jeżeli wykaze, że nie ma dostatecznych środków na poniesienie kosztów wynagrodzenia adwokata lub radcy prawnego.

W myśl art. 117 § 4 kpc wniosek o ustanowienie adwokata lub radcy prawnego strona zgłasza wraz z wnioskiem o zwolnienie od kosztów sądowych lub osobno, na piśmie lub ustnie do protokołu, w sądzie, w którym sprawa ma być wytoczona lub już się toczy.

Z upoważnienia Prezesa Urzędu Ochrony
Konkurencji i Konsumentów
Dyrektor Delegatury Urzędu Ochrony
Konkurencji i Konsumentów w Bydgoszczy
Piotr Adamczewski