

Sygn. akt II Ca 378/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 listopada 2018 roku

Sąd Okręgowy w Szczecinie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

| | |
|-----------------|--|
| Przewodniczący: | SSO Tomasz Szaj |
| Sędziowie: | SO Karina Marczak (spr.) SO Katarzyna Longa |
| Protokolant: | st. sekr. sąd. Izabela Bączalska |

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 07 listopada 2018 roku w S.

sprawy z powództwa G. L.

przeciwko Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej we W.

o zapłatę

na skutek apelacji wniesionej przez pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego w Gryfinie z dnia 30 października 2017 roku, sygn. akt I C 1011/16

1. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

a) w pkt I. zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej we W. na rzecz powoda G. L. 1 009,65 zł (jeden tysiąc dziewięć złotych i sześćdziesiąt pięć groszy) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 16 sierpnia 2016r. i oddala powództwo w pozostałym zakresie;

b) w pkt II. zasądza od powoda na rzecz pozwanego 1 640 (jeden tysiąc sześćset czterdzieści) złotych tytułem kosztów procesu;

2. oddala apelację w pozostałym zakresie;

3. zasądza od powoda na rzecz pozwanego 840 (osiemset czterdzieści) złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt II Ca 378/18

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 30 października 2017 r. Sąd Rejonowy w Gryfinie po rozpoznaniu sprawy z powództwa G. L. przeciwko Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej we W. o zapłatę (sygn. akt I C 1011/16):

I. zasądził od pozwanego Towarzystwa (...) Spółce Akcyjnej we W. na rzecz powoda G. L. kwotę 6.606,79 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 13 sierpnia 2016 r. do dnia zapłaty;

II. zasądził od pozwanego Towarzystwa (...) Spółce Akcyjnej we W. na rzecz powoda G. L. kwotę 2.667 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd Rejonowy oparł powyższe rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach.

W dniu 28 lutego 2013 roku G. L. - klient (...) sp. z o.o. podpisał deklarację przystąpienia do Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), z deklarowaną składką zainwestowaną na poziomie 22.500 zł. Umowa Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) została zawarta dnia 6 listopada 2012r. pomiędzy Towarzystwem (...) Spółka Akcyjna w (...) Spółką z o.o. w W..

Powód w ten sposób wyraził wolę objęcia go ochroną ubezpieczeniową przez pozwanego. Integralną część tej umowy stanowiły Warunki (...) kod 2012_ (...)_v.04. Powód G. L. zdecydował się na skorzystanie z oferty pozwanego, albowiem przedstawiciel spółki (...) reklamował ten produkt jako bezpieczny, szybki sposób na oszczędzanie, gdzie inwestując 100 zł miesięcznie po 15 latach zysk wyniesie około 97.000 zł. Przedstawiciel ten pokazał powodowi wykres obrazujący sposób osiągania zysku. Potwierdził także, że w gwarantowane jest zwrot wpłaconych przez powoda pieniędzy, także w razie wcześniejszego rozwiązania umowy. Powód nie był informowany jak będą inwestowane jego środki. Powód, choć posiadał już ubezpieczenie na życie w innym zakładzie ubezpieczeń, był bardzo zainteresowany tym produktem z uwagi na obiecującą formę oszczędzania pieniędzy, od razu podjął decyzję o przystąpieniu do ubezpieczenia, nie negocjując jego warunków. Deklarację przystąpienia podpisał od razu, zaś pierwszą wpłatę określona w umowie na kwotę 4500 zł wpłacił przelewem. W deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia określono w szczególności następujące elementy ubezpieczenia: data przystąpienia do ubezpieczenia: 28 lutego 2013r., data początku okresu odpowiedzialności: 6. dnia roboczego po zakończeniu subskrypcji, długość okresu odpowiedzialności 180 miesięcy, wysokość składki zainwestowanej 22.500 zł, wysokość składki pierwszej 4500 zł, wysokość składki bieżącej 136 zł, wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w tytule dożycia: 100% wartość rachunku w dacie umorzenia, wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w tytule zgonu Ubezpieczonego: 1%* Składka Zainwestowana + (liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu w dacie umorzenia * Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu Ubezpieczonego), alokacja składki zainwestowanej w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...).

Zgodnie z treścią Rozdziału 2 pkt 1 warunków ubezpieczenia, które obowiązywały dla umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu na wypadek zgonu Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo dożycia Ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Rozdziale 11, na zasadach określonych w Rozdziale 13, z zastrzeżeniem Rozdziału 10. W Rozdziale 2 pkt 2 wskazano, że ponadto celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych Ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...), zgodnie z zapisami Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego " (...)". Okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się 6. dnia roboczego po zakończeniu okresu, jeśli spełnione zostaną warunki określone w Rozdziale 4 i trwa przez 180 miesięcy, z zastrzeżeniem pkt 2. Kończy się także z dniem: zgonu ubezpieczonego lub z dniem rezygnacji przez ubezpieczonego z ubezpieczenia, lub z dniem rozwiązania stosunku ubezpieczenia, lub z dniem likwidacji Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego " (...)", w zależności od tego, co nastąpi pierwsze (Rozdział 3 pkt 1 i 2 warunków umowy).

Zgodnie z Rozdziałem 5 pkt 11 warunków umowy Ubezpieczyciel w ciągu 14 dni roboczych od zakończenia okresu subskrypcji dokonuje pierwszego nabycia jednostek uczestnictwa w Funduszu i zapisania ich na rachunku. Do czasu nabycia jednostek uczestnictwa funduszu środki pieniężne nie są oprocentowane. Pierwsze nabycie jednostek uczestnictwa w Funduszu następuje za składkę pierwszą oraz pierwszą składkę bieżącą po pomniejszeniu o Oplatę

za zarządzanie, pobraną zgodnie z rozdziałem 9 pkt 3, według podanego wzoru. W dniu wskazanym w certyfikacie następuje kolejne nabycie jednostek uczestnictwa funduszu i zapisanie ich na rachunku, które dokonane zostaje za kolejną składkę bieżącą po pomniejszeniu o opłatę za zarządzanie (Rozdział 5 pkt 12). Wysokość składki zainwestowanej obliczana jest na podstawie zadeklarowanej Składki Pierwszej i jest niezmienna w całym Okresie odpowiedzialności, i stanowi iloraz składki pierwszej podzielonej przez 20% (Rozdział 6 pkt 1).

Stosownie do Rozdziału 9 pkt 1 Ubezpieczyciel pobiera następujące opłaty: 1) opłatę za zarządzanie, w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko, 2) opłatę likwidacyjną. W myśl pkt 3 tego rozdziału opłata za zarządzanie naliczana jest procentowo zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek od wartości Składki Zainwestowanej i pobierana jest miesięcznie ze Składki Bieżącej w Dacie nabycia. W pkt 4 wskazano, że Opłata Likwidacyjna jest naliczana procentowo zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek w przypadku całkowitego wykupu od wartości umorzonych Jednostek Uczestnictwa Funduszu z rachunku. Pobranie następuje poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej Ubezpieczonemu o wartość Opłaty Likwidacyjnej. Opłata Likwidacyjna jest opłatą należną za czynności ubezpieczeniowe, w tym za koszty poniesione przez Ubezpieczyciela tytułu przystąpienia danego Ubezpieczonego do ubezpieczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego i objęcia go ochroną ubezpieczeniową oraz koszty związane z czynnościami podejmowanymi w związku z umorzeniem Jednostek Uczestnictwa Funduszu na Rachunku i realizacją Całkowitego wykupu. Koszty te rozłożone są na cały okres stosunku ubezpieczenia, do którego przystąpił Ubezpieczony. Opłata Likwidacyjna ma na celu pokrycie tej części kosztów wykonywania umowy poniesionych przez Ubezpieczyciela, których w związku z wcześniejszym zaprzestaniem udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel nie będzie mógł pokryć w przyszłości, w pkt 5 wskazano, że Opłata za ryzyko jest opłatą pobieraną z tytułu udzielenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zgonu Ubezpieczonego i pobierana jest w ramach opłaty za zarządzanie.

Zgodnie z Rozdziałem 11 pkt 1 warunków umowy w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu albo Uprawnionemu Świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, zaś w pkt 2 wskazano, że wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności wynosi 100% Wartości Rachunku w Dacie umorzenia. Wartość rachunku zostanie ustalona zgodnie z zapisami § 4 ust. 5 Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności ustalana jest po umorzeniu na rachunku jednostek uczestnictwa funduszu. Umorzenie wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu następuje w terminie 25 dni po zakończeniu okresu odpowiedzialności według wartości jednostki uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia (Rozdział 11 pkt 3). Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ubezpieczonego ustalana jest zgodnie ze wzorem: $1\% * \text{składka zainwestowana} + (\text{liczba jednostek uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia} * \text{wartość jednostki uczestnictwa funduszu w dacie zgonu Ubezpieczonego})$, z zastrzeżeniem Rozdziału 10. Jest ona ustalana po umorzeniu na rachunku jednostek uczestnictwa funduszu. Umorzenie wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu następuje najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia uzyskania przez ubezpieczyciela aktu zgonu ubezpieczonego według wartości jednostki uczestnictwa funduszu z daty zgonu. (Rozdział 11 pkt 4 i 5).

Zgodnie z Rozdziałem 1 pkt 33 w.u. wartość jednostki uczestnictwa w funduszu, to wartość stanowiąca iloraz wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz liczby wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu kapitałowego. Natomiast wedle Rozdziału 1 pkt 34 w.u. wartość rachunku to wartość stanowiąca iloczyn bieżącej liczby jednostek uczestnictwa funduszu znajdującej się na rachunku oraz aktualnej na dany dzień wartości jednostki uczestnictwa funduszu.

Świadczenie ubezpieczeniowe Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu z tytułu dożycia do końca Okresu odpowiedzialności. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia ubezpieczonego następuje w terminie nie późniejszym niż 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o dożyciu Ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności, przelewem na wskazany rachunek bankowy (Rozdział 13 pkt 1 i 4 warunków ubezpieczenia). W Rozdziale 15 określono zasady rezygnacji ubezpieczenia i całkowity wykup. Oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia musi przybrać formę pisemną (pkt 1). W razie rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel w terminie 35 dni od dnia otrzymania oryginału oświadczenia w tym zakresie,

wypłaca środki z tytułu całkowitego wykupu odpowiednio ubezpieczonemu, na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia albo na rachunek bankowy ubezpieczającego wskazany w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia (Rozdział 15 pkt 4 w.u.). Zgodnie z pkt 6 Rozdziału 15 pkt warunków umowy w przypadku całkowitego wykupu ubezpieczyciel wypłaca kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o Opłatę Likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania składki pierwszej oraz składek bieżących).

Zgodnie z treścią §2 ust 15 Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego wartość jednostki uczestnictwa funduszu to iloraz wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego i liczby wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu. W myśl § 2 pkt 12 ww. Regulaminu wartość aktywów netto to wartość wszystkich aktywów funduszu pomniejszona o zobowiązania wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, ustalana zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie. W myśl § 4ust. 1 regulaminu Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów ubezpieczyciela, składającą się z jednostek uczestnictwa funduszu o jednakowej wartości. Środki Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) lokowane są do 100% w certyfikaty wyemitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...). z których wypłata oparta jest na indeksie Funduszy R. Wschodzących (...): (...). Certyfikaty wyceniane są w złotych polskich. Inwestycja w certyfikaty wiąże się z ryzykiem: a. kredytowym emitenta rozumianym jako możliwość wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności emitenta do obsługi zadłużenia, w tym do wykupu wyemitowanych certyfikatów; b. ryzykiem nie osiągnięcia zysku, ponieważ wynik Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego jest zależny od zmiany wartości certyfikatów i nie jest z góry określony, c. ryzykiem utraty nawet znacznej części zapłaconej Składki Pierwszej i Składek Bieżących pomniejszonych o opłatę za zarządzanie, w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przed końcem Okresu odpowiedzialności (§4 ust. 3 regulaminu). Zgodnie z § 4 ust. 4 regulaminu, wartość rachunku po zakończeniu okresu odpowiedzialności zostanie obliczona w oparciu o wartość wyżej wskazanych certyfikatów na podstawie wzoru wskazanego w tym punkcie regulaminu, odwołującego się m.in. do tzw. wartości zamknięcia wyżej wskazanego indeksu.

Zgodnie z postanowieniami Tabeli Opłat i Limitów wysokość opłaty likwidacyjnej w pierwszych trzech latach polisowych wynosiła 80% Wartości Rachunku, w czwartym 70%, w piątym 60%.

Umowa Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) zawarta dnia 6 listopada 2012r. pomiędzy Towarzystwem (...) Spółka Akcyjna w (...) Spółką z o.o. w W., przewidywała dla ubezpieczającego wynagrodzenie ubezpieczeniowe, ustalone według wzoru z załącznika nr 8 do umowy. Na mocy aneksu nr (...) do tej umowy z dnia 6 grudnia 2012r. wszelkie prawa (...) Spółką z o.o. w W. przejęła spółka (...) Sp. z o.o. w W.. W dniu 7 marca 2013 roku (...) spółka z o.o. (obecnie (...) S.A. w W.) wystawił dla Towarzystwa (...) S.A. w W. fakturę na kwotę 1.207.777,50 zł z tytułu wynagrodzenia za usługi ubezpieczeniowe Równowaga (...), zgodnie z umową z dnia 6.11.2012r., obejmujące również wynagrodzenie za zawarcie umowy z powodem. Wysokość tego wynagrodzenia za zawarcie umowy z powodem wyniosła 3.915 zł.

Powód podpisał oświadczenie o wręczeniu i wyjaśnieniu mu Warunków (...) Równowaga (...), Regulamin (...) oraz Tabelę Opłat i Limitów Składek do tego ubezpieczenia. Oświadczył że rozumie i akceptuje, że:

- celem (...) jest ochrona 100% Składki zainwestowanej (suma składki pierwszej i składek bieżących pomniejszona o opłatę za zarządzanie) na koniec okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ryzyk wskazanych w Regulaminie (...),
- w trakcie rwania produktu wartość rachunku może ulegać znacznym wahaniom ze względu na wycenę instrumentów finansowych wchodzących w jego skład, w szczególności może być znacząco niższa niż suma wpłaconych składek.
- Ubezpieczenie Równowaga (...) ma charakter długoterminowy, okres ubezpieczenia trwa 15 lat;
- Ubezpieczenie Równowaga (...) nie jest lokatą bankową i w związku z tym nie gwarantuje zysku;
- bezkosztowa rezygnacja z ubezpieczenia możliwa jest jedynie do ostatniego dnia okresu subskrypcji.

Powód oprócz pierwszej składki w kwocie 4500 zł, następnie wpłacał miesięcznie składki bieżące po 136 zł. Łącznie wpłacił na rzecz pozwanego kwotę 9.804 zł.

Pismem z dnia 8 czerwca 2016 roku G. L. działający przez pełnomocnika złożył pisemną rezygnację z ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) i wniósł o zwrot całości środków znajdujących się na jego rachunku. Odpis pisma doręczono pozwanemu w dniu 26 stycznia 2015 roku.

W piśmie z dnia 13 lipca 2016r. oraz w kolejnym z dnia 23 sierpnia 2016r. przesłanym pełnomocnikowi powoda pozwany wskazał, że stosunek ubezpieczenia został rozwiązany z dniem 13 czerwca 2016r.. Wskazano, że ilość jednostek wynosi 448, (...), wartość jednostki 9,37, wartość rachunku 4206,86 zł, wysokość opłaty likwidacyjnej 24%, co daje kwotę 1009,65 zł. Kwota do wypłaty to 3197,21 zł. Do pisma z dnia 23 sierpnia 2016r. dołączono zestawienie wpłat i ich rozliczenie.

W piśmie z dnia 26 lipca 2016r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 6.606,79 zł z odsetkami ustawowymi za zwłokę, wyznaczając termin do zapłaty do dnia 14 dni od otrzymania tego wezwania, podnosząc nieważność całej umowy ubezpieczenia z (...). Wezwanie to pozwany odebrał dnia 29 lipca 2016r. Żądanej kwoty nie zapłacił.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał, że powództwo, w którym powód domagał się od pozwanego zwrotu całości kwoty uiszczonej pozwanemu z tytułu umowy ubezpieczenia z (...) z dnia 28 lutego 2013r., tj. sumy składki pierwszej i składek bieżących w łącznej wysokości 9.804 zł, podlega uwzględnieniu w całości.

Sąd Rejonowy wskazał, że powód jako ubezpieczony złożył jednostronne oświadczenie woli o przystąpieniu w charakterze ubezpieczonego do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wynikającego z umowy ubezpieczenia zawartej między (...) Spółką z o.o. w W., a pozwanym Towarzystwem (...) na (...) S.A. w W.. Jest to umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek, uregulowana w art. 808 § 1 kodeksu cywilnego.

Powód przez złożenie deklaracji o przystąpieniu do ww. ubezpieczenia, wynikającego z umowy zawartej przez (...) Sp. z o.o. i pozwanego stał się ubezpieczonym w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego oraz przywołanych w stanie faktycznym uzasadnienia postanowień Warunków Umowy. Niesporne w niniejszej sprawie było to, że w ramach funkcjonowania umowy ubezpieczenia z (...) to powód jako ubezpieczony pokrywał w całości składki przewidziane w umowie i ustalone w deklaracji o przystąpieniu do ubezpieczenia (tj. składkę pierwszą i składki bieżące). Składek tych nie wpłacał za ubezpieczonych ubezpieczający (...) Sp. z o.o. w W.. (...) Sp. z o.o. otrzymywała od pozwanego zakładu ubezpieczeń wynagrodzenie za świadczenie usługi polegającej na „dystrybucji” wyżej opisanego produktu ubezpieczeniowego, co więcej, wynagrodzenie znacznej wysokości.

Sąd Rejonowy wskazał, że w przypadku umów ubezpieczenia zawieranych na cudzy rachunek odrębnie można analizować ważność samej umowy oraz ważność i prawną skuteczność jednostronnego oświadczenia ubezpieczonego o wyrażeniu zgody na objęcie go danym ubezpieczeniem (tj. o przystąpieniu do ubezpieczenia). Zaznaczyć należy, że nieważność tego ostatniego oświadczenia skutkuje tym, że wszelkie świadczenia spełnione przez ubezpieczonego w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej (tj. w celu otrzymania określonych świadczeń od zakładu ubezpieczeń) stają się świadczeniami nienależnymi w rozumieniu art. 410 § 2 k.c. Zgodnie z treścią art. 829 § 2 k.c. w umowie ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy na niekorzyść ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego wymaga zgody tego ubezpieczonego. Brak skutecznego prawnie oświadczenia ubezpieczonego wyrażającego wolę skorzystania z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej oznacza, że umowa ubezpieczenia pozostanie w stosunku do tej osoby prawnie bezskuteczna, co oznacza, że osoba ta nie uzyska na jej podstawie ochrony ubezpieczeniowej. Wymóg określony w art. 829 § 2 zd. 2 k.c. stanowi więc ustawową przesłankę ważności czynności prawnej polegającej na złożeniu przez ubezpieczonego oświadczenia woli

do co skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej. Niespełnienie tego wymogu, z uwagi na treść art. 58 § 1 k.c., oznacza bezwzględną nieważność tego rodzaju czynności prawnej.

Mając to na uwadze Sąd Rejonowy uznał, że zasadny jest zarzut podnoszony przez powoda, że złożone przez niego oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia nie zawiera określenia wysokości sumy ubezpieczenia i wobec powoduje nieważność umowy. Wskazać należy, że powód miał zamiar przystąpić w charakterze ubezpieczonego do wyżej opisanej umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a zatem konieczne było w tym celu spełnienie wymogów określonych w art. 829 § 2 k.c. Oświadczenie o przystąpieniu do umowy G. L. złożył w formie pisemnej, jednakże to oświadczenie nie zawiera wskazania sumy ubezpieczenia, choćby w sposób pośredni, tj. za pomocą wzoru pozwalającego na ustalenie wysokości tej sumy. Brak jest jakichkolwiek podstaw do przyjęcia, że sumą ubezpieczenia jest wysokość tzw. składki zainwestowanej wskazanej w deklaracji o przystąpieniu do ubezpieczenia. Strona pozwana, która stanowczo negowała twierdzenia powoda o nie wskazaniu sumy ubezpieczenia jako przesłanki nieważności umowy ubezpieczenia, sama nadal nie wskazała tej sumy na potrzeby procesu sądowego, podnosząc jednocześnie, że nie jest konieczne wskazanie sumy ubezpieczenia jako określonej kwoty. Takie stanowisko jest jednak sprzeczne z brzmieniem wyżej cytowanego przepisu, a Sąd stoi na stanowisku, że brak w oświadczeniu ubezpieczonego o przystąpieniu do ubezpieczenia na życie elementu, o którym mowa w art. 829 § 2 zd. 2 k.c., skutkuje - z uwagi na treść art. 58 § 1 k.c. - nieważnością tego oświadczenia oraz tym, że nie wywołuje ono jakichkolwiek skutków prawnych. Skutek ten następuje z mocy samego prawa i jest niezależny od jakichkolwiek późniejszych zachowań podmiotów prawa. Brak jest jakichkolwiek podstaw prawnych aby uznać, że wymóg określony w art. 829 § 2 zd. 2 k.c. może nie mieć zastosowania do jednej z kategorii umów ubezpieczenia na życie, jaką są umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Umowy te zatem albo powinny być przez zakłady ubezpieczeń formułowane w taki sposób, aby było możliwe określenie z góry i w sposób jednoznaczny wysokości sumy ubezpieczenia, albo też nie powinny być zawierane z podmiotem ubezpieczającym innym niż sam ubezpieczony (tj. nie powinny przybierać postaci umów zawieranych na cudzy rachunek). Podkreślić należy, że wyżej przywołany wymóg wskazania sumy ubezpieczenia w oświadczeniu ubezpieczonego ma służyć ochronie ubezpieczonego przed przystąpieniem do ubezpieczenia, które jest dla niego niekorzystne lub którego warunki nie są dla niego zrozumiałe. Niewątpliwym jest, że tego rodzaju cel ochronny omawianego przepisu znajduje zastosowanie w szczególności do umów tak złożonych i mogących rodzić dla ubezpieczonego tak nieoczekiwane skutki jak umowa ubezpieczenia z (...), do jakiej przystąpił powód. Stąd też, nie ma żadnych przesłanek natury prawnej, aby twierdzić, iż wymóg ustawowy wyraźnie określony w art. 829 § 2 zd. 2 k.c. nie miał zastosowania do umowy wyżej opisanej. Skoro zatem w oświadczeniu powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia suma ubezpieczenia nie została wskazana w jakikolwiek sposób (tj. ani kwotowo ani jakimkolwiek wzorem matematycznym pozwalającym ubezpieczonemu z góry obliczyć wysokość tej sumy), to oświadczenie to jest nieważne i nie rodzi jakichkolwiek skutków prawnych. To z kolei oznacza, że spełnione następnie przez powoda na rzecz pozwanego zakładu ubezpieczeń świadczenia pieniężne, tj. uiszczone składki, stanowiły świadczenia nienależne (art. 410 § 2 k.c.). Po pierwsze, ich spełnienie nastąpiło w wykonaniu nieważnej czynności prawnej. Po drugie, zamierzony cel świadczenia (tj. uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej przez powoda) nie został osiągnięty, gdyż z uwagi na treść art. 829 § 2 k.c. i wadliwość wyżej przywołanego oświadczenia powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia nie mógł zostać osiągnięty - skoro powód nie przystąpił skutecznie do ubezpieczenia, to nie mógł uzyskać ochrony ubezpieczeniowej ze strony pozwanego zakładu ubezpieczeń.

Zdaniem Sądu Rejonowego zasadny był zarzut powoda co do naruszenia przez pozwanego przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego. W ocenie Sądu należy postawić wniosek, że również umowa ubezpieczenia zawarta między (...) Spółką z o.o. w W. a Towarzystwem (...) S.A. w W. była dotknięta nieważnością. Dopuszczalność zawierania umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wynika z treści art. 13 ust 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Analiza materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie prowadzi do wniosku, że umowę ubezpieczenia zawarto z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Stosownie do treści art. 2 ust. 1 tej ustawy, pośrednictwo ubezpieczeniowe polega na wykonywaniu przez pośrednika za wynagrodzeniem czynności faktycznych lub czynności prawnych związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia. Art. 2 ust.

2 ustawy określa, że pośrednictwo ubezpieczeniowe jest wykonywane wyłącznie przez agentów ubezpieczeniowych lub brokerów ubezpieczeniowych. Wprawdzie, formalnie rzecz biorąc, (...) Finanse Sp. z o.o. zawarł ww. umowę ubezpieczenia w imieniu własnym, jednakże w istocie działał jako pośrednik w zakresie produktu ubezpieczeniowego oferowanego osobom trzecim przez pozwanego, co wynika z faktury na k. 136 wystawionej za prowizję za usługi ubezpieczeniowe. Z pisma przedstawiciela (...) S.A. w W. (poprzednio (...) sp. z o.o.) z dnia 15 lutego 2017r. wynika, że faktura VAT (k.136) wystawiona przez (...) Sp. z o.o. W. z dnia 7 marca 2013r. wskazuje rozliczenie w miesięcznym zestawieniu wszystkich prowizji otrzymanych przez spółkę od pozwanego, w tym kwoty 3915 zł, którą spółka ta otrzymała za zawarcie umowy przez pana G. L. (k.267 akt). Niesporne było, że powód złożył deklarację przystąpienia do grupowego ubezpieczenia w placówce (...) Spółki z o.o. w W. i to dzięki ofercie przedstawionej przez pracownika tej firmy. Następnie ubezpieczający otrzymał od pozwanego stosowne wynagrodzenie. Zatem w ramach wyżej przywołanej umowy (...) Sp. z o.o. w W. formalnie była ubezpieczającym, natomiast w rzeczywistości nie uiszczala z własnych środków składek ubezpieczeniowych, lecz jedynie wykonywała czynności polegające na doprowadzeniu do przystępowania osób trzecich do ubezpieczenia oraz na przekazywaniu uiszczanych przez te osoby składek na rzecz pozwanego zakładu ubezpieczeń. Innymi słowy, w sensie ekonomicznym działała identycznie jak pośrednik ubezpieczeniowy działający w interesie pozwanego, za co otrzymywała od pozwanego stosowne wynagrodzenie. Tego rodzaju działalność, jeśli nawet formalnie nie naruszała wymogów określonych w przepisach ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, to stanowiła obejście tych przepisów i wobec tego dotknięta jest nieważnością na podstawie art. 58 § 1 k.c. Celem przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym jest to, aby działalność polegającą na pośrednictwie ubezpieczeniowym prowadziły wyłącznie podmioty posiadające status agenta ubezpieczeniowego lub dysponujące zezwoleniem na prowadzenie działalności brokerskiej (art. 2 ust. 2 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym), co w szczególności wynika z treści art. 47 ust.1 ustawy, który przewiduje odpowiedzialność karną za wykonywanie czynności agenta ubezpieczeniowego przez osoby do tego nieupoważnione (tj. niewpisane do rejestru agentów ubezpieczeniowych - art. 7 ust. 1 ustawy), jak również za prowadzenie działalności brokerskiej bez zezwolenia. Niewątpliwie sprzeczny z prawem i z celem wyżej przywołanej ustawy jest stan polegający na tym, że czynności polegające na pośrednictwie ubezpieczeniowym, tj. na pozyskiwaniu klientów dla pozwanego, wykonywaniu czynności przygotowawczych zmierzających do zawierania umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w administrowaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia (art. 4 ww. ustawy) realizują osoby, które nie spełniają wyżej określonych wymogów. W szczególności, zawarcie i wykonywanie przez (...) Sp. z o.o. i pozwany zakład ubezpieczeń umowy ubezpieczenia na rachunek nieokreślonych imiennie osób trzecich doprowadziło do sytuacji, w której skomplikowany produkt ubezpieczeniowy w postaci wyżej opisanego ubezpieczenia na życia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oferowany był potencjalnym ubezpieczonym przez pracowników tej spółki, co do których brak jest podstaw do przyjęcia, że spełniali wymogi szczegółowo określone w art. 9 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Przesłanka ta nie została wykazana przez stronę pozwaną.

Sąd Rejonowy wskazał również, że niezależnie od powyższego, nawet gdyby uznać, że w sensie prawnym umowa była dopuszczalna i nie powinna być uznana za nieważną, Sąd dokonał analizy ważności stosunku prawnego łączącego strony pod kątem zgodności z naturą stosunku prawnego oraz zasadami współzycia społecznego. Zgodnie z treścią art. 353¹ k.c., strony zawierające umowę o charakterze obligacyjnym mogą ułożyć stosunek prawny według swojego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współzycia społecznego. Sąd doszedł do przekonania, że umowa ubezpieczenia grupowego na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, do jakiej przystąpił powód, narusza dyspozycję wyżej przywołanego przepisu, gdyż określa treść stosunku prawnego w sposób niezgodny z naturą (istotą) stosunku zobowiązaniowego oraz w sposób niezgodny z zasadami współzycia społecznego.

Zawarta przez powoda z pozwanym jako ubezpieczycielem umowa miała charakter złożony i łączyła w sobie elementy umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 805 i następnych kodeksu cywilnego i art. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jak również silny element inwestycyjny. Przystępując do tej umowy przez powoda pozwane towarzystwo ubezpieczeń udzieliło powodowi na okres po 180 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej na wypadek zgonu lub dożycia do końca okresu odpowiedzialności, zaś w przypadku zaistnienia jednego z tych zdarzeń, ubezpieczyciel zobowiązywał się spełnić na rzecz powoda świadczenie ubezpieczeniowe. Opłacane przez powoda składki pełniły nie

tylko funkcje typowej składki w rozumieniu powołanych wyżej przepisów o ubezpieczeniu, ale również miały charakter inwestycji, przy czym ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia zysku, a jedynie zwrot wpłaconych środków, i to tylko w razie upływu pełnego okresu odpowiedzialności (15 lat). Na podstawie zawartej umowy, ubezpieczyciel udzielał zatem ochrony ubezpieczeniowej na życie ubezpieczonego na wskazanych w umowie warunkach, zaś ubezpieczony zobowiązany był do wpłacenia składki, która następnie była alokowana w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy według zasad szczegółowo opisanych w warunkach ubezpieczenia i regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. W ocenie Sądu element ubezpieczeniowy był w przypadku obu umów nikły - jednak nie można stwierdzić, że nie występował w ogóle. Na wypadek śmierci ubezpieczonego Ubezpieczyciel zobowiązał się w umowie P. wypłacić 100% wartości rachunku w dacie umorzenia plus 1% składki zainwestowanej minus podatek. Umowa ta przewidywała trzy rodzaje sytuacji skutkujących powstaniem po stronie ubezpieczonego lub wskazanego przez niego uposażonego uprawnienia do otrzymania świadczenia pieniężnego od Towarzystwa, tj. wskazany przez ubezpieczonego uposażony miał prawo otrzymać świadczenie w przypadku dożycia do końca okresu odpowiedzialności, w przypadku zgonu w okresie odpowiedzialności oraz w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej. W każdym z tych przypadków przesłanką służącą ustaleniu wysokości należnego ubezpieczonemu (lub wskazanemu przez niego uposażonemu) świadczenia pieniężnego była tzw. wartość rachunku określona w sposób bardzo ogólny w Rozdział 2 pkt 33 w.u. jako iloczyn bieżącej liczby jednostek uczestnictwa funduszu znajdującej się na rachunku oraz aktualnej na dany dzień wartości jednostki uczestnictwa funduszu. O ile można przyjąć, że ubezpieczony mógł uzyskać informację o ilości przypisanych mu tzw. udziałów jednostkowych, to wartość jednostki uczestnictwa funduszu uzależniona była od wartości ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jako całości, przy czym w.u. nie określały sposobu ustalenia tej ostatniej wartości, odsyłając w tym zakresie od tzw. regulaminu funduszu. Postanowienia tego regulaminu przewidują, że wartość jednostki uczestnictwa funduszu to iloraz wartości aktywów funduszu netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i liczby wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu (§ 2 pkt 15 regulaminu), a z kolei wartość aktywów netto to wartość wszystkich aktywów funduszu pomniejszona o zobowiązania wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, ustalana zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie (§2 ust 14 regulaminu). Sposób ustalenia wartości aktywów netto funduszu został jednak w opracowany przez pozwane Towarzystwo (...) w regulaminie w sposób bardzo ogólnikowy (§4 ust. 2 regulaminu), poprzez wskazanie, że wartość ta jest ustalana „według wartości rynkowej” „z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny” — bez wyraźnego wskazania, kto oraz w jaki dokładnie sposób miałby tej wyceny dokonywać. Z regulaminu wynika, że środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (tj. wydzielonej części aktywów należących do pozwanego towarzystwa ubezpieczeń) mają być lokowane do 100% w certyfikaty wyemitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...) (§4 ust. 3 regulaminu), tj. bank zagraniczny, przy czym wypłata z tych certyfikatów oparta jest na indeksie Funduszy R. Wschodzących, określonym w § 4 ust. 4 tego regulaminu. Z §4 ust. 3 regulaminu nie wynika, w oparciu o jakie zobiektywizowane kryteria ustalone są wartości tego indeksu. W § 4 ust. 4 regulaminu wskazano: „indeks Funduszy R. Wschodzących oferuje ekspozycję wobec koszyka 10 wiodących i renomowanych funduszy inwestycyjnych, które inwestują w rynki akcji i obligacji krajów rozwijających się. 5 funduszy z koszyka inwestuje w rynki akcyjne krajów rozwijających się, natomiast 5 pozostałych głównie w obligacje emitowane w walutach lokalnych na tych rynkach. Wszystkie fundusze w koszyku posiadają równe wagi. Taka kombinacja pozwala na korzystanie z zalet dywersyfikacji inwestycji i daje szanse osiągnięcia atrakcyjnych stóp zwrotu w różnych warunkach rynkowych. Indeks ten posiada mechanizm kontroli ryzyka na poziomie 8%, który dostosowuje ekspozycję indeksu wobec koszyka funduszy w zależności od występujących warunków rynkowych. Wartość aktywów netto na dzień zakończenia okresu odpowiedzialności zostanie obliczona w oparciu o wartość certyfikatów, o których mowa w ust.3." Jest to zapis bardzo ogólnikowy i mało zrozumiały, a co najmniej niedoprecyzowany. Przytoczony powyżej zapis regulaminu nie pozwala w jakikolwiek sposób ustalić, ...przez kogo oraz za pomocą jakich obiektywnie uchwytnych. danych rynkowych i operacji matematycznych ustalana będzie każdorazowa wartość indeksu, o jakim mowa w wyżej przywołanych postanowieniach regulaminu. Innymi słowy, postanowienia wyżej przywołanego regulaminu definiują pojęcie wartości aktywów netto funduszu za pomocą metody określanej jako *ignotum per ignotum* (nieznane przez nieznane). Jedyna informacja, jaką pośrednio da się wywieść z treści postanowień regulaminu jest taka, że wartość indeksu będzie ustalał (...), jednakże nie wiadomo w oparciu o jakie dane, kryteria i metody matematyczne będzie to czynił. Analiza treści tego regulaminu prowadzi do wniosku, że wartość należnych ubezpieczonemu świadczeń na gruncie umowy ubezpieczenia, która jest przedmiotem rozważań, ustalana miała być nie w oparciu o obiektywnie, weryfikowalne i powszechnie dostępne dane rynkowe, lecz w

sposób wynikający z nieujawnionych w umowie i warunkach umowy metod oraz danych, którymi posłuży się w tym celu osoba nie będąca stroną umowy, tj. (...). Zatem wielkość ewentualnego zysku ubezpieczonego, którego wypłatę gwarantował Ubezpieczyciel po zakończeniu okresu odpowiedzialności (15 lat), zależała od indeksu, którego ani wartość ani metoda wyliczenia nie były jawne dla ubezpieczonego. Zatem umowa stron określała świadczenie ubezpieczyciela w taki sposób, że nie tylko nieznanym był sposób jego wyliczenia, ale w dodatku w dużej mierze wysokość tego świadczenia zależała od arbitralnych decyzji Ubezpieczyciela i osób trzecich, na które Ubezpieczony nie miał wpływu ani nawet nie miał o nich wiedzy. Natomiast świadczenie powoda jako ubezpieczonego zostało w umowie określone precyzyjnie. Ubezpieczyciel część składki przeznaczał (jako opłatę za zarządzanie) na swój zysk ze swojego kapitału zainwestowanego w Fundusz a zapisanego na rachunek ubezpieczonego, ta część składki, która była inwestowana w Fundusz, była przeliczana przez

Ubezpieczyciela na jednostki uczestnictwa i księgowana na rachunku ubezpieczonego - w sposób niezależny od ubezpieczonego i nieznanym mu; nadto wielkość ewentualnego zysku ubezpieczonego, którego wypłatę gwarantował Ubezpieczyciel po zakończeniu okresu odpowiedzialności (15 lat), zależała od indeksu, którego wartość ani metoda wyliczenia nie były jawne dla ubezpieczonego, a przy tym nie zależał on wprost od ruchu cen na rynkach finansowych. Wszystko to prowadzi do wniosku, że świadczenie Ubezpieczyciela, do którego był zobowiązany wobec powoda, nie było określone w umowie w sposób stanowczy i konkretny, ale w taki sposób, który umożliwia kształtowanie wielkości tego świadczenia przez samego Ubezpieczyciela poprzez jego arbitralne decyzje, na które ubezpieczony nie miał żadnego wpływu. Jest to sprzeczne z naturą każdego stosunku zobowiązaniowego. Niedopuszczalne jest, by dłużnik mógł zwolnić się z zobowiązania poprzez spełnienie świadczenia, którego kształt i wysokość sam arbitralnie określi. W doktrynie prawa cywilnego przyjmuje się, że sytuacji, kiedy oznaczenie świadczenia pozostawione zostało jednej ze stron stosunku prawnego, powinno być ono oparte na obiektywnej (tj. poddającej się weryfikacji) podstawie, a nie być pozostawione do swobodnego uznania strony - w przeciwnym razie zobowiązanie takie będzie nieważne. Ten sam wymóg należy odnieść do sytuacji, w której treść świadczenia ma ustalić osoba trzecia. Bez ustalenia tego, jak dłużnik ma się zachować, a więc tego, co jest treścią świadczenia, zobowiązanie nie może istnieć. W momencie powstania zobowiązania treść świadczenia powinna być już określona albo co najmniej powinny być ustalone obiektywne kryteria pozwalające w sposób niezawodny ustalić treść świadczenia w terminie późniejszym. Do cech koniecznych każdego stosunku zobowiązaniowego należy zaliczyć to, że powinien on dawać stronom pewność co do przysługujących im praw i ciążących na nich obowiązków oraz nie stwarzać sytuacji, w których w tej kwestii jedna ze stron stosunku jest uzależniona od drugiej. Pozostawienie dłużnikowi dowolności w odniesieniu do określenia treści jego świadczenia oznaczałoby całkowity brak jego związania, co byłoby sprzeczne z naturą zobowiązania i stanowiłoby naruszenie art. 353¹ k.c.

Jako sprzeczną z istotą stosunku zobowiązaniowego Sąd Rejonowy uznał sytuację, w której ustalenie treści świadczenia należnego jednej ze stron tego stosunku uzależnione jest od arbitralnej lub opartej na całkowicie niejawnym przesłankach decyzji osoby trzeciej. Jest to sprzeczne z naturą stosunku zobowiązaniowego jako takiego. Niedopuszczalne jest, by dłużnik mógł zwolnić się z zobowiązania poprzez spełnienie świadczenia, którego kształt i wysokość w istocie sam arbitralnie określi. Zgodnie z przepisem art. 353¹ k.c., na który to powołuje się pozwany, strony stosunku zobowiązaniowego mogą swobodnie kształtować jego treść - ale tę swobodę umów delimituje właściwość (natura) stosunku obligacyjnego. Pojęcie to nie jest jednoznacznie wyjaśniane w piśmiennictwie, a w orzecznictwie pojawia się najczęściej w ocenie dokonywanej na podstawie innego kryterium ograniczającej kompetencję stron umowy do swobodnego kształtowania jej treści. Należy podzielić stanowisko, że korzystając ze swobody umów, podmioty nie mogą ukształtować stosunku prawnego w ten sposób, iż nie odpowiadałby on podstawowym cechom charakterystycznym dla obowiązującego w polskim systemie prawnym modelu stosunku obligacyjnego lub też modelu określonego rodzaju zobowiązania. Natomiast wobec możliwości zawierania umów nienazwanych, określone przez ustawodawcę cechy charakterystyczne dla poszczególnych typów stosunków obligacyjnych (sprzedaży, zlecenia itp.) mogą być pomocne przy badaniu zgodności z zasadami współżycia społecznego, jako kryteria oceny dochowania reguł słuszności kontraktowej.

Sąd Rejonowy podzielił wyrażony w orzecznictwie sądów powszechnych w odniesieniu do analogicznych stanów faktycznych pogląd, zgodnie z którym określenie świadczenia należnego ubezpieczonemu w sposób opisany powyżej skutkuje koniecznością uznania, że umowa ubezpieczenia nie odpowiada naturze (istocie, właściwości) stosunku obligacyjnego, gdyż nie pozwala nawet w przybliżeniu określić treści świadczenia. Sąd Rejonowy podzielił pogląd, zgodnie z którym tego rodzaju model inwestycji oferowany przez niektóre towarzystwa ubezpieczeń ma charakter „wirtualny” (iluzoryczny), gdyż nie odwołuje się on w jakikolwiek uchwytny sposób do realnie istniejącego rynku aktywów finansowych. Zysk lub strata z obligacji, w które lokowane były środki ubezpieczonych na gruncie omawianego modelu inwestycyjnego, jest uzależniony od wartości indeksów bankowych tworzonych przez prywatne podmioty, których wartość z kolei jest uzależniona od czynników, które nie są jawne dla stron runowy i dla ubezpieczonych. Jak z kolei trafnie wskazano w uzasadnieniu wyżej przywołanego wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie, w ubezpieczeniach opartych na omawianym tutaj modelu inwestycyjnym wysokość należnych ubezpieczonym świadczeń nie była ustalana na podstawie jakichkolwiek wartości rynkowych, ponieważ jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym (jak również papiery wartościowe, w jakie inwestowano środki tego funduszu) nie były oferowane na publicznym rynku i nie były przedmiotem powszechnie dostępnego obrotu. Na podstawie zapisów umowy ubezpieczenia i warunków ubezpieczenia nie można ustalić, w oparciu o jakie kryteria miała być każdorazowo ustalana wartość tych obligacji. Omawiana tutaj umowa ubezpieczenia określała świadczenie ubezpieczyciela w taki sposób, że nie tylko nieznan był sposób jego wyliczenia, ale w dodatku w dużej mierze wysokość tego świadczenia zależała od arbitralnych decyzji ubezpieczyciela lub osoby trzeciej, na które powód nie miał wpływu ani nie miał o nich wiedzy. Z tego właśnie względu omawiana umowa jest sprzeczna z naturą (istotą) stosunku obligacyjnego i jako taka jest nieważna z uwagi na treść art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c.

O ile w zwykłych polisach inwestycyjnych klienci są zagrożeni utratą pieniędzy dopiero wtedy, jeśli wycofają się z inwestycji (gdy z ich wypłaty potrącone będą opłaty likwidacyjne), o tyle w polisie strukturyzowanej do której przystąpił powód straty wynikały już z samej przeceny wartości tego "specjalnego" funduszu inwestycyjnego. Przeniesienie ta nastąpiła zaś na podstawie mechanizmu nieujawnionego w umowie, mechanizmu zależnego wyłącznie od Ubezpieczyciela i podmiotu trzeciego. Wielkość świadczenia Ubezpieczyciela w tej umowie jest niepewna nie dlatego, że wynikać może z oczywistych wahań rynku kapitałowego; nie jest pochodną normalnego ryzyka inwestycyjnego - ale została ukształtowana w sposób całkowicie niewiadomy, a zależny jedynie od samego Ubezpieczyciela.

Zdaniem Sądu Rejonowego omawiana umowa ubezpieczenia jest nieważna także jako sprzeczna z zasadami współzycia społecznego, a to z powodu jej konstrukcji przerzucającej całość ryzyka inwestycyjnego wynikającego z umowy zawartej przez dwa podmioty wyspecjalizowane w przeprowadzeniu operacji finansowych na będącego konsumentem (w rozumieniu art. 22¹ k.c.) ubezpieczonego. Zauważyć należy, że (...) Sp. z o.o. otrzymał z tytułu doprowadzenia do tego, iż powód przystąpił do ubezpieczenia, wynagrodzenie od pozwanego. Z kolei pozwany, z uwagi na treść ogólnych warunków ubezpieczenia, również nie ponosił ryzyka inwestycyjnego, gdyż inwestował środki wpłacane przez ubezpieczonych (tj. konsumentów przystępujących do ubezpieczenia) i otrzymywał świadczenia w postaci opłaty za zarządzanie, (w ramach niej opłata za ryzyko) i opłaty likwidacyjne. Żadne z tych świadczeń zastrzeżonych dla ubezpieczyciela nie jest w jakimkolwiek stopniu uzależnione od ryzyka inwestycyjnego, a wysokość tych świadczeń - w przeciwieństwie do świadczenia należnego ubezpieczonemu - była z góry ściśle określona. Z kolei powód będący konsumentem ponosił całość ryzyka inwestycyjnego. Omawiany produkt inwestycyjny jest skonstruowany w taki sposób taki, że ubezpieczyciel - nawet w razie zajścia zdarzeń uzasadniających wypłatę świadczeń z tytułu śmierci ubezpieczonego lub dożycia przez niego końca okresu ubezpieczenia - będzie zobligowany do wypłaty co najwyżej równowartości już uiszczonych przez ubezpieczonego składek lub sumy odpowiadającej wartości przypisanych temu ubezpieczonemu jednostek funduszu kapitałowego, która to wartość zależy od ryzyka inwestycyjnego wynikającego z inwestowania środków należących do ubezpieczonego. Sąd Rejonowy podzielił argumentację przedstawioną w uzasadnieniu wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie w sprawie III C 1453/13. Nadto wskazał, że za nieuczciwą praktykę rynkową zastosowaną w omawianej umowie na leży uznać drastyczne ograniczenie tzw. wartości wykupu w przypadku przedterminowej rezygnacji przez ubezpieczonego z dalszego wpłacania składek i bycia objętym ubezpieczeniem. W przypadku rezygnacji przez ubezpieczonego z dalszego ubezpieczenia w trakcie

trwania polisokaty, powód miał otrzymać zwrot jedynie niewielkiej części tzw. wartości rachunku udziałów w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, co oznacza, że z tytułu swego rodzaju kary umownej tracił pozostałą część należnego mu świadczenia (niezależnie od tego, że wartość tego świadczenia była ustalana w wyżej omówiony, niejawnym i arbitralnym sposób). Sąd rozpoznający sprawę niniejszą w tej kwestii w pełni podziela pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego z dnia z dnia 18 grudnia 2013 r. (...), OSNC nr 10 z 2014 roku, poz. 103), zgodnie z którym postanowienie ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przewidujące, że w razie wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego przed upływem 10 lat od daty zawarcia umowy, ubezpieczyciel pobiera tzw. opłatę likwidacyjną powodującą utratę wszystkich lub znacznej części zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego środków finansowych, rażąco i w sposób niezgodny z zasadami współżycia społecznego narusza interesy konsumenta. Zgodnie z postanowieniami Tabeli Opłat i Limitów wysokość opłaty likwidacyjnej w pierwszych trzech latach polisowych wynosiła 80% Wartości Rachunku, w czwartym 70%, w piątym 60%. Wprawdzie pozwany ustalił powodowi opłatę likwidacyjną w związku z rozwiązaniem stosunku ubezpieczenia na poziomie 24%, jednakże nie ulega wątpliwości, że zapis umowy kształtował te opłaty w sposób niedozwolony.

W związku z powyższym, wyżej opisaną umowę ubezpieczenia oraz oświadczenie powoda o przystąpieniu do tego ubezpieczenia Sąd Rejonowy uznał za nieważne i niewywołujące skutków prawnych. Z tego względu sumy wpłacone przez powoda na rzecz pozwanego z tytułu składek ubezpieczeniowych stanowią świadczenie nienależne, podlegające zwrotowi na podstawie art. 405 k.c. w zw. z art. 410 § 1 k.c. Skoro powód wpłacił na rzecz pozwanego składki w łącznej wysokości 9804 zł, natomiast otrzymał ich zwrot jedynie w wysokości 3.197,21 zł, zasądzeniu na rzecz powoda podlega suma 6.606,79 zł.

Pozwany w niniejszej sprawie nie wykazał, aby zużył tak uzyskane od powoda świadczenia w taki sposób, że nie jest już wzbogacony (art. 409 k.c.). Niezależnie od powyższego zauważyć należy, iż pozwany jako podmiot, który skonstruował i wprowadził na rynek tak wysoce wadliwy produkt ubezpieczeniowy, od początku powinien być liczyć się z obowiązkiem zwrotu kwot wpłacanych przez ubezpieczonych.

W ocenie Sądu Rejonowego cała umowa łącząca strony jest nieważna od początku, zatem nie było potrzeby rozstrzygnięcia kwestii roszczenia ewentualnego o zapłatę kwoty 1009,65 zł z tytułu pobranej przez pozwanego opłaty likwidacyjnej w związku z rozwiązaniem umowy.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie przyjął, że w świetle art. 805 § 1 k.c. głównym świadczeniem ubezpieczyciela jest wypłata świadczenia w kwocie określonej umową w pełnej wysokości. Natomiast głównym świadczeniem ubezpieczającego jest obowiązek uiszczania składki ubezpieczeniowej. Postanowienie dotyczące pobierania przez ubezpieczyciela opłaty likwidacyjnej wskutek rozwiązania umowy przed terminem nie dotyczy żadnej z tych kwestii. Określa ono bowiem chwilę zakończenia umowy ubezpieczenia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, uzależniając ją od wypłaty świadczenia innego, niż główne świadczenie ubezpieczyciela. Zatem opłaty likwidacyjne nie są świadczeniem głównym, a ponadto, zapisy te nie były negocjowane indywidualnie i są tożsame z postanowieniami aktualnie wpisanymi w rejestrze klauzul niedozwolonych; ustalenie wysokości opłaty za całkowity wykup polisy jest oderwane od kosztów rzeczywiście poniesionych, a związanych z likwidacją polisy. Wobec określenia wysokości opłat likwidacyjnej na niedopuszczalnie wysokim poziomie, pozwalającym pobrać aż 80% wartości zgromadzonych środków, zapis ten należy uznać za niedozwoloną klauzulę umowną, i to bez względu na to, czy została ona wpisana do rejestru niedozwolonych postanowień umownych i wymieniona w katalogu klauzul abuzywnych z art.385³ k.c. Zdaniem Sądu w żaden sposób tej oceny zapisu umowy o opłacie likwidacyjnej nie zmienia fakt, iż pozwany potrącił powodowi z tytułu opłaty likwidacyjnej kwotę 1009,65 zł, stanowiącą 24% wartości rachunku. Sąd każdorazowo ocenia bowiem zapis umowy, nie zaś faktyczne zachowanie strony umowy. Skoro postanowienie umowne wskazywało na opłatę likwidacyjną wynoszącą 80% wartości rachunku i jest stanowi niedozwoloną klauzulę umowną, to bez wpływu na odmienną ocenę tego stanu rzeczy jest działanie pozwanego polegające na podwyższeniu wartości wykupu całkowitego w trzecim roku polisowym do 76%. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że Sąd nie kwestionuje co do zasady uprawnienia pozwanego do pobrania pewnych należności związanych z wykonaniem umowy, jednakże stanął

na stanowisku, że cały ciężar rezygnacji z umowy nie może obciążać powoda, który przecież nie miał wpływu na koszty zawarcia umowy. Sąd uważa, że w analizowanych warunkach umowy brak jest wskazania, że opłata z tytułu wykupu całkowitego służy pokryciu kosztów i obciążeń jakie poniósł pozwany, nie określa również ich wysokości. Takie „przemilczenie” jest niezgodne z dobrymi obyczajami wymaganymi w relacjach konsument-profesjonalista, które powinny być ukształtowane na zasadzie przejrzystości, lojalności oraz jasności, bez pomijania jakichkolwiek okoliczności mających wpływ na prawną i ekonomiczną pozycję konsumenta. Niezgodnie z dobrymi obyczajami powód w dacie podpisania wniosku o zawarcie umowy nie wiedział, jakie koszty i w jakiej wysokości będzie ponosił w przypadku wypowiedzenia umowy. Powód nie wiedziałby tego nawet po wnikliwej analizie dokumentów, albowiem brak tam wyjaśnienia, dlaczego w poszczególnych latach obowiązywania umowy opłata z tytułu wykupu całkowitego wynosić będzie taki a nie inny procent. Zatem mając na uwadze powyższe argumenty, Sąd stoi na stanowisku, że zapis umowy w zakresie prawa do pobrania opłaty likwidacyjnej na poziomie 80% w trzecim roku polisowym jest klauzulą niedozwoloną i nie wiąże powoda, zatem brak było podstaw do potrącenia powodowi jakiegokolwiek kwoty tytułu opłaty likwidacyjnej, co powoduje, że żądanie zapłaty kwoty 1009,65 zł także zasługuje na uwzględnienie.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. Wezwanie powoda do zapłaty przez pozwanego kwoty objętych pozwem dotarło do pozwanego dnia 29 lipca 2016r. Powód wyznaczył pozwanemu termin zapłaty wynoszący 14 dni, co biorąc pod uwagę wysokość kwoty dochodzonej pozwem oraz działalność prowadzoną przez pozwanego jest terminem wystarczającym na spełnienie świadczenia na rzecz powoda. Począwszy więc od 13 sierpnia 2016 r. pozwany pozostaje w opóźnieniu - i od tego też dnia powodowi należą się od zasądzonej kwoty odsetki ustawowe, do dnia ich zapłaty. Sąd Rejonowy orzekł o tym w wyroku - zgodnie z żądaniem powództwa.

O kosztach procesu w punkcie II sentencji wyroku Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. przyjmując, iż powodowi G. L. jako stronie, która wygrała proces, należy się zwrot wszelkich poniesionych kosztów procesu. Złożyły się na nie: opłata od pozwu w wysokości 250 zł, wynagrodzenie profesjonalnego pełnomocnika odpowiadające stawce minimalnej przewidzianej w § 2 pkt 4 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. z 2015 r. poz. 1800) w brzmieniu z dnia wytoczenia powództwa, a także opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł, łącznie 2667 zł. Ponieważ pozwany przegrał proces w całości, zobowiązany jest do zwrotu kwoty 2667 zł na rzecz powoda.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł pozwany zaskarżając go w całości oraz wnosząc o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania przed Sądem I instancji według norm przepisanych oraz zasądzenie na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania przed Sądem II instancji według norm przepisanych.

Apelujący zarzucił Sądowi I instancji:

1. Naruszenie przepisów prawa procesowego mających istotny wpływ na wynik sprawy:

a) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolne i nieznajdujące podstaw w materiale dowodowym ustalenie, że wartość jednostek (...) dokonywana jest przez pozwane Towarzystwo (...) w sposób arbitralny lub dowolny;

b) art. 278 § 1 k.p.c. przez dokonanie ustalenia o dowolności i arbitralności wyceny certyfikatów (...) stanowiących aktywa (...) (wskazanych w Regulaminie (...) i decyzji (...)) bez zasięgnięcia opinii biegłego sądowego, chociaż wymagało to wiadomości specjalnych.

2. Naruszenie przepisów prawa materialnego, poprzez:

a) Niezastosowanie przepisu art. 6 k.c. dokonując ustaleń stanu faktycznego na podstawie nieudowodnionych twierdzeń powoda,

b) Błędą wykładnię art. 353¹ k.c. w z w. z art. 58 k.c. przez przyjęcie, że umowa ubezpieczenia, do której przystąpił powód, jest nieważna ponieważ jest sprzeczna z naturą stosunku zobowiązaniowego,

c) Błędą wykładnię art. 805 k.c. w zw. z art. 829 § 2 k.c. przez przyjęcie, że suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu na życie musi być oznaczona jako konkretna kwota,

d) Błędą wykładnię art. 58 k.c. w zw. z art. 829 § 2 k.c. poprzez uznanie, że umowa ubezpieczenia, do której przystąpił powód, jest nieważna z powodu braku określenia sumy ubezpieczenia,

e) Błędą wykładnię art. 58 k.c. przez przyjęcie, że umowa ubezpieczenia, do której przystąpił powód, jest nieważna z powodu obejścia przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym,

f) Błędą wykładnię art. 58 § 2 k.c. uznając, że stosunek ubezpieczenia zawarty przez powoda z pozwanym jest nieważny ponieważ narusza zasady współzycia społecznego ze względu na przerzucenie całości ryzyka inwestycyjnego na powoda.

g) Błędą wykładnię art. 385¹ k.c. poprzez uznanie postanowień Warunków (...) Równowaga (...) oraz Tabeli Opłat i Limitów Składek określających opłatę likwidacyjną w wysokości 24% wartości rachunku powoda za niedozwolone, podczas gdy zakwestionowane postanowienia określają jedno z głównych świadczeń pozwanego oraz zostało sformułowane jednoznacznie, a przez to nie może być oceniane przez pryzmat art. 385¹ k.c.,

h) Błędą wykładnię art. 385¹ k.c. poprzez uznanie postanowień Warunków (...) Równowaga (...) oraz Tabeli Opłat i Limitów Składek określających opłatę likwidacyjną w wysokości 24% wartości rachunku powoda za niedozwolone, podczas gdy w rzeczywistości nie naruszają one w sposób rażący interesu konsumenta i dobrych obyczajów,

i) art. 385² k.c. poprzez jego niezastosowanie dla dokonania oceny postanowień określających wysokość opłaty likwidacyjnej i całkowitemu pominięciu treści zawartej umowy ubezpieczenia.

Odpowiedź na apelację wywiódł powód wnosząc o oddalenie apelacji pozwanego jako całkowicie bezzasadnej oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania w postępowaniu apelacyjnym, według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego okazała się w znacznej części zasadna, doprowadzając do zmiany zaskarżonego wyroku, w sposób wskazany w sentencji.

Sąd odwoławczy podzielił ustalenia faktyczne poczynione przez sąd I instancji, co zbędnym czyni konieczność ich ponownego powielania. Akceptacji sądu okręgowego nie zyskała natomiast znaczna część rozważań prawnych poczynionych przez ten sąd, a przedstawionych w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia.

W okolicznościach niniejszej sprawy sąd rejonowy uznał, że umowa stron pozostawała w sprzeczności z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa bądź jej postanowienia wykroczały poza granice określone dla swobody umów, co skutkowało stwierdzeniem nieważności umowy, w oparciu o art. 58 § 1 k.c. bądź art. 353¹ k.c., co uzasadniało roszczenie powoda o zwrot wpłaconej składki jako świadczenia nienależnego.

Odnoszą się w pierwszej kolejności do naruszenia przepisu prawa materialnego w postaci art. 58 k.c., w świetle które sąd uznał umowę stron za nieważną i niewiążącą zauważyć należy, że rozwój usług ubezpieczeniowych doprowadził do możliwości wykorzystania produktów ubezpieczeniowych również jako form lokacji kapitału. Umowa, była przedmiotem analizy w niniejszej sprawie oparta została na połączeniu elementów umowy ubezpieczenia z elementami umowy inwestycyjnej.

Przepisy mającej zastosowanie w sprawie ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U.2010.11.66 j.t. z późn. zm.) wprost dopuszczały możliwość zawierania umów ubezpieczenia na życie, powiązanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, regulując elementy tej umowy. W art. 2 ust. 1 pkt 13 tej

ustawy zdefiniowanie zostało pojęcia ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Jak wypowiedział się Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z 22 listopada 2017r. IV CSK 61/17 umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym "genetycznie" oparte są na konstrukcji umowy ubezpieczenia, przewidując - obok elementu zarządzania przez ubezpieczyciela kapitałem ubezpieczającego - także typowe elementy wskazane w art. 805 k.c. jako essentialia negotii tej umowy. Tego typu umowy stanowią umowę ubezpieczenia "wzbogaconą" o element inwestycyjny - polegający na zarządzaniu przez ubezpieczyciela środkami wpłaconymi w ramach składek w celu wypracowania zysku dla ubezpieczającego. Celem umowy ubezpieczenia był zatem transfer skutków majątkowych wystąpienia lub niewystąpienia określonego zdarzenia. Świadczenie ubezpieczyciela polega na zapewnieniu ochrony przed skutkami wystąpienia lub niewystąpienia zdarzenia. Ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko określonego zdarzenia, a ubezpieczający płaci ubezpieczycielowi za przyjęcie tego ryzyka (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 listopada 2017 r. IV CSK 61/17).

Stosownie do postanowień przedmiotowej umowy świadczenia pozwanego miały być wypłacone w wypadku śmierci ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela albo dożycia ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności (rozdział 2. pkt. 1 Regulaminu ubezpieczenia Równowaga (...) (kod:2012_ (...)_v.04).

Treść zobowiązań pozwanego, wynikająca z tych postanowień, odpowiada zwykłym składnikom umowy ubezpieczenia, choć umowa zawierała także typowe postanowienia umowy zawieranej w celu przekazania środków finansowych do ich inwestowania i uzyskiwania z tego tytułu zysku dla dającego zlecenie. W świetle tych postanowień stosunek ubezpieczenia pozostaje wyłączenie formą, w której miał być realizowany cel inwestycyjny, mający z reguły podstawowe znaczenie dla umowy ubezpieczenia z elementami umowy inwestycyjnej. Umowa inwestycyjna ubezpieczyciela miała być świadczona na rachunek i na ryzyko powoda. W tym miejscu przypomnieć należy, że powód podpisał oświadczenia z 28.02.2013r. k. 35 akt, z którego m.in. wynika pouczenie, że ubezpieczenie Równowaga (...) nie jest lokatą bankową i w związku z tym nie gwarantuje zysku. Historyczna (za okres od 30.02. (...) do 24.10.2012r.) średnioroczna stopa zwrotu z indeksu wynosi 10,28%, choć osiągnięte wyniki nie są gwarancją osiągnięcia podobnych wyników w przyszłości.

W konsekwencji nie można podzielić stanowiska sądu I instancji odnośnie naruszenia art. 58 k.c., a mianowicie przyjęcia, że kwestionowana umowa została zawarta niezgodnie z art. 829 § 2 k.c. oraz przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej. Skarżący nie wykazał, że umowa była sprzeczna z ustawą, a tylko naruszenie przepisów ustawy mogłoby doprowadzić do stwierdzenia nieważności tej umowy na podstawie art.58 § 1 k.c. Brak również przesłanek do uznania jej sprzeczności z zasadami współżycia społecznego lub z ustalonymi zwyczajami.

Sąd rejonowy uznał, że stosunek umowny, do którego przystąpił powód, jest nieważny od początku na podstawie art. 353¹ k.c., albowiem ukształtowany został sprzecznie z naturą stosunku zobowiązaniowego. Sąd okręgowy tego stanowiska nie podziela.

Stosownie do treści art. 353¹ k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swojego uznania, byleby treść lub cel nie sprzeciwiały się jego właściwości (naturze), ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Przepis ten ustanawia zasadę swobody umów, która nie jest jednak absolutna, doznając ograniczeń w zakresie treści i celu umowy, po to by określić ramy autonomii woli stron i w konsekwencji nie udzielać im nielimitowanej kompetencji tworzenia stosunków zobowiązaniowych o doniosłości prawnej poza kontrolą prawa. Przepis art. 353¹ k.c. należy do kategorii przepisów iuris cogentis, zatem naruszenie któregośkolwiek z wymienionych w nim kryteriów swobody kontraktowej wywołuje sankcję nieważności umowy na podstawie art. 58 k.c., zgodnie z którym to przepisem czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten że w miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy (§ 1). Nieważna jest także czynność prawna sprzeczna z zasadami współżycia społecznego (§ 2).

Ustalenie, czy treść umowy, do której przystąpił powód, jest sprzeczna z naturą stosunku zobowiązaniowego, wymaga zbadania najistotniejszych cech charakterystycznych ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przez pryzmat kwestii podmiotowych oraz treści i celu zobowiązania. Następnie należy ocenić, czy w przedmiotowej umowie doszło do takiego zniekształcenia tych cech, że naruszone zostały ramy swobody kontraktowej.

Okolicznością bezsporną jest, że w dniu 20 lutego 2013 r. strony zawarły długoterminową umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, która to umowa ma charakter mieszany, łącząc klasyczny model umowy ubezpieczenia na życie z postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Za dominujący w takiej umowie należy uznać aspekt kapitałowy uzasadniający pogląd, że cel umowy zakłada istnienie długotrwałego stabilnego stosunku prawnego łączącego strony w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewnia także ubezpieczycielowi określone korzyści. Takiego charakteru tej umowy nie zmienia w okolicznościach niniejszej sprawy fakt, że wysokość świadczenia z tytułu dożycia została odniesiona do wartości rachunku, obliczonej według wartości jednostek uczestnictwa w dacie umorzenia, zaś świadczenia z tytułu zgonu według wartości zainwestowanych składek powiększonych o wartość rachunku w dacie umorzenia.

Fakt braku wiedzy u powoda dotyczącej zarządzania środkami powierzonymi ubezpieczycielowi, znajomości mechanizmów rynkowych, weryfikowania i ustalania ostatecznej wartości indeksów, nie podważa w żaden sposób natury zobowiązania w rozumieniu art. 353¹ k.c., ani nie narusza w żaden sposób zasad współżycia społecznego w sytuacji, gdy przystąpienie powoda do umowy ubezpieczenia było dobrowolne i uzależnione wyłącznie od jego decyzji.

Ze wskazanego wyżej, podpisanego przez powoda oświadczenia z dnia 20.02.2013r. wynika również, że został on poinformowany, iż w trakcie trwania produktu wartość rachunku może ulegać znacznym wahaniom ze względu na wycenę instrumentów finansowych wchodzących w jego skład, w szczególności może być znacząco niższa niż suma wpłaconych składek.

Sąd odwoławczy nie akceptuje poglądu sądu rejonowego, że treść warunków ubezpieczenia nie pozwalała na ustalenia w dniu zawarcia umowy, ile dokładnie wyniesie świadczenie należne powodowi w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, co z kolei miało skutkować nieważnością umowy.

Odnosząc się do powyższego stwierdzić należy, że elementem przedmiotowo istotnym tej umowy jest inwestowanie środków pochodzących ze składek w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy. Zasady inwestowania w fundusz nie zostały w sposób szczegółowy określone w art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Ustawodawca wskazał tam jedynie minimalny zakres informacji, które winna zawierać umowa. Z warunków ubezpieczenia Równowaga (...) (kod:2012_ (...)_v.04), a w szczególności z rozdziału 11 wynika w sposób jednoznaczny jakie świadczenie wypłaci ubezpieczyciel powodowi w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przewidując, że w przypadku dożycia wysokość świadczenia wyniesie 100% wartości rachunku w dacie umorzenia (pkt. 2) Na koniec okresu odpowiedzialności (...) gwarantował ochronę 100% kwoty odpowiadającej składce zainwestowanej. Powyższe oddawał także wzór wskazujący sposób wyliczenia wysokości świadczenia, gwarantujący uzyskanie wysokości świadczenia, co najmniej w wysokości składki zainwestowanej. Oznaczało to, że poza kosztem opłaty za zarządzanie, powód nie poniesie w zasadzie innego ryzyka.

Nie sposób przyjąć, że umowa ubezpieczeniowa nie określała świadczeń ubezpieczyciela. Co istotne, w umowach ubezpieczeniowych świadczenie ubezpieczyciela nie musi zostać ściśle oznaczone w chwili zawierania umowy. Wystarczającym jest, by umowa wskazywała sposób jego wyliczenia, tak by w chwili nadejścia terminu spełnienia świadczenia, można było ustalić jakiego rodzaju świadczenie i w jakiej wysokości ubezpieczyciel ma ubezpieczonemu wypłacić. W niniejszym przypadku wymogi te zostały spełnione. Dodatkowo wskazać należy, że przystępując do umowy ubezpieczenia powód zgodnie z treścią deklaracji otrzymał warunki ubezpieczenia, regulamin (...) oraz tabelę opłat i limitów składek. Dysponował zatem pełną wiedzą, co do treści stosunku ubezpieczenia. Brak jest zatem podstaw

do przyjęcia, by treść oświadczenia powoda była sprzeczna z art. 829 § 2 k.c., a tym samym, by pociągała za sobą nieważność jego oświadczenia woli.

Zasadnym okazał się także zarzut pozwanego dotyczący błędnego przyjęcia przez sąd rejonowy, iż wycena wartości jednostek (...) dokonywana jest przez pozwane towarzystwo w sposób arbitralny i dowolny. W ocenie sądu okręgowego twierdzenia sądu I instancji są w tym zakresie dowolne i przeczą idei ubezpieczeń z elementem inwestycyjnym.

Wskazać należy, iż sposób lokowania kapitału i obliczania wartości funduszu został szczegółowo przedstawiony w § 4 regulaminu. W świetle przewidzianych tam kryteriów wyceny aktywów, nie sposób przyjąć, by ustalenie wartości jednostek uczestnictwa funduszu miało mieć charakter oderwany od mechanizmów rynkowych, a tym samym dowolny i arbitralny. Przepisy prawa nie pozwalają zakładowi ubezpieczeń na jakąkolwiek dowolność w tym zakresie, zawierają bowiem szczegółowe zasady dokonywania wycen aktywów (zob. ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, rozporządzenie Ministra Finansów z 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych). Tym samym nie jest możliwe dokonywanie wyceny przez ubezpieczyciela w sposób arbitralny. Nadto przepis art. 13 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej obliguje do: dokonywania wyceny jednostek uczestnictwa nie rzadziej niż raz w miesiącu; ogłaszania nie rzadziej niż raz w roku, w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim wartości jednostki (...) ustalonej w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym jest dokonywane zgłoszenie oraz do sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań.

W kwestii indeksu regulamin w § 4 ust 3 stanowi, że środki Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego lokowane są do 100% w certyfikaty wyemitowane przez (...) Arbitrażem I. B. gwarantowane przez Bank (...), których wypłata oparta jest na indeksie Funduszy R. Wschodzących ((...): (...)). Certyfikaty emitowane przez (...) wyceniane są w złotych polskich. W § 4 ust. 4 wskazano, że indeks stworzony przez (...) umożliwia oferuje ekspozycję wobec koszyka 10 wiodących i renomowanych funduszy inwestycyjnych, które inwestują w rynki akcji i obligacji krajów rozwijających się. 5 funduszy z koszyka inwestuje w rynki akcyjne krajów rozwijający się, natomiast pozostałe 5 głównie w obligacje emitowane w walutach lokalnych na tych rynkach. W § 4 ust. 5 uregulowano kwestię braku notowań indeksu. W § 6 zawarto kwestie dotyczące likwidacji indeksu. Co do samej wysokości indeksu podkreślić należy, że każdorazowo aktualna wartość dostępna jest powszechnie na stronie internetowej serwisu (...). Kod indeksu, pod jakim notowany jest on na powyższym serwisie, wskazany został w treści § 4 ust 3 regulaminu, a więc i w treści umowy. Powód miał zatem możliwość śledzenia wartości tego indeksu.

Z powyższego wynika, iż przepisy prawa, zapisy umowy i regulaminu, stanowiącego jego integralną część, nie pozwalają zakładowi ubezpieczeń na jakąkolwiek dowolność w sposobie wyceny aktywów, bowiem zawierają szczegółowe zasady jej dokonywania. W związku z tym nie budzi wątpliwości, że wycena aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych nie jest materią, która jest kształtowana na zasadzie swobody umów i którą strony mogą dowolnie modyfikować. Tym bardziej nie jest możliwe dokonywanie tej wyceny przez ubezpieczyciela w sposób arbitralny i oderwany od wskazanych regulacji. Wprawdzie rację ma powód, że do zweryfikowania i ustalenia ostatecznej bądź bieżącej wartości indeksów konieczna jest wiedza wykraczająca poza typową znajomość mechanizmów rynkowych, z reguły niedostępna dla przeciętnego konsumenta, jednakże po raz kolejny podkreślić należy, że przystąpienie przez powoda do ubezpieczenia grupowego na warunkach w nim określonych było dobrowolne, zależne wyłącznie od jego decyzji. Mieć należy przy tym na uwadze, że działalność pozwanego zakładu ubezpieczeń regulowana jest przepisami prawa, w tym obowiązujących w dacie umowy ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej i rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, co wyklucza dowolność postępowania i stanowi dodatkową gwarancję należytego wykonywania umowy. Oczywistym także jest, że samodzielne ustalanie i weryfikowanie wartości zarówno tego indeksu jak i innych indeksów giełdowych znacznie wykracza poza przeciętną wiedzę. Inwestowanie środków pieniężnych celem ich pomnażania w różne przedsięwzięcia finansowe, niejednokrotnie wiąże się z potrzebą posiadania wyższej od przeciętnej wiedzy ekonomicznej i znajomości odpowiednich instrumentów. Z tych przyczyn na rynku powstało zapotrzebowanie na instytucje oferujące obsługę w

zakresie pomnażania kapitału należącego do osób nie posiadających takich umiejętności. Przyjęcie, że dopuszczalne byłyby tylko takie sposoby inwestowania przez osoby fizyczne kapitału, w których mechanizmy zarządzania środkami są zrozumiałe dla przeciętnego odbiorcy, prowadziłyby do ograniczenia im dostępnych możliwości jego pomnażania. Rację ma pozwany twierdząc, że o ile metodologia wyceny indeksu nie może zostać samodzielnie zweryfikowana przez powoda nie oznacza, że w ogóle nie jest weryfikowalna. Jeżeli zatem powód twierdził, że jest inaczej, że sposób ustalenia indeksu był niewłaściwy i nie odzwierciedlał zmian cen aktywów, o których mowa w § 4 regulaminu, winien był to udowodnić. Dowód taki nie został ani zawnioskowany, ani przeprowadzony.

Reasumując, brak jest podstaw do przyjęcia, że umowa zawarta w niniejszej sprawie była nieważna z uwagi na jej sprzeczność z naturą stosunku prawnego, niemożność ustalenia wysokości świadczenia, do której wypłaty zobligowany był zakład ubezpieczeń, czy też z tego powodu, iż ustalenie wartości świadczenia uzależnione było od arbitralnej i nieweryfikowalnej decyzji ubezpieczyciela.

Mając na względzie powyższe i działając na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Sąd Odwoławczy zmienił zaskarżone orzeczenie w pkt 1 w zakresie żądania głównego pozwu i w tym zakresie powództwo oddalił.

Odnosząc się do ostatniej kwestii wskazanej w apelacji stwierdzić należy, że sąd okręgowy podzielił stanowisko sądu rejonowego dotyczące abuzywności stawki opłaty likwidacyjnej.

Art. 385¹ k.c. stanowi, iż: § 1. 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. § 2. Jeżeli postanowienie umowy zgodnie z § 1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie. § 3. Niezgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. § 4. Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje.

Przedmiotem osądu była kwestia nienależnie pomniejszonego świadczenia o określony procent zgromadzonych środków, który to mechanizm został uregulowany i wskazany w tabeli opłat i limitów do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Słusznie, w ocenie sądu odwoławczego, sąd rejonowy ocenił wskazane postanowienie umowne jako niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Słusznie również wskazał, że w kontekście postanowień umowy, jej treści i celu – wypłata pomniejszonego świadczenia przy wcześniejszym rozwiązaniu umowy nie jest świadczeniem głównym.

W umowie, do której przystąpił powód, główne świadczenia stron ograniczały się do obowiązku zapłaty składki przez ubezpieczonego i świadczenia usług ubezpieczeniowych po stronie ubezpieczyciela, w szczególności spełnienia świadczenia związanego z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, zaś w zakresie elementu inwestycyjnego umowy - na obowiązku lokowania środków w określone produkty inwestycyjne i wypłaty zgromadzonych środków po jej zakończeniu. Wypłata świadczenia określana jako wartość wykupu w poszczególnych latach polisowych tj. 1-10 roku nie była głównym świadczeniem stron, a jedynie mechanizmem rozliczenia pomiędzy nimi w przypadku rezygnacji z umowy przed upływem okresu ubezpieczenia. Opłaty likwidacyjnej, quasi-opłaty, tzn. potrącenia procentowo określonej części świadczenia wykupu (przy czym cel obu jest identyczny) nie można uznać za jedno z głównych świadczeń stron. Zawarta pomiędzy stronami umowa, nawet gdyby w ogóle nie regulowała kwestii wykupu całkowitego nadal byłaby umowa ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, bowiem essentialia negotii tego stosunku prawnego są inne. Powoduje to tyle, że sporne świadczenie jako świadczenie uboczne podlega ocenie przez pryzmat przepisu art. 385¹ k.c. W tym kontekście Sąd I instancji w sposób prawidłowy uznał, iż wypłata pomniejszonego o procentowy wskaźnik świadczenia po wcześniejszym rozwiązaniu umowy zobrazowana w tabeli załącznika naruszał interesy strony powodowej, a zatem nie wiąże go.

Zdaniem Sądu, postanowienie umowne, które nakłada na ubezpieczonego obowiązek uiszczenia na rzecz zakładu ubezpieczeń, obok opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe i opłaty administracyjnej, opłaty likwidacyjnej, stanowi niedozwolone postanowienie umowne. Niewątpliwie postanowienie to nie było przedmiotem indywidualnych negocjacji z powodem, a jednocześnie, jak wskazano powyżej, nie stanowi głównego świadczenia. Równocześnie postanowienie wzorca umowy przewidujące pobieranie przez ubezpieczyciela opłaty likwidacyjnej pochłaniającej znaczną część środków zgromadzonych na rachunku ubezpieczyciela kształtuje prawa i obowiązki ubezpieczonego konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami.

Sprzeczność z dobrymi obyczajami polega na nierównym ukształtowaniu pozycji stron stosunku zobowiązaniowego, a w konsekwencji ustalenia opłaty likwidacyjnej na poziomie 24 % wartości rachunku, kiedy to w zasadzie wyłącznie konsument ponosi ciężar ekonomiczny rezygnacji z ubezpieczenia na życie i dożycie. Tak wysoka opłata nie ma odzwierciedlenia w kosztach rezygnacji z umowy ponoszonych przez zakład ubezpieczeń. Przyznanie kontrahentowi konsumenta uprawnienia do potrącenia 24 % wartości rachunku z racji rezygnacji z umowy ubezpieczenia rażąco narusza interesy konsumenta, w znacznym stopniu ograniczając jego swobodę decydowania o dalszym trwaniu umowy.

Postanowienia stosowanego przez stronę pozwaną wzorca umowy w zakresie, w jakim przewidywały one możliwość pobrania od ubezpieczonego opłaty likwidacyjnej w razie rozwiązania umowy przed upływem trwania umowy, pochłaniającej znaczne środki zgromadzone na jego rachunku podstawowym i to bez względu na wysokość uiszczanej przez konsumenta składki oraz bez względu na wartość zgromadzonych na rachunku środków, należy uznać zatem za abuzywne. Podzielić wypada pogląd, że powyższe rażąco narusza interes konsumenta, a ponadto jest wyrazem nierówności stron tego stosunku zobowiązaniowego, gdyż kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Niezasadne są jednocześnie zarzuty strony pozwanej, zgodnie z którymi opłata likwidacyjna ma pokrywać poniesione przez nią już wcześniej koszty akwizycji oraz koszty związane z zawarciem ubezpieczenia, które na początku trwania umowy są według twierdzeń pozwanego pokrywane w niewielkim stopniu a następnie rozliczane w toku trwania ochrony ubezpieczeniowej. Zdaniem Sądu to strona pozwany zakład ubezpieczeń jest przedsiębiorcą i prowadzi działalność gospodarczą i to on winien ponosić ryzyko z tym związane. Dążenie do pomniejszenia strat bądź zapewnienia zysków strony pozwanej, nie może prowadzić do obciążenia tymże ryzykiem oraz wszelkimi ponoszonymi przez nią kosztami drugiej strony umowy ubezpieczenia. Usprawiedliwienia dla powyższego nie stanowi nawet fakt, że umowy ubezpieczenia na życie i dożycie, ze swej natury, mają długoterminowy charakter, co pozwala na rozłożenie w czasie kosztów ponoszonych przez zakład ubezpieczeń. W ocenie Sądu, wysokość opłaty likwidacyjnej powinna być uzależniona jedynie od kosztów jakie strona pozwana ponosi w związku z wygaśnięciem konkretnej umowy ubezpieczenia i wykupem jednostek uczestnictwa.

W konsekwencji stwierdzenie, że strona pozwana niezasadnie (bez podstawy prawnej w postaci stosownego postanowienia umownego) pobrała od powoda przedmiotową opłatę (w pozostałym zakresie umowa ubezpieczenia była, w myśl art. 385 ¹§ 2 k.c., wiążąca) prowadziło do konstatacji, że w zakresie zapłaty tej kwoty strona pozwana była bezpodstawnie wzbogacona, co skutkowało zmianą zaskarżonego wyroku i dodaniem punktu I a, o treści jak w sentencji orzeczenia, i w konsekwencji oddaleniem apelacji w tej części w oparciu o przepis art. 385 k.p.c. Przy przyjęciu, że w dniu wykupu 23.08.2016r., wartość rachunku to 4 206,86 zł, a 24% tej kwoty stanowi 1009,65 zł. O odsetkach Sąd Odwoławczy orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c., zasadzając je od dnia 16 sierpnia 2016 r. i dzieląc w tym zakresie argumentację prawną sądu rejonowego.

Konsekwencją powyższego była konieczność zmiany rozstrzygnięcia w zakresie kosztów procesu, o których sąd rejonowy orzekł w punkcie II w oparciu o przepis art. 100 k.p.c., przy przyjęciu, że powód wygrał sprawę w 19 %.

Na koszty procesu poniesione przez powoda składała się: opłata od pozwu 250 zł, wynagrodzenie pełnomocnika 2400 zł (§ 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych Dz.U.2015.1804 z późn. zm.) oraz opłata kancelaryjna 17 zł - razem 2667 zł. Na koszty poniesione przez pozwanego składały się: wynagrodzenie pełnomocnika 2400 zł (ustalone jak wyżej). Powód wygrał

15% przysługuje mu więc 400,05 zł z kwoty 2667 zł, co stanowi kwotę 400,05 zł. Pozwany wygrał w 85%, stąd z kwoty 2400 zł przysługuje mu 2040 zł. Po wzajemnej kompensacji zasądono od powoda na rzecz pozwanego 1640 zł.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 100 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c., przy przejęciu, że pozwany wygrał postępowanie apelacyjne w 15 %. (1009 zł : 6606 zł). Na poniesione przez pozwanego koszty składały się: opłata od apelacji 331 zł oraz wynagrodzenie pełnomocnika 900 zł (§ 2 pkt 4 w zw. z § 10 ust 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych Dz.U.2015.1804 z póź. zm.), stąd przysługiwała mu kwota 184 zł (1231 zł x 15%). Powód z kolei poniósł koszty postępowania apelacyjnego kwocie 900 zł (§ 2 pkt 4 w zw. z § 10 ust 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych Dz.U.2015.1800 z póź. zm.), stąd przysługiwała mu kwota 765 zł. Po kompensacji 585 zł (765 zł – 184 zł) kwota ta przysługiwała powodowi od pozwanego.

SSO Karina Marczak SSO Tomasz Szaj SSO Katarzyna Longa

II Ca 421/18

Z/

1. odnotować,
2. doręczyć zgodnie z wnioskiem
3. akta zwrócić SR

12.11.2018 r. SSO K. M.