

Sygn. akt V Ca 2275/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 lutego 2021 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie V Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący:	Sędzia Ewa Talarczyk
Sędziowie:	Beata Gutkowska del. Iwona Lizakowska - Bytof (spr.)
Protokolant:	sekr. sądowy Julita Gałys

po rozpoznaniu w dniu 12 lutego 2021 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa A. K. (1), Z. S. i M. S. (1)

przeciwko(...) S.A. z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powodów i pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy-Woli w Warszawie

z dnia 23 marca 2018 r., sygn. akt II C 1885/16

1. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że nadaje mu treść:

„zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. następujące kwoty:

a. na rzecz A. K. (1) kwotę 52 395,77 (pięćdziesiąt dwa tysiące trzysta dziewięćdziesiąt pięć 77/100) złotych wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 9 837 (dziewięć tysięcy osiemset trzydzieści siedem) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;

b. na rzecz Z. S. kwotę 10 473,58 (dziesięć tysięcy czterysta siedemdziesiąt trzy 58/100) złote wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 26 sierpnia 2013 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 5 341 (pięć tysięcy trzysta czterdzieści jeden) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;

c. na rzecz M. S. (1) kwotę 11 448,27 (jedenaście tysięcy czterysta czterdzieści osiem 27/100) złotych wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 9 maja 2014 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 5 392 (pięć tysięcy trzysta dziewięćdziesiąt dwa) złote tytułem zwrotu kosztów procesu”;

2. oddala apelację pozwanego;

3. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. następujące kwoty:

a. na rzecz A. K. (1) kwotę 4 447 (cztery tysiące czterysta czterdzieści siedem) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania w instancji odwoławczej;

b. na rzecz Z. S. kwotę 1 520 (tysiąc pięćset dwadzieścia) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania w instancji odwoławczej;

c. na rzecz M. S. (1) kwotę 1 533 (tysiąc pięćset trzydzieści trzy) złote tytułem zwrotu kosztów postępowania w instancji odwoławczej.

Iwona Lizakowska - Bytof Ewa Talarczyk Beata Gutkowska

Sygn. akt V Ca 2275/18

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 23 maja 2016 r. A. K. (1), Z. S. oraz M. S. (1) wystąpili przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W. o zapłatę kwot na swoją rzecz, odpowiednio: 52 395,77 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 27 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty, 10 473,58 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 26 sierpnia 2013 r. kwoty 11 488,27 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 9 maja 2014 r, a także zasądzenia kosztów procesu od strony pozwanej, na rzecz każdego z powodów.

Ewentualnie, na wypadek nieuwzględnienia tego żądania, powodowie wnieśli o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. kwot pobranych od pozwanego tytułem opłaty transakcyjnej, następujących kwot: kwoty 35 472 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 27 kwietnia 2012 r. do dnia zapłaty na rzecz A. K. (1), kwoty 7 092 z wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty na rzecz Z. S., oraz kwoty 7 834,18 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty.

Nakazem zapłaty wydanym w dniu 3 czerwca 2016 r. w postępowaniu upominawczym, sygn. II Nc 4707/16, Referendarz sądowy nakazał pozwanej zapłatę na rzecz powodów kwot dochodzonych żądaniem głównym pozwu.

W sprzeciwie od nakazu zapłaty z dn. 7 lipca 2016 r. pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów procesu na swoją rzecz.

Wyrokiem z dnia 23 marca 2018 r. Sąd Rejonowy dla Warszawy-Woli w Warszawie oddalił powództwo w zakresie żądań głównych (pkt I), w zakresie żądań ewentualnych zasądza od (...) Spółki akcyjnej z siedzibą w W. następujące kwoty:

a. na rzecz A. K. (1) kwotę 35 472 (trzydzieści pięć tysięcy czterysta siedemdziesiąt dwa złote) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty;

b. na rzecz Z. S. kwotę 7 092 zł (siedem tysięcy dziewięćdziesiąt dwa złote) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty;

c. na rzecz M. S. (1) kwotę 7 834,18 zł (siedem tysięcy osiemset trzydzieści cztery złote i osiemnaście groszy) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty (pkt II), zniósł wzajemnie między stronami koszty postępowania (pkt III).

Podstawę rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego stanowiły następujące ustalenia faktyczne i prawne:

Powodowie, działając jako konsumenci przystąpili do umów grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w celu poszukiwania dogodnej inwestycji zgromadzonego kapitału.

A. K. (1) przystąpił do umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z (...) (...) na mocy deklaracji przystąpienia nr (...), złożonej w dniu 24 lipca 2012 r. Na tej podstawie ubezpieczony zobowiązał się do uiszczenia jednorazowej składki w wysokości 125 000 zł. Okres ubezpieczenia został ustalony na czas od 7 sierpnia 2012 r. do dnia 8 sierpnia 2022 r., tj. na okres 10 – ciu lat.

Powyższa umowa grupowego ubezpieczenia została zawarta pomiędzy spółką (...) Spółka z o.o. Spółka komandytowa jako ubezpieczającym a (...) Spółką akcyjną jako zakładem ubezpieczeń. Środki finansowe wniesione przez ubezpieczonego w formie składki były inwestowane w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy o nazwie (...) kod funduszu: (...).

Ubezpieczony oświadczył na piśmie, że przed zawarciem umowy zostały mu doręczone ogólne warunki ubezpieczenia, a ponadto poinformowano go, że przystępuje do umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawartej pomiędzy (...) Spółka z o.o. Spółka komandytowa a (...) S.A. W treści pisemnego oświadczenia ubezpieczonego znalazła się również informacja o tym, że w okresie ubezpieczenia wartość rachunku udziałów nabytych w zamian za składkę może podlegać znacznym wahaniom, zależnym od wyceny instrumentów finansowych oraz że niezależnie od zmian wartości indeksu, celem Funduszu jest osiągnięcie co najmniej 100 % składki zainwestowanej na koniec okresu ubezpieczenia. Jednocześnie wskazano, że produkt nie jest lokatą bankową i w związku z tym nie gwarantuje osiągnięcia zysku. Informacje powyższe zostały przekazane ubezpieczonemu na piśmie, jednakże pominięto ich przedstawienie w czasie ustnej prezentacji oferowanego produktu na spotkaniu, jakie A. K. (1) odbył z przedstawicielem ubezpieczającego. Powód podpisał oświadczenie o przystąpieniu do umowy na pierwszym spotkaniu.

Z. S. również przystąpił do umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z (...) (...), w ramach umowy zawartej pomiędzy (...) Spółka z o.o. Spółka komandytowa z siedzibą w W. jako ubezpieczającym a (...) Spółką akcyjną jako zakładem ubezpieczeń. W tym celu w dn. 11 maja 2012 r. ubezpieczony złożył deklarację przystąpienia nr (...) i zobowiązał się do uiszczenia jednorazowej składki w wysokości 25 000 zł. Okres ubezpieczenia został ustalony na czas od 8 czerwca 2012 r. do dnia 7 czerwca 2022 r., tj. na okres 10 – ciu lat.

Środki finansowe wniesione przez ubezpieczonego w formie składki były inwestowane w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy o nazwie (...) kod funduszu: (...).

Ubezpieczony oświadczył na piśmie, że przed zawarciem umowy zostały mu doręczone ogólne warunki ubezpieczenia, a ponadto poinformowano go, że przystępuje do umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawartej pomiędzy (...) Spółka z o.o. Spółka komandytowa a (...) S.A. Złożone oświadczenie obejmowało również zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w OWU, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia, długość okresu ubezpieczenia oraz wartość wykupu. Ubezpieczony został również na piśmie poinformowany, że ryzyko inwestycyjne związane z przystąpieniem do umowy ponosi sam ubezpieczony, zaś zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne straty i utracone korzyści, jakie może ponieść ubezpieczony w wyniku podjętej przez siebie decyzji o wyborze inwestycji. Podczas ustnej prezentacji produktu ubezpieczeniowego Z. S. został poinformowany o tym, że może stracić pieniądze wówczas, gdy wycofa je w ciągu najbliższego pół roku. Na spotkaniu ubezpieczonemu prezentowano również wykresy obrazujące jakie zyska osiągał dotychczas oferowany produkt ubezpieczeniowy.

M. S. (1) przystąpiła z kolei do umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z (...) (...), gdzie jako zakład ubezpieczeń występowała (...) S.A., a jako ubezpieczający - (...) S.A. W tym celu, w dn. 2 lutego 2012 r. złożyła deklarację przystąpienia nr (...) i zobowiązała się do uiszczenia jednorazowej składki w wysokości 28 000 zł. Okres ubezpieczenia został ustalony na czas od 7 marca 2012 r. do dnia 7 marca 2022 r., tj. na okres 10 – ciu lat.

Środki finansowe wniesione przez ubezpieczoną w formie składki były inwestowane w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy o nazwie (...) kod funduszu: (...).

Ubezpieczona oświadczyła na piśmie, że przed zawarciem umowy zostały jej doręczone ogólne warunki ubezpieczenia, a ponadto poinformowano ją, że przystępuje do umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawartej pomiędzy (...) Bank S.A. a (...) S.A. W treści pisemnego oświadczenia ubezpieczonego znalazła się również informacja o tym, że w okresie ubezpieczenia wartość rachunku udziałów nabytych w zamian za składkę może podlegać znacznym wahaniom, zależnym od wyceny instrumentów finansowych oraz że niezależnie od zmian wartości indeksu, celem Funduszu jest osiągnięcie co najmniej 100 % składki zainwestowanej na koniec okresu ubezpieczenia, przy czym zaznaczono, że okres ten trwa 10 lat. Jednocześnie wskazano, że produkt nie jest lokatą bankową i w związku z tym nie gwarantuje osiągnięcia zysku. Powołano się również na symulację zysku z okresu poprzedniego, wskazując, że średnioroczny zysk indeksu wynosił 9,63 %, co nie stanowiło jednak gwarancji osiągnięcia podobnych zysków w przyszłości. Informacje powyższe zostały przekazane ubezpieczonej na piśmie, jednakże pominięto ich przedstawienie w czasie ustnej prezentacji oferowanego produktu na spotkaniu, jakie M. S. (1) odbyła z przedstawicielem ubezpieczającego. Powódka podpisała oświadczenie o przystąpieniu do umowy na pierwszym spotkaniu.

Z tytułu nawiązanych przez powodów stosunków grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie ubezpieczający otrzymali od zakładu ubezpieczeń wynagrodzenie. (...) Bank S.A. otrzymał od (...) S.A. kwotę 7 700 590,85 zł brutto (przy zerowej stawce podatku VAT) z tytułu wynagrodzenia za subskrypcję na produkt ubezpieczeniowy światowe bogactwa. Z kolei spółka (...) Sp. z o.o. Sp. k. z tytułu premii za sprzedaż produktu światowe bogactwa otrzymała kwotę 103 026,10 brutto (przy zerowej stawce podatku VAT), na podstawie faktury wystawionej w dn. 31 maja 2012 r., oraz kwotę 1 034 475,20 zł, z tytułu faktury VAT wystawionej w dn. 31 lipca 2012 r.

Według wyliczeń zakładu ubezpieczeń, należna ubezpieczającemu prowizja z tytułu przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie przez M. S. (1) wynosiła 6 675,20 zł. Z kolei premia naliczona na rzecz ubezpieczającego w przypadku przystąpienia do umowy przez Z. S. została określona w wysokości 5 545 zł. Wynagrodzenie jednorazowe, płatne ubezpieczającemu z tytułu nawiązania stosunku ubezpieczenia przez A. K. (1) zostało z kolei określone na kwotę 27 725 zł.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej i charakterystyka świadczeń wypłacanych ubezpieczonym przez towarzystwo ubezpieczeń zostały określone w warunkach ubezpieczenia.

Z tytułu ubezpieczenia towarzystwo ubezpieczeń obowiązane było do wypłaty świadczeń, na wypadek śmierci ubezpieczonego, w postaci sumy ubezpieczenia oraz wartości rachunku udziałów (§ 15 OWU). Suma ubezpieczenia została ustalona w wysokości 100 zł (§16 ust. 1 OWU). W przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia świadczeniem była suma ubezpieczenia, stanowiąca wartość rachunku udziałów, ustaloną według wartości udziału jednostkowego z ostatniego dnia okresu ubezpieczenia (§ 15 i 16 OWU). Z kolei w przypadku złożenia dyspozycji wypłaty wartości wykupu lub rezygnacji przez ubezpieczonego, należnym świadczeniem była wartość wykupu, do której ubezpieczony miał prawo w każdym czasie trwania okresu ubezpieczenia (§ 18 ust. 1 OWU).

Fundusz kapitałowy, na poczet którego inwestowane były składki wnoszone przez ubezpieczonego, był podzielony na udziały jednostkowe o równej wartości. W zamian za środki pochodzące ze składek, pomniejszone o opłatę administracyjną, ubezpieczony nabywał udziały jednostkowe w funduszu. Zasady funkcjonowania funduszu, jego strategię inwestycyjną oraz sposób wyceny udziałów określał regulamin funduszu (§ 25 OWU).

Dla każdego z trzech ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, tj.(...), oraz (...), oferowanych przez (...), opracowano jednolite regulaminy funduszu.

Zgodnie z ich treścią (...) nie przyjęło na siebie odpowiedzialności za ryzyko inwestycyjne związane z alokowaniem środków w fundusz. Celem działalności funduszu było powiększanie wartości aktywów netto funduszu, poprzez wzrost wartości lokat funduszu. Szczególnym celem funkcjonowania funduszu była ochrona wartości zainwestowanych składek, jednakże (...) nie gwarantowało osiągnięcia tego celu (§ 3 Regulaminu Funduszu).

Środki zgromadzone przez Fundusz były lokowane w depozyty terminowe, instrument pochodny oraz środki pieniężne. Wskazane instrumenty finansowe podlegały wycenieniu w złotych polskich, w sposób pozwalający na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości.

Wypłata z instrumentu pochodnego oparta była na indeksie, w tym wypadku: (...) Indeks ten zakładał z kolei ekspozycję na rynek surowców (metale, produkty rolne oraz surowce energetyczne) z użyciem strategii inwestycyjnej zmierzającej do minimalizacji potencjalnych. W związku z tym inwestycja w fundusz wiązała się z ryzykiem możliwych spadków wartości indeksu w wyniku zmian sytuacji na rynkach finansowych oraz ryzykiem kredytowym, polegającym na możliwości wystąpienia po stronie emitenta obligacji trwałej lub czasowej niezdolności do obsługi zadłużenia (§ 4 i 5 Regulaminu Funduszu).

Towarzystwo zastrzegło sobie jednocześnie prawo do zmiany jego strategii inwestycyjnej, w szczególności z możliwą dużą zmiennością rynków lub negatywnymi wahaniami instrumentów finansowych, za 40 dniowym uprzedzeniem ubezpieczającego. (§ 9 Regulaminu). Wartość początkowa jednostki funduszu została ustalona na kwotę 250 zł i podlega ona zmianie zgodnie ze zmianą wartości aktywów netto funduszu przypadających na udział jednostkowy (§ 8 Regulaminu).

Wysokość opłat obciążających konsumentów została określona w tabeli opłat i limitów, które stanowiły załączniki nr 1 do warunków ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie. Dla umowy grupowego ubezpieczenia na życie z (...), zawieranej z zakładem ubezpieczeń przez (...) (kod tabeli (...)) ustalono, że zakładowi ubezpieczeń należą się trzy rodzaje opłat: opłata z tytułu ustalenia wartości wykupu, opłata transakcyjna oraz opłata za ryzyko. Ustalona wartość wykupu była pobierana przez sześć pierwszych miesięcy polisowych i wynosiła 72 % wartości rachunku udziałów w 1. Miesiącu, 76,10% wartości rachunku w 2. Miesiącu, 80,70 % wartości rachunku w 3. Miesiącu, w 86,10 % , w 4. Miesiącu, 92,40 % w 5. Miesiącu, zaś począwszy od 6 miesiąca polisowego wartość wykupu wynosiła 100 % wartości zgromadzonych środków.

Opłata transakcyjna wynosiła z kolei 4,665 % w każdym miesiącu polisowym, w którym była pobierana, jej wysokość zawierała koszt opłaty za ryzyko. Zakład ubezpieczeń pobierał opłatę transakcyjną w pierwszych sześciu miesiącach polisowych i naliczał ją procentowo od wartości składki jednorazowej. Łączna wysokość tej opłaty wynosiła zatem 27,99 % wysokości zainwestowanej składki.

Dla umowy grupowego ubezpieczenia na życie z (...), zawieranej z zakładem ubezpieczeń przez (...) Sp. z o.o. Sp. k. (kod tabeli (...)) również ustalono, że zakładowi ubezpieczeń należą się trzy rodzaje opłat: opłata z tytułu ustalenia wartości wykupu, opłata transakcyjna oraz opłata za ryzyko. Wartość wykupu była limitowana przez sześć pierwszych miesięcy polisowych i wynosiła 74,10 % wartości rachunku udziałów w 1. Miesiącu, 77,80% wartości rachunku w 2. Miesiącu, 82,10 % wartości rachunku w 3. Miesiącu, 87,10 % , w 4. Miesiącu, 93,00 % w 5. Miesiącu, zaś począwszy od 6 miesiąca polisowego wartość wykupu wynosiła 100 % wartości zgromadzonych środków.

Opłata transakcyjna wynosiła z kolei 4,73 % w każdym miesiącu polisowym, w którym była pobierana, jej wysokość zawierała koszt opłaty za ryzyko (0,5 % w każdym miesiącu polisowym, w którym opłata była pobierana). Zakład ubezpieczeń pobierał opłatę transakcyjną w pierwszych sześciu miesiącach polisowych i naliczał ją procentowo od wartości składki jednorazowej. Łączna wysokość tej opłaty wynosiła zatem 28,38 % wysokości zainwestowanej składki

A. K. (1) już w styczniu 2013 r., widząc, że inwestycja w produkt ubezpieczeniowy na ówczesnym jej etapie pociągała za sobą znaczne straty, planował złożyć oświadczenie o wypowiedzeniu stosunku ubezpieczenia. Odradzano mu to jednakże, wskazując, że straciłby w tym momencie bardzo dużo środków. Ostatecznie ubezpieczony złożył dyspozycję wypłaty wartości wykupu całkowitego w dn. 30 października 2014 r., która została zrealizowana według wyceny wartości udziału jednostkowego z dn. 17 listopada 2014 r. Na tej podstawie ustalono, że wartość rachunku udziałów wynosi (...) zł, przy określeniu liczby udziałów jednostkowych na (...) udziału i wskazaniu wartości jednego z nich na kwotę (...) zł. Na tej podstawie ubezpieczonemu wypłacono kwotę (...) zł. Zakład ubezpieczeń poinformował

ubezpieczonego, pismem z dn. 24 marca 2016 r., że wartość pobranych od niego opłat transakcyjnych wynosiła 35 472 zł.

Z. S. po upływie ponad pół roku sprawdził stan rachunku udziałów i stwierdził, że stracił ok. 50 % zgromadzonych środków. Podjął decyzję o wycofaniu się z tej inwestycji. W dn. 22 kwietnia 2013 r. ubezpieczony złożył dyspozycję wypłaty wartości wykupu całkowitego, która została zrealizowana według wyceny wartości udziału jednostkowego z dn. 15 maja 2013 r. Na tej podstawie ustalono, że wartość rachunku udziałów wynosi (...) zł, przy określeniu liczby udziałów jednostkowych na (...) udziału i wskazaniu wartości jednego z nich na kwotę (...) zł. Na tej podstawie ubezpieczonemu wypłacono kwotę (...) zł. Zakład ubezpieczeń poinformował ubezpieczonego, pismem z dn. 24 marca 2016 r., że wartość pobranych od niego opłat transakcyjnych wynosiła 7 092 zł.

M. S. (1) złożyła dyspozycję wypłaty wartości wykupu całkowitego w dn. 1 kwietnia 2014 r., która została zrealizowana według wyceny wartości udziału jednostkowego z dn. 15 kwietnia 2014 r. Na tej podstawie ustalono, że wartość rachunku udziałów wynosi (...) zł, przy określeniu liczby udziałów jednostkowych na (...) udziału i wskazaniu wartości jednego z nich na kwotę (...) zł. Na tej podstawie ubezpieczonej wypłacono kwotę (...) zł. Zakład ubezpieczeń poinformował ubezpieczoną, pismem z dn. 24 marca 2016 r., że wartość pobranych od niej opłat transakcyjnych wynosiła 7 834,18 zł.

Następnie Z. S. wystąpił do (...) S.A. i (...) Sp. z o.o. S.K.A. z wezwaniem do zapłaty kwoty (...) zł wpłaconej przez niego na poczet produktu ubezpieczeniowego (...) Pismem z dn. 26 sierpnia 2013 r. (...) odmówiło spełnienia świadczenia, wskazując, że nie podziela argumentacji klienta przedstawionej w wezwaniu.

W dniu 8 kwietnia 2014 r. z wezwaniem do zapłaty kwoty 28 000 zł wystąpiła M. S. (1), kierując je do (...) S.A. i (...) S.A. Pismem z dn. 30 maja 2014 r. wezwany zakład ubezpieczeń odmówił spełnienia żądanego świadczenia, nie przyjmując argumentacji ubezpieczonej.

A. K. (1), pismem z dn. 11 kwietnia 2016 r., wezwał (...)S.A. do zapłaty kwoty 52 395,77 zł, w związku z nieważnością oświadczenia o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, a na wypadek odmowy spełnienia tego świadczenia, do zapłaty kwoty 35 472 zł pobranej bez podstawy prawnej, jako opłata transakcyjna. W pisemnej odpowiedzi z dn. 12 maja 2016 r. nie uwzględnił zgłoszonych roszczeń i przedstawił odmienne zapatrywanie na kwestie poruszone w wezwaniu do zapłaty.

Dowody: wezwanie do zapłaty z dn. 11.04.2016 r. – k. 256-258, odpowiedź na wezwanie z dn. 12.05.2016 r. – k. 259, wezwanie do zapłaty z dn. 23.07.2013 r. – k. 261-263, odpowiedź na wezwanie z dn. 26.08.2013 r. – k. 264, wezwanie do zapłaty z dn. 11.04.2016 r. – k. 265 – 266, odpowiedź na wezwanie z dn. 12.05.2016 r. – k. 268

Sąd Rejonowy ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie powołanych wyżej dowodów z dokumentów i przesłuchania stron. Stan faktyczny zasadniczo nie był sporny między stronami, sporna była natomiast ocena prawnych konsekwencji umów grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, do których przystąpili powodowie. Z tej przyczyny nie ma potrzeby dokonywać oceny zgromadzonego materiału dowodowego pod kątem jego wiarygodności i mocy dowodowej. Przedstawione powyżej dokumenty zgromadzone w aktach sprawy posłużyły Sądowi do ustalenia okoliczności faktycznych sprawy, nie były one natomiast kwestionowane przez żadną ze stron. Za wiarygodne należało uznać również zeznania powodów w zakresie dotyczącym opisu procesu zawarcia umowy i okoliczności, które do tego doprowadziły. Jednakże treść tych zeznań nie mogła posłużyć do ustalenia i oceny treści samej umowy, w tym bowiem zakresie pierwszeństwo miały dokumenty, ze względu na stopień złożoności stosunku prawnego do którego powód przystąpił oraz dystans czasowy jaki dzielił przystąpienie do umów od daty przesłuchania (ok 5 lat). Z kolei zeznania świadka J. S. pozwoliły generalnie ustalić, że zakład ubezpieczeń, zgodnie z regułami aktuarialnymi, rozkładał koszty związane z akwizycją ubezpieczeń w czasie, w tym wypadku przez pierwsze sześć miesięcy trwania umowy. Okoliczności te jednakże wynikały przede wszystkim z dokumentów, które dokładniej obrazowały poziom tych kosztów i mechanizm obciążenia nimi konsumentów. W zakresie zaś w jakim zeznania świadka dotyczyły prawidłowości aktuarialnych wyliczeń zakładu ubezpieczeń, nie miały one znaczenia dla ustalenia istotnych w sprawie elementów stanu faktycznego, gdyż niniejsze sprawa, a zwłaszcza

zgłoszone żądanie ewentualne nie dotyczyło badania prawidłowości aktuarialnego rozliczenia kosztów ponoszonych przez zakład ubezpieczeń, lecz tego, czy opłaty ustalone we wzorcu umownym i tabeli opłat limitów, dyskontujące te koszty, mogły obciążać konsumentów w sposób ustalony w umowie. O tym szczegółowo w dalszej części uzasadnienia.

Sąd oddalił wnioski dowodowe o przesłuchanie w charakterze świadków osób wskazanych w treści pisma procesowego strony powodowej z dn. 2 stycznia 2018 r., tj. P. G., A. K. (2) oraz A. J., a także w charakterze strony pozwanej – I. Ś., członka zarządu pozwanej spółki. Wymienione osoby miały zeznawać na okoliczność zakresu czynności wykonywanych przez ubezpieczających, w związku z przystępowaniem ubezpieczonych do umów grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...), a także na okoliczność istnienia oraz treści stosunku ubezpieczeniowego, na podstawie którego ubezpieczający, wykonywał na rzecz pozwanego czynności wskazane powyżej oraz celu nawiązania tego stosunku prawnego między pozwanym zakładem ubezpieczeń a ubezpieczającymi (pismo procesowe – k. 779-788).

W ocenie Sądu Rejonowego okoliczności, które strona powodowa zamierzała udowodnić w powyższy sposób nie były w części objęte sporem w niniejszym postępowaniu, a w części wynikały już z przedstawionych dokumentów. Nie było bowiem wątpliwości, że pracownicy spółek ubezpieczających wykonywali czynności polegające na prezentowaniu produktów ubezpieczeniowych i odbieraniu od konsumentów oświadczeń o przystąpieniu do obejmujących je umów grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie. Nie budziła również wątpliwość istnienie samego stosunku prawnego pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczycielem. Z kolei ustalenie treści tego stosunku sytuowało się całkowicie poza ramami niniejszego postępowania, które dotyczyło oceny indywidualnych stosunków prawnych nawiązanych przez ubezpieczonych z pozwanym zakładem ubezpieczeń.

Sąd Rejonowy zważył co następuje:

Powództwo, jako oparte na żądaniu pozbawionym dostatecznej podstawy prawnej, podlegało oddaleniu w zakresie żądania głównego, w całości. Zasadnym okazało się natomiast żądanie pozwu, postawione jako żądanie ewentualne.

Zagadnienia formalne

Zgłoszenie żądania ewentualnego było przy tym dopuszczalne na ogólnych zasadach, jako szczególny przypadek kumulacji roszczeń (art. 191 k.p.c.). Do istoty tego rodzaju ukształtowania powództwa o zasądzenie świadczenia należy to, że Sąd orzeka o żądaniu ewentualnym dopiero wówczas, gdy nie uwzględnia żądania głównego. W niniejszej sprawie należało zatem orzec również o żądaniu ewentualnym, co uczyniono w pkt. II sentencji wyroku. Jest przy tym całkowicie naturalne, że żądanie ewentualne może opierać się na podstawie prawnej bądź faktycznej, która częściowo wyklucza się z podstawami podanymi na uzasadnienie żądania głównego, gdyż właśnie dla takiej sytuacji doktryna i orzecznictwo dopuszczają posługiwanie się powyższą konstrukcją żądania pozwu. Gdyby te podstawy nie wykluczały się wzajemnie, wówczas strona powodowa nie musiałaby w ogóle uciekać się do takiego określenia żądań pozwu, wystarczałoby wówczas przytaczanie kolejnych argumentów prawnych i faktycznych na poparcie tego samego żądania podstawowego.

Dlatego też zarzuty formalne podniesione na wstępie sprzeciwu od nakazu zapłaty przez stronę pozwaną nie mogły odnieść skutku. Nie były również skuteczne zarzuty wskazujące na brak w niniejszym postępowaniu współuczestnictwa formalnego między stronami, we względu na zakładany przez pozwaną brak jednakowości podstawy prawnej i faktycznej roszczeń (art. 72 § 1 pkt 2 k.p.c.). Stanowisko to nie było trafne, gdyż niewątpliwie dla wszystkich powodów podstawa prawna żądania była jednakowa (co nie oznacza, że identyczna, gdyż to wymagane ustawa wprowadza jedynie dla przypadku współuczestnictwa materialnego – art. 72 § 1 pkt 1 k.p.c.). Niewątpliwie bowiem wszyscy troje powodów kwestionowali umowy, do których przystąpili i oświadczenia, które złożyli z powodu tych samych lub bardzo zbliżonych zakładanych naruszeń prawa. Także i podstawa faktyczna powództwa była jednakowa, niewątpliwie bowiem powodowie przystąpili do bardzo podobnych do siebie umów, które oprócz podmiotu ubezpieczającego różniły się również kilkoma detalami (np. procentowym określeniem wysokości pobieranych opłat), co do zasady oparte były na takich samych konstrukcjach prawnych. Najlepiej świadczy o tym fakt, że w odniesieniu do każdej z tych umów obowiązywały te same ogólne warunki ubezpieczenia. W konsekwencji strona

powodowa spełniła wymagania konieczne dla przyjęcia dopuszczalności występowania w jednym postępowaniu kilku osób, na zasadzie współuczestnictwa formalnego (art. 72 § 1 pkt. 1 k.p.c.)

Rozważania co do zasadności żądania głównego pozwu

W niniejszym postępowaniu powód opierał swoje roszczenia na twierdzeniu, że umowa grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, do której przystąpił na podstawie deklaracji, jest nieważna, z powodu sprzeczności umowy z prawem i zasadami współżycia społecznego (art. 58 § 1 i 2 k.c., a także art. 829 § 2 k.c.) a także ze względu na naruszenie przez pozwane towarzystwo ubezpieczeń przepisów ustawy z dn. 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (obowiązującej w dacie zawierania umów grupowego ubezpieczenia na życie z (...) oraz w dacie składania oświadczeń o przystąpieniu do niej), a także z powodu obejścia przepisów ustaw o pośrednictwie ubezpieczeniowym, ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym oraz ustawy o funduszach inwestycyjnych.

Strona powodowa przedstawiała w swoim nader rozbudowanym stanowisku procesowym bardzo liczne zarzuty przeciwko zgodności kwestionowanych umów grupowego ubezpieczenia na życie z prawem. Jednakże, w ocenie Sądu, żaden z nich nie mógł zostać uwzględniony w stopniu prowadzącym do stwierdzenia nieważności umów z mocy prawa. Powodowie kwestionowali również ważność samych oświadczeń o przystąpieniu od umów grupowego ubezpieczenia na życie, wskazując, że są one obciążone również licznymi wadami prawnymi, częściowo pokrywającymi się z tymi, jakie stanowiły przypadłości samych umów grupowego ubezpieczenia na życie.

W konsekwencji, zdaniem strony powodowej, środki wniesione przez powodów tytułem składek były oparte na nieważnej podstawie prawnej, a przez to powinny podlegać zwrotowi jako świadczenie nienależne (art. 410 § 2 k.c.).

Stanowisko to nie znalazło aprobaty Sądu Rejonowego. Przede wszystkim należy zauważyć, że prawną dopuszczalność tego rodzaju umów zakładało ustawodawstwo obowiązujące w dacie ich nawiązywania. Możliwość zawierania umów ubezpieczenia na życie z (...) została przewidziana w ustawie z dnia 23-05-2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (a także późniejszej ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11-09-2015 r., która jednak nie ma zastosowania w tej sprawie). W załączniku do ustawy w dziale I Ubezpieczenia na życie w grupie 3 wyraźnie wskazano na ubezpieczenia na życie z UFK, a także ubezpieczenia na życie, w których świadczenie zakładu ubezpieczeń jest ustalone w oparciu o określone indeksy lub inne wartości bazowe. Brak jest szczegółowych wymogów ustawowych co do treści takiej konkretnej umowy, pewną wskazówkę daje tu art. 13 ust. 4 i 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Umowa ubezpieczenia z UFK łączy element ochrony ubezpieczeniowej z inwestowaniem. Ochrona ubezpieczeniowa na wypadek zdarzenia wskazanego w umowie oraz inwestycja powierzonych środków zostały tu połączone w jednej umowie, której ustawodawca nadała prawną formę odrębnego rodzaju umowy ubezpieczenia. Umowa może mieć formę indywidualną albo grupowego ubezpieczenia (umowy na cudzy rachunek). W wypadku umowy grupowej ubezpieczony ponosi ryzyko lokowania środków inwestycyjnych, gdyż to jemu przysługiwać będą świadczenia stanowiące pochodną środków z funduszu. Ubezpieczony inwestując w ramach UFK (jednego albo wielu) liczyć się musi z możliwością utraty części aktywów w momencie zakończenia inwestycji (szczególnie w wypadku rezygnacji przed końcem umowy). Środki mogą być lokowane na rynku regulowanym oraz pozagiełdowym (...) ((...)). Dodać wypada, że znacząca większość światowego rynku finansowego to rynek pozagiełdowy (...), a jedynie jego niewielką część globalnego rynku finansowego stanowią rynki regulowane – giełdowe.

Jednym z podstawowych zarzutów, jakie podnosiła strona powodowa, wskazując na nieważność umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym było wskazanie na to, że zobowiązanie strony pozwanej zostało ukształtowane sprzecznie z naturą stosunku zobowiązaniowego jako takiego, gdyż treść świadczenia zakładu ubezpieczeń była określona według kryteriów określanych arbitralnie przez stronę powodową, w oderwaniu od realiów rynkowych, w sposób uniemożliwiający ich weryfikację.

Zarzut ten nie jest jednak trafny. Przede wszystkim należy wskazać, że czym innym jest kwestia ustalania przez jedną ze stron podstaw do obliczenia wysokości należnego świadczenia, a czym innym jeszcze możliwość arbitralnego i nie poddającego się weryfikacji ustalania wysokości tego świadczenia. W tym wypadku wysokość świadczenia należnego

ubezpieczonemu była bezpośrednio zależna od wartości udziału jednostkowego, która z kolei zdeterminowana była wartością aktywów netto samego funduszu kapitałowego.

Zarzut strony powodowej zmierzał zatem do wskazania, że pozwane towarzystwo w sposób jednostronny, arbitralny i nieweryfikowalny ustalało wartość aktywów funduszu kapitałowego. Jednakże tak sformułowane twierdzenie nie wytrzymuje krytyki. Przede wszystkim należy zauważyć, że wartość aktywów netto funduszu ustala się na podstawie przepisów prawa, tj. ustawy z dn. 29 września 1994 r. o rachunkowości, które określają pojęcie wartości godziwej, a także rozporządzenia Ministra Finansów z dn. 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i reasekuracji z dn. 12 kwietnia 2016 r. (Dz. U. 2016 r., poz. 562). Zgodnie z § 19 ust. 1 pkt. 1 ww. rozporządzenia zakład ubezpieczeń oraz zakład reasekuracji dokonuje, z zachowaniem zasady ostrożności, wyceny lokat na dzień bilansowy aktywów finansowych przeznaczonych do obrotu oraz aktywów finansowych dostępnych do sprzedaży, gdy możliwe jest ustalenie wartości godziwej w sposób wiarygodny - według wartości godziwej. Natomiast według § 19 ust. 2 rozporządzenia, lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez zakład ubezpieczeń, wykonujący działalność w dziale ubezpieczeń na życie, według wartości godziwej.

Szczegółowe zasady tej wyceny są z kolei określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych (Dz. U. 2017 r., poz. 177). Według § 15 ww. rozporządzenia wartość godziwa instrumentu finansowego to w szczególności wartość ustalona w drodze oszacowania ceny instrumentu finansowego za pomocą metod estymacji powszechnie uznanych za poprawne. . Do takich metod należy metoda symulacji (...)

Należy przy tym zauważyć, że modele (...) oraz symulacji (...) są to standardowo stosowane modele sposoby wyceny instrumentów pochodnych. Pozwalają oszacować ich uczciwą czy sprawiedliwą cenę (fair price, fair value), która utożsamiana jest z wartością godziwą.

Innymi słowy, powyższe przepisy określają metodologię wyceny aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, która z natury rzeczy jest materią skomplikowaną i wymagającą znacznych kompetencji z dziedziny rachunkowości i problematyki instrumentów finansowych. Nie oznacza to jednak, że z tego powodu jest ona poddana swobodnemu uznaniu towarzystwa ubezpieczeń, bądź, że nie podlega weryfikacji.

Na wskazanej powyżej podstawie możliwe było obiektywne i podlegające kontroli ustalenie wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, a więc nie można zarzucić stronie pozwanej, że treść świadczenia była przez nią ustalana arbitralnie, bądź że nie dało jej się ustalić.

Brak szczegółowego, kompletnego od strony matematycznej określenia przyjętych szczegółowych modeli wyceny aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w treści wzorców umownych również nie stanowi o nieważności umowy grupowego ubezpieczenia na życie lub nieważności złożonych oświadczeń o przystąpieniu do takiej umowy. Wskazanie szczegółowego modelu wyceny nie poprawiłoby bowiem w niczym sytuacji prawnej powoda ani nie wpłynęłoby na możliwość samodzielnej weryfikacji treści świadczenia drugiej strony.

Wzorzec umowy stałby się wówczas daleko bardziej nieczytelny. Konsument i tak nie mógłby skorzystać z modelu, gdyż nie byłby w stanie zgromadzić danych potrzebnych do skorzystania z niego. Do samego zrozumienia modelu wyceny wymagana byłaby zaś znajomość zaawansowanych metod matematycznych, których przeciętny ani nawet ponadprzeciętnie zorientowany konsument nie posiada.

To bowiem zakład ubezpieczeń jest wręcz zobowiązany do dokonywania wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, nie rzadziej niż raz w miesiącu i jej ogłaszania (art. 13 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dn. 22 maja 2003 r., Dz. U. 124, poz. 1151). Z tego, że pozwane towarzystwo ubezpieczeń jest obowiązane dokonywać tej wyceny nie wynika jednak, że może to czynić w sposób arbitralny i niepoddający się weryfikacji.

Trzeba też zaznaczyć, że charakterystyka instrumentów finansowych, w które inwestowane były środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego podlega z mocy prawa kontroli organów nadzorczych (art. 154 ust. 9 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dn. 22 maja 2003 r.). Z tego powodu niezasadne są również zarzuty obejścia prawa, które miało polegać na zawarciu umów grupowego ubezpieczenia na życie, w tej właśnie formie prawnej, w celu obejścia przepisów ustawy o nadzorze finansowym z dn. 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym.

Instrument finansowy na podstawie którego wyliczana była wartość aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego został zatem poddany kontroli nadzoru finansowego, w wyniku której został dopuszczony do obrotu prawnego. Jest to okoliczność, której nie można ignorować w toku postępowania zmierzającego do oceny ważności stosunku prawnego opartego na umowie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w szczególności ze względu na kierunek i treść zarzutu postawionego umowie przez stronę powodową. Nie jest to wprawdzie okoliczność przesądzająca o wyniku takiej oceny, ze względu jednak na twierdzenia podniesione przez powoda ma ona jednak znaczenie dla oceny argumentów strony powodowej.

W każdym razie Sąd, w tak ustalonym stanie faktycznym i prawnym sprawy, nie może zaakceptować twierdzenia o nieważności umowy z powodu sprzeczności z naturą stosunku zobowiązaniowego polegającą na arbitralnym i nieweryfikowalnym ustaleniu treści świadczenia. Ustalone okoliczności nie dają podstaw do przesądzenia, że świadczenie zakładu ubezpieczeń zostało skonstruowane w ten sposób, a Sąd, gdyby twierdził inaczej, musiałby posunąć się do wysnuwania domniemań i twierdzeń opartych tylko o stwierdzenie faktu, że wartość aktywów ubezpieczonego znacząco spadła w okresie trwania stosunku ubezpieczeniowego. To za mało aby stwierdzić nieważność stosunku prawnego, ze względu na sprzeczność z prawem i naruszenie swobody w kształtowaniu treści stosunku prawnego (art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c.)

Strona powodowa twierdziła również, że ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez pozwaną spółkę była w tym wypadku iluzoryczna, co z jednej strony miało uzasadniać twierdzenie o sprzeczności umów grupowego ubezpieczenia na życie z naturą stosunku, a z drugiej – przemawiać za nieważnością oświadczeń złożonych pozwanej, o tym, że konsument chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej – z powodu braku takiej funkcji ochronnej.

Zarzut ten jednakże nie był zasadny, ponieważ „produkt” do którego powodowie przystąpili, mimo obleczenia go w formę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, nie pełnił funkcji ubezpieczeniowej (miała ona marginalne znaczenie) lecz przede wszystkim inwestycyjną, o czym powodowie wiedzieli i czego właściwie oczekiwali, przyznając ten fakt w trakcie przesłuchania.

Zakupiony” przez klienta produkt finansowy, produkt w który klient zainwestował, jest produktem strukturyzowanym, jego wartość uzależniona jest od wartości instrumentów bazowych, w które lokowane były pozyskane od klienta środki. Wartość instrumentów bazowych była zmienna w czasie, był to jeden z powodów, z których zmianom podlegała wartość jednostki uczestnictwa funduszu.

Sąd w tym składzie podziela dominujący pogląd, iż umowa ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym jest umową o charakterze mieszanym - jest to umowa ubezpieczenia na życie z elementami charakterystycznymi dla umów o charakterze inwestycyjnym (por.: wyrok SN z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie I CSK 149/13, OSNC 2014/10/103.).

Celem umowy ubezpieczenia z UFK jest z jednej strony ochrona ubezpieczeniowa, z drugiej zaś inwestowanie środków ubezpieczającego w sposób określony umową ubezpieczenia. W zależności od umowy aspekt ubezpieczeniowy lub inwestycyjny umowy może być dominujący lub oba te cele mogą być równoważne. Charakterystyczną cechą umowy ubezpieczenia z UFK jest więc inwestowanie części składki w sposób określony umową. W ustawodawstwie nie zostały wskazane elementy przedmiotowo istotne umowy ubezpieczenia na życie z UFK. O ile bowiem *essetialia negotii* umowy ubezpieczenia zawarte zostały w art. 805 k.c., to brak jest kompleksowej regulacji umowy

ubezpieczenia na życie z UFK prowadzi do wniosku, że treść takiego stosunku prawnego kształtowana jest w dużej mierze na zasadzie swobody umów.

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151, ze zm., dalej powoływana jako u.d.u.) nie przewiduje żadnych wymagań dotyczących określenia stosunku (proporcji) pomiędzy funkcją ochroną a inwestycyjną umowy ubezpieczenia z UFK. Kwestia ta jest uregulowana na zasadzie swobody umów (tak: M. Szczepańska, Wyplata wartości wykupu w umowie ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, Wiadomości Ubezpieczeniowe 3/2015, str. 101.)

Dopuszczalne są takie postacie umowy ubezpieczenia z UFK, gdzie ochrona ubezpieczeniowa ma znaczenie marginalne, Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawie *Á. A. przeciwko (...) (C -166/11)* uznał, że nie są czymś nadzwyczajnym i są powszechne w prawie ubezpieczeń umowy ubezpieczenia na życie (zwane unit linked), gdzie 100 % składki jest alokowane w produkty inwestycyjne, a żadna część składki nie odpowiadała ryzyku ubezpieczeniowemu i mimo to, są to nadal umowy ubezpieczenia na życie.

Konstrukcja ubezpieczeń z UFK zakłada więc, że część środków przeznaczana będzie na ochronę ubezpieczeniową, a pozostała część na wydzielony fundusz, który zarządzany jest przez ubezpieczyciela lub inny wyspecjalizowany podmiot w celu dokonywania na rzecz klienta inwestycji zgromadzonych w tym funduszu środków, zgodnie z strategią, inwestycyjną wybraną przez klienta. Istotą takiego ubezpieczenia jest więc zazwyczaj możliwość pomnożenia kapitału przez jego inwestowanie zgodnie z przyjętą strategią inwestycyjną. Możliwość pomnożenia kapitału jest natomiast zawsze związana z ryzykiem inwestycyjnym po stronie klienta, którego skala może być zróżnicowana w zależności od przyjętej strategii (ostrożnej, zrównoważonej, czy agresywnej).

Zauważyć należy, że UFK występuje tylko w tym rodzaju ubezpieczenia. UFK stanowi wyodrębnioną masę majątkową, o ściśle określonym sposobie tworzenia i przeznaczeniu. Ta masa majątkowa zarządzana jest przez określony podmiot – ubezpieczyciela. W momencie przystąpienia przez powoda do umowy grupowej ubezpieczenia z UFK obowiązywała ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151, ze zm., dalej powoływana jako u.d.u.).

W przywołanym już art. 2 ust. 1 pkt 13 u.d.u. UFK jest zdefiniowany jako wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczenie z UFK jest więc produktem ubezpieczeniowym, w którym część składki ubezpieczającego inwestowana jest w określony w umowie sposób. UFK stanowi więc część aktywów ubezpieczyciela, wyodrębnioną pod względem rachunkowym od pozostałego majątku. To ubezpieczyciel decyduje o formach, kierunkach sposobach ich inwestowania, zarządzania oraz przechowywania.

Sąd wziął również pod uwagę kwestę naruszenia przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dn. 22 maja 2003 r. (Dz. U. 2016 r., poz. 217), często podnoszoną w tego typu sprawach. Wątpliwości w tym zakresie sprowadzają się do twierdzenia, że ubezpieczający (...) Spółka z o.o. Spółka komandytowa oraz (...) Bank S.A., przy zawieraniu umów i odbiorze deklaracji przystąpienia do tychże występowały jako pośrednicy ubezpieczeniowi, co miało być sprzeczne z rolą ubezpieczającego w stosunku ubezpieczenia bądź niezgodne z ustawowo określonymi zadaniami banku jako szczególnego podmiotu prawa. Zgodnie z art. 2 ust. 1 ww. ustawy pośrednictwo ubezpieczeniowe polega na wykonywaniu przez pośrednika za wynagrodzeniem czynności faktycznych lub czynności prawnych związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia.

Formalnie, przy zawieraniu umowy grupowego ubezpieczenia na życie i nawiązywaniu kolejnych stosunków ubezpieczenia, wskazane powyżej spółki występowały jako ubezpieczający, zaś umowa ubezpieczenia na życie miała w tym wypadku charakter grupowy, i była umową na cudzy rachunek (art. 808 § 1 k.c.), do której ubezpieczony mógł przystąpić na podstawie złożonej deklaracji.

Możliwość zawierania takich umów wprost przewidywały przepisy prawa (art. 13 ust. 3c i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dn. 22 maja 2003 r.). Również pod rządami nowej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i

reasekuracyjnej z dn. 11 września 2015 r. (Dz. U. 2017 r., poz. 1170) wprost określono dopuszczalność zawierania i pożądaną treść takich umów, znacznie rozszerzając regulację normatywną w tym zakresie (art. 22 – 24 ustawy). Dopiero w nowej ustawie pojawiła się regulacja zakazująca pobierania wynagrodzenia, przy ubezpieczeniach zawieranych na cudzy rachunek, przez ubezpieczającego w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia (art. 18 ust. 1). Przepis ten obowiązuje jednakże od dnia 1 kwietnia 2016 r. i jakkolwiek miał on stanowić odpowiedź ustawodawcy na dostrzegalny w praktyce problem niejasnej roli banku i innych podmiotów kapitałowo powiązanych z zakładem ubezpieczeń, występujących jako podmioty ubezpieczające w ubezpieczeniach grupowych, to nie może on znaleźć zastosowania do umów i stosunków ubezpieczenia nawiązanych i zakończonych przed dniem jego wejścia w życie. Zakaz retroakcji przepis o charakterze sankcjonującym nie może budzić przy tym wątpliwości, został on dodatkowo rozstrzygnięty w treści przepisu art. 482 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Niewątpliwie, działalność wykonywana przez spółkę ubezpieczającą od strony ekonomicznej wykazywała podobieństwo do dystrybucji ubezpieczeń, jednakże od strony prawnej miała odmienny charakter. Należy ponadto podnieść, że (...) Spółka z o.o. Spółka komandytowa nie był stroną niniejszego postępowania, zaś z przedstawionych w sprawie dokumentów nie wynika aby jego status prawny wykraczał w tym wypadku poza rolę ubezpieczającego. Niewątpliwie, strony umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wykorzystały w ten sposób fakt, że rola i status ubezpieczającego w przypadku umów grupowego ubezpieczenia na życie nie były w świetle obowiązujących przepisów określone dość precyzyjnie, na tyle, ażeby wyraźnie odróżnić status ubezpieczającego od statusu pośrednika ubezpieczeniowego. Zarówno bowiem przepisy kodeksu cywilnego, jak i przepisy ówczesnie obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej regulowały status i obowiązki ubezpieczającego w sposób dość lakoniczny (art. 805 § 1 k.c., art. 808 k.c. oraz art. 13 ust. 3b ustawy o działalności ubezpieczeniowej), ograniczając się do stwierdzenia obowiązku zapłaty składki oraz określenia zakresu obowiązku informacyjnego przy ubezpieczeniach grupowych.

Z faktu jednakże wykorzystania przez strony umowy pojemnej konstrukcji prawnej, która posłużyła do zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w sposób, który nie był ustawowo doprecyzowany, nie można aktualnie czynić zarzutu wskazującego na nieważność takiej umowy z powodu sprzeczności z prawem. W szczególności należy zwrócić uwagę na fakt, że model umowy grupowego ubezpieczenia na życie jest odmienny od modelu umowy ubezpieczenia zawieranej przez pośrednika ubezpieczeniowego. W tym drugim wypadku pośrednik ubezpieczeniowy prowadzi działania zmierzające do pozyskiwania klientów i zawieraniu z nimi umów ubezpieczenia (art. 4 pkt. 1 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym), zaś umowy zawarte w ten sposób są zawierane z ubezpieczającym, który najczęściej występuje również jako ubezpieczony. Z kolei w modelu grupowych ubezpieczeń na życie zakładana jest instytucjonalna odrębność ubezpieczającego i ubezpieczonych, którzy przystępują do już zawartej umowy, na podstawie składanych przez siebie deklaracji.

Z podobnych przyczyn niezasadne były również zarzuty obejścia przepisów prawa w postaci ustawy o funduszach inwestycyjnych z dn. 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi, Nie można bowiem czynić tego rodzaju zarzutu z prowadzenia przez stronę pozwaną działalności w formie zawierania umów grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, która to forma była prawnie dopuszczalna, z tej tylko przyczyny, że struktura ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i ich cele gospodarcze wykazują podobieństwo do funduszy inwestycyjnych.

Kolejny zarzut zgłoszony przez stronę powodową wskazywał na naruszenie art. 829 § 2 k.c. poprzez niewskazanie w treści oświadczenia ubezpieczonego wysokości sumy ubezpieczenia. Zarzut ten nie mógł znaleźć aprobaty Sądu, bowiem całkowicie pomija odrębny charakter ustalania sumy ubezpieczenia w przypadku umów grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Ze względu na występowanie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w konstrukcji tej umowy, nie da się z góry określić wysokości sumy ubezpieczenia, jest ona bowiem bezpośrednio zależna od wartości rachunku udziałów, która z kolei zależy od wyceny wartości aktywów netto samego funduszu. W tym zakresie istotne znaczenie ma treść przepisu art. 13 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dn. 22 maja 2003 r., z którego wynika, że w umowie ubezpieczenia tego

rodzaju zakład ubezpieczeń obowiązany jest do wskazania zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, w szczególności sposobu kalkulacji i przyznawania premii, rabatów i udziału w zyskach ubezpieczonego, określenia stopy technicznej, wskazania wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, o ile są one gwarantowane. Jeśli zatem suma ubezpieczenia nie jest gwarantowana, a umowa nie ma charakteru bezskładkowego, to suma ubezpieczenia nie musi być oznaczona w konkretnej wysokości, a wystarczające jest wskazanie zasad ustalania jej wysokości.

Nie był również trafny zarzut naruszenia natury stosunku ubezpieczeniowego poprzez zawieranie umów ubezpieczenia grupowego na życie z UFK, pomiędzy ubezpieczonym a ubezpieczającym i następnie wykonywanie tychże umów, w sytuacji w której nie było więzi prawnej pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczonym (zarzut naruszenia art. 808 § 1 k.c. w zw. z art. 393 k.c.). Zgodzić należało się ze stroną pozwaną, że prawo polskie nie przewiduje takiego wymagania, w szczególności nie ustanawia ono obowiązku działania przez ubezpieczającego w interesie podmiotu ubezpieczonego. To że często tak się dzieje w praktyce ubezpieczeniowej nie oznacza jeszcze, że ustawa statuuje taki obowiązek o charakterze normy iuris cogentis, przyjęcie takiego rozumowania wiąże się z pomyleniem porządku empirycznego i porządku normatywnego. Brak takiej więzi prawnej nie oznacza również, że nie istnieje causae czynności przysparzającej, bowiem kauza jest to ogólny cel danego typu czynności prawnej, tj. prawny powód, dla którego podmiot prawa cywilnego składa określone oświadczenie woli (causa donandi, causa obligendi vel acquirendi, causa solvendi), a nie cel gospodarczy danego typu umowy, w tym wypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK. Jeśli zatem strona powodowa kwestionuje istnienia gospodarczego sensu przysporzenia, jakie było podłożem nawiązania stosunku prawnego między stronami niniejszego sporu, to nie oznacza to jeszcze, że została naruszona zasada kauzalności czynności prawnych (art. 156 k.c.), ze skutkiem nieważności czynności prawnej.

Nietrafny był również zarzut naruszenia art. 808 § 2 k.c., polegający na wskazaniu, że na gruncie tego przepisu wykluczone jest pobieranie przez ubezpieczających wynagrodzenia z tytułu zawierania umowy ubezpieczenia i odbierania oświadczeń o przystąpieniu do umów grupowego ubezpieczenia na życie. Hipoteza tego przepisu obejmuje bowiem stan przysługiwania roszczenia o zapłatę składki należnej ubezpieczycielowi i nie wyklucza ustalenia, że podmiotem, który ponosi ciężar ekonomiczny składki i jest obowiązany do jej zapłaty, będzie ubezpieczony. Sprzeczne z treścią tego przepisu byłoby ustalenie, że roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi przeciwko ubezpieczonym. Takiego postanowienia kwestionowane umowy, obejmujące również wzorce umowne, nie obejmowały. Prezentowana przez stronę powodową wykładnia powyższego przepisu jest przy tym niezgodna z jego rozumieniem przyjętym w orzecznictwie (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dn. 12 września 2013 r., sygn. IV CSK 91/13).

Należy ponadto zwrócić uwagę, że ustawodawca zaakceptował taką praktykę kształtowania treści stosunku prawnego, również poprzez określone regulacje prawa podatkowego. Trafnie pozwana podniosła, że pobieranie przez ubezpieczającego wynagrodzenia z tytułu zostało pośrednio objęte regulacją art. 43 ust. 1 pkt 37 ustawy z dn. 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. 2017 r., poz. 1221), w ten sposób, że usługi świadczone przez ubezpieczającego w zakresie zawieranych przez niego umów ubezpieczenia na cudzy rachunek są zwolnione z podatku. Jeśli zatem ustawodawca zdecydował się zwolnić tego rodzaju usługi z obciążenia podatkiem, to nie można jednocześnie przyjąć, że są one sprzeczne z prawem, nie kwestionując przy tym również generalnej zasady odpłatności usług świadczonych w obrocie rynkowym.

W niniejszym postępowaniu podlegała również zbadaniu kwestia ewentualnej sprzeczności nawiązanego między stronami stosunku prawnego ze względu na sprzeczność z zasadami współżycia społecznego, oparty na rażącej dysproporcji praw i obowiązków stron i przeniesieniu całego ryzyka inwestycyjnego na stronę powodową. W tym bowiem wypadku ubezpieczony inwestował swoje środki pieniężne, a w konsekwencji to on ponosił ryzyko inwestycyjne z tym związane. Ubezpieczony został o tym powiadomiony na piśmie przy zawieraniu umowy.. Tak określona treść stosunku prawnego, jeśli chodzi o rozkład ryzyka inwestycyjnego nie może być uznana za sprzeczną z zasadami współżycia społecznego, gdyż do treści tych zasad nie należy możliwość uchylenia się od konsekwencji własnych decyzji inwestycyjnych. W szczególności należy aprobejaco w tym kontekście przywołać tezę wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach: Powodem stwierdzenia nieważności umowy nie może być sam fakt, że dla jednej ze stron umowa jest niekorzystna, albowiem oznaczałoby to, że skutek ekonomiczny miałby rozstrzygać o tym, czy umowa

jest ważna czy nieważna (SA w Katowicach, wyr. z 19.02.2016 r., I ACa 894/15). Brak realizacji zakładanego celu ekonomicznego przystąpienia do umowy ubezpieczenia, czyli poniesienia straty, zamiast zysku nie świadczy jeszcze zatem sam w sobie o tym, że umowa bądź stosunek prawny są sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

Względy ekonomiczne mają oczywiście znaczenie dla oceny realizacji umowy, tj. dla ustalenia czy dłużnik wywiązał się z umowy w sposób należyty (art. 471 k.c.). Z ostrożnością należy jednakże podchodzić do argumentacji wskazującej, że treść świadczenia została określona w sposób nietransparentny i arbitralny z tego względu, że wartość jednostki uczestnictwa w fundusz kapitałowym znacząco obniżyła się po otwarciu inwestycji. Sam spadek wartości udziału jednostkowego nie może przemawiać za twierdzeniem, że treść zawartej umowy jest sprzeczna z naturą stosunku zobowiązaniowego, gdyż do natury tego stosunku nie należy uchylene ryzyka inwestycyjnego. Tym bardziej w przypadku umowy takiej jak kwestionowana w pozwie, w przypadku której obciążenie konsumenta ryzykiem inwestycyjnym było jej immanentną częścią.

Należy ponadto podkreślić, że ocena powodzenia bądź fiaska ekonomicznego celu inwestycji jest w tym wypadku oceną przedwczesną, nie można bowiem tracić z pola widzenia faktu długoterminowości nawiązanego między stronami stosunku prawnego. Właściwym horyzontem czasowym dla oceny opłacalności inwestycji byłby w tym przypadku okres lat 10 – ciu, zgodnie z długością okresu, na jaki stosunek prawny został nawiązany. Przed upływem tego czasu jakiegokolwiek wnioskowania oparte o twierdzenie, że powód odniósł znaczącą stratę nie mają zatem uzasadnionych podstaw. Miałyby one sens, wówczas, gdyby strona powodowa dowiodła, że sama konstrukcja tej umowy, z natury rzeczy, wykluczała osiągnięcie jakiegokolwiek zysku i nieuchronnie prowadziła do strat. Takie twierdzenie nie zostało jednak dowiedzione, zaś z ustalonych okoliczności sprawy w żaden sposób ono nie wynika.

Nie oznacza to przy tym, że należy w całości aprobować poszczególne sposoby zawierania tychże umów, bądź nakłaniania do ich zawarcia, jednakże stwierdzenie tego rodzaju okoliczności nie było przedmiotem niniejszego postępowania, jak również – w razie ich ustalenia – mogłyby one prowadzić do ustalenia ewentualnej odpowiedzialności na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym z dn. 23 sierpnia 2007 r., a nie do stwierdzenia nieważności całej umowy na podstawie art. 58 § 2 k.c.

W konsekwencji powództwo podlegało oddaleniu, w zakresie żądania głównego, zasadzającego się na twierdzeniu o nieważności umowy. Jeśli kwestionowana umowa nie okazała się nieważna, to spełnione na jej podstawie obustronne świadczenia nie są świadczeniami nienależnymi (art. 410 § 2 k.c.) i nie podlegają zwrotowi.

Rozważania co do zasadności żądania ewentualnego pozwu

Zasadne okazało się natomiast powództwo w zakresie roszczenia ewentualnego, opierającego się o twierdzenie, że pobranie opłat transakcyjnych nastąpiło na podstawie postanowień umownych, które należy uznać za niedozwolone postanowienia umowne.

Zgodnie z treścią art. 385¹ § 1 k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Z wymienionego przepisu jasno zatem wynika, że aby można było uznać klauzulę za abuzywną muszą zostać spełnione cztery przesłanki: tj. po pierwsze umowa musi być zawarta z konsumentem, po drugie postanowienia tej umowy nie zostały uzgodnione z konsumentem w sposób indywidualny, po trzecie kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, a po czwarte postanowienia te nie mogą dotyczyć głównych świadczeń stron, chyba, że zostały sformułowane w sposób niejednoznaczny

W ocenie Sądu w wymienionym wypadku wszystkie wymienione przesłanki zostały spełnione, niewątpliwie bowiem umowa grupowego ubezpieczenia na życie, z której powodowie wywodzili swoje roszczenia, była umową – w stosunku

do konsumentów – adhezyjną, mogli oni bowiem jedynie przystąpić do niej, nie mając żadnego wpływu na treść jej postanowień, treść ogólnych warunków umów, czy też treść tabeli opłat i limitów.

Powodowie kwestionowali w niniejszym postępowaniu te postanowienia wzorca umownego, rozwinięte w stanowiącej jego załącznik tabeli opłat i limitów, które zobowiązywały ich do ponoszenia na rzecz zakładu ubezpieczeń opłat transakcyjnych, pobieranych przez sześć pierwszych miesięcy trwania ubezpieczenia, okresowo, w odstępach miesięcznych, z wartości jednorazowej składki ubezpieczeniowej. Ze względu na zasadnicze podobieństwo konstrukcji opłaty transakcyjnej obciążającej każdego z powodów występujących w niniejszym postępowaniu, ocena ich charakteru prawnego zostanie dokonana łącznie.

Tak określone postanowienia umowne należy poczytywać za abuzywne, bowiem kształtują one interesy konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając przy tym jego interesy. Pozbawienie istotnej części zgromadzonego kapitału, w ramach stosunku prawnego, przez pierwsze 6 miesięcy jego trwania, który miał cel przede wszystkim inwestycyjny, niewątpliwie jest sprzeczne z dobrymi obyczajami, gdyż w sposób całkowicie nieuprawniony stawia interes przedsiębiorcy prowadzącego działalność ubezpieczeniową – finansową nad interesem konsumenta.

Należy bowiem zauważyć, że wbrew dosłownemu odczytaniu wskaźników procentowych podanych w tabeli opłat i limitów wysokość tej opłaty transakcyjnej nie równała się stawce ok. 4,5%-5%, lecz wynosiła ok. 28 % wartości wszystkich zainwestowanych składek. Wyczytanie tej informacji z tabeli opłat i limitów było wprawdzie możliwe, jednakże sam mechanizm naliczenia opłaty nie został w jej treści określony jasno i przejrzysto. Sposób sformułowania zapisów tabeli opłat i limitów mógł wywołać wrażenie, że wysokość tej opłaty nie jest wygórowana, gdyż nie przekracza ona 5 % składki ubezpieczeniowej. Dopiero ustalenie, że składka ubezpieczeniowa miała w tym wypadku charakter jednorazowy, a opłata transakcyjna była pobierana sześciokrotnie od tej samej składki pozwalało uzmysłowić sobie jej rzeczywisty wymiar.

Pozwany zakład ubezpieczeń w żadnym miejscu umowy, ogólnych warunków ubezpieczenia lub teź tabeli opłat i limitów nie wskazał na żadne ekonomiczne uzasadnienie dla pobrania opłaty w tak znacznej wysokości. Dopiero na użytek postępowania próbowała konstruować uzasadnienie dla jej poboru, wskazując, że wymagały tego koszty ponoszone przez zakład ubezpieczeń, które zgodnie z zasadami sztuki aktuarialnej powinny być rozłożone w czasie trwania umowy, co sprawia, że należne ubezpieczonym świadczenie będzie rosnąć w miarę postępów trwania umowy.

Cała jednakże argumentacja przytoczona przez pozwaną na uzasadnienie tego stanowiska, odwołująca się do konieczności pokrycia kosztów zakładu ubezpieczeń i odpowiedniego rozłożenia ich w czasie, jest całkowicie nieadekwatna, bowiem odnosi się ona do innego rodzaju konstrukcji stosowanych przez ubezpieczycieli w umowach grupowego ubezpieczenia na życie z UFK, mianowicie do tzw. opłat likwidacyjnych bądź też ustalania wartości wykupu (co jest w istocie rewersem opłat likwidacyjnych).

W tym jednakże wypadku nie chodziło o wartość wykupu, która polegała na pomniejszeniu wartości świadczenia ubezpieczeniowego należnego konsumentowi, z powodu wcześniejszego rozwiązania umowy ubezpieczenia, lecz o opłatę transakcyjną, której mechanizm umowny był zupełnie odmienny, nawet jeśli miała ona służyć podobnym celom rozrachunkowym i fiskalnym.

W tym bowiem wypadku zakład ubezpieczeń obciążał powodów opłatą, której rozliczenie następowało w pierwszych sześciu miesiącach stosunku ubezpieczeniowego, poprzez umorzenie części jednostek uczestnictwa w UFK, co na trwałe pozbawiało konsumentów istotnej części zgromadzonych przez nich środków. Pobrana w ten sposób opłata nie mogła być w żaden sposób rozliczona z korzyścią dla konsumentów, bowiem w przeciwieństwie do opłat z tytułu wartości wykupu jej wartość nie ulegała zmianom w czasie, w szczególności nie obniżała się wskutek dłuższego trwania stosunku ubezpieczenia z indywidualnym ubezpieczonym.

Należy przy tym wskazać, że cel inwestycyjny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, jakim było w tym wypadku osiągnięcie poziomu 100 % wartości składki zainwestowanej, nie oznaczał dla konsumenta gwarancji odzyskania środków uiszczonych tytułem opłaty likwidacyjnej, ponieważ (...) nie gwarantowało osiągnięcia tego celu. Żaden zaś

z pozostałych przepisów wzorca umownego nie zobowiązywał pozwanego zakładu ubezpieczeń do wypłaty na rzecz konsumenta kwoty nie niższej niż 100 % wartości składki jednorazowej na koniec okresu ubezpieczeniowego (w szczególności nie regulowały tego w ten sposób poświęcone temu zagadnieniu zapisy § 15 – 18 OWU).

Należy dodać, że kształtując treść stosunku prawnego w ten sposób pozwany zakład ubezpieczeń przerzucał istotny ciężar ekonomiczny, związany z prowadzeniem własnej działalności na konsumenta. Mechanizm tego przeniesienia kosztów nie został wyjaśniony w umowie, co budzi istotne wątpliwości z tego względu, że postanowienia określały liczbę, rodzaj, wysokość i charakter opłat obciążających konsumenta w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia (§ 14 OWU w zw. z Tabelą Opłat i Limitów).

Należy też dodać, że oprócz ciężaru wymienionych opłat szczegółowych, konsument ponosił istotne ryzyko inwestycyjne, związane z powyższą umową, które polegało na możliwości poniesienia strat związanych z inwestowaniem środków w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. W tym wypadku ryzyko to ziściło się w niemalym stopniu, bowiem wartość rachunku udziałów oscylowała wokół 4/5 wartości zainwestowanych przez powodów składek (pomniejszych dodatkowo o obciążające ich opłaty transakcyjne).

Suma tych obciążeń i ryzyk, przypadających w tym wypadku na konsumentów, w połączeniu z bardzo istotnym, niekorzystnym dla nich, wymiarem opłaty transakcyjnej, sprawia, że doszło w tym wypadku do znacznej, a nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków wynikających z umowy. Jest to zaś podstawowe kryterium, wypracowane w orzecznictwie (wyrok SN z dn. 13.07.2005 r., I CK 832/04, wyrok SN z dn. 29.08.2013 r., I CSK 660/12, wyrok SN z dn. 18.12.2013 r., I CSK 149/13) służące do ustalenia, że kwestionowane postanowienia umowne naruszają interes konsumenta w sposób rażący.

Postanowienia te były również sprzeczne z dobrymi obyczajami, bowiem całkowicie niezależnie od działań i oświadczeń konsumenta, umożliwiały pozbawienie go części zainwestowanego kapitału.

Należy tu podzielić stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone m.in. w wyroku z dnia 13 lipca 2005 r. (I CK 832/04), gdzie stwierdzono, że „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. „Dobre obyczaje” to reguły postępowania pozostające w zgodzie z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie wartościami. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami należy z kolei uznać działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności, a więc o działanie potocznie określane, jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające od przyjętych standardów postępowania.

Sprzeczność z dobrymi obyczajami wyrażała się w tym wypadku również w określeniu mechanizmu ustalania i naliczania opłaty transakcyjnej w sposób nieprzejrzysty, trudno zrozumiały dla przeciętnego konsumenta i pozbawiony jakiegokolwiek uzasadnienia w treści samej umowy. Uzasadnienie takie strona pozwana próbowała konstruować dopiero w trakcie niniejszego postępowania i przede wszystkim na jego użytek.

Związek między kosztami działalności zakładu ubezpieczeń a wysokością opłaty z transakcyjnej jawi się zatem w tych okolicznościach jako związek jedynie rzekomy. W szczególności nie można na jego podstawie ustalić, dlaczego opłata transakcyjna w przypadku stosunku prawnego nawiązanego przez powoda A. K. (1) miała wynosić aż 35 472 zł, a w przypadku stosunku prawnego łączącego Z. S. – 7 092 zł, skoro oba te przypadki przystąpienia do umowy ubezpieczenia na życie różniły się jedynie wysokością wniesionej składki ubezpieczeniowej.

Jak należy przyjąć, jedynym uzasadnieniem zróżnicowania wysokości tych opłat mogła być zatem wyłącznie wysokość wynagrodzenia wypłaconego ubezpieczającemu, które w przypadku przystąpienia do umowy przez Z. S. było kilkukrotnie niższe niż w przypadku oświadczenia złożonego przez A. K. (1) (5 545 zł w stosunku do kwoty 27 725 zł).

To jednakże nie jest okoliczność, która może podlegać ocenie przy kwalifikacji postanowień umownych dotyczących opłat transakcyjnych jako postanowień abuzywnych. Jest tak z kilku powodów i jeden z nich jest wprost związany z

przyjętą przez pozwaną spółkę metodą dystrybucji ubezpieczeń. Po pierwsze, koszty tego wynagrodzenia, wypłacanego w systemie prowizyjnym, nie były przedmiotem żadnych ustaleń z powodami, ani też w żaden sposób nie były oznajmione powodom. Nie mogli oni sobie zatem zdawać sprawy z ich występowania ani tym bardziej z ich wysokości.

Po drugie, prowizyjny sposób pobierania wynagrodzenia, jest właściwy dla modelu pośrednictwa ubezpieczeniowego (art. 2 ust. 1 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym w zw. z art. 758¹ § 2 k.c., zob. Emilia Wiczorek, Komentarz do art. 2 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, [w:] Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz. Tom I. Komentarz do przepisów prawnych o funkcjonowaniu rynku ubezpieczeń, Z. Brodecki (red.), LEX 2010) od stosowania którego pozwana spółka w tym przypadku bardzo konsekwentnie się odżegnywała. Nie można jednak z jednej strony zaprzeczać stosowaniu rozwiązań wprost zaczerpniętych z konstrukcji pośrednictwa ubezpieczenia, a z drugiej – układać relacje z konsumentami dokładnie według wzorów zaczerpniętych z tego modelu dystrybucji ubezpieczeń.

Należy się przy tym zgodzić z pozwaną spółką, że polskie ustawodawstwo, obowiązujące w dacie przystępowania przez powodów do umów grupowego ubezpieczenia na życie, nie wykluczało możliwości pobierania przez ubezpieczających wynagrodzeń z tytułu oferowania tego rodzaju produktów. Konkluzja ta była jedną z przesłanek uznania za niezasadne zarzutów wymierzonych w zgodność zawartych umów z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

Nie oznacza to jednak jeszcze akceptacji dla praktyki polegającej na dowolnie wysokim ustalaniu tych kosztów w ramach umowy ubezpieczenia zawieranej między ubezpieczającym a zakładem ubezpieczeń, a następnie ich przerzucaniu w całości na konsumenta, który nie był i nie mógł być świadomy ich wysokości.

Należy przy tym zauważyć, że sam pozwany ubezpieczyciel, w treści obszernego sprzeciwu od nakazu zapłaty, przytaczał liczne przypadki obciążania konsumentów różnego rodzaju opłatami, nakładanymi przez podmioty prowadzące działalność inwestycyjną, na rachunek i ryzyko inwestorów będących konsumentami (np. opłata za zarządzanie, pobierana przez fundusze inwestycyjne, bądź opłata na rzecz otwartego funduszu emerytalnego, pobierana w oparciu o art. 134 ustawy o organizacji i funkcjonowaniu otwartych funduszy emerytalnych z dn. 28 sierpnia 1997 r., Dz. U. 2017, poz. 870).

Rzecz jednak w tym, że przytaczane przypadki opłat nakładanych na konsumentów dotyczyły jednak opłat znacznie niższych niż te zastosowane przez pozwaną w stosunku do powodów (od 2 do 5 % od wartości składki w przypadku funduszy inwestycyjnych, 1,75 % potrącenia ze składki w przypadku w funduszy emerytalnych).

W przypadku analizowanych opłat transakcyjnych ich faktyczna wysokość wynosiła zaś 27,99 % i 28,38 % wniesionej i zainwestowanej składki ubezpieczeniowej. Dysproporcja w tym zakresie jest aż nadto widoczna i nie jest ona w ocenie Sądu dostatecznie usprawiedliwiona.

Zdaniem Sądu Rejonowego, kwestionowane postanowienie umowne nie dotyczyło również świadczeń głównych stron. Świadczenia główne stron są to bowiem takie elementy stosunku zobowiązaniowego, które charakteryzują jego istotę pod względem prawnym. W umowie ubezpieczenia, również obejmującej wariant z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, są to świadczenia polegające na opłacaniu składek przez konsumenta i wypłacie świadczenia przez ubezpieczyciela, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

W tym wypadku opłata transakcyjna była pobierana od składki ubezpieczeniowej, jednakże sama w sobie nie może być uważana za element składki ubezpieczeniowej, gdyż była odrębnie rozliczana przez zakład ubezpieczeń i nie wpływała w żaden sposób na wartość aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, a w konsekwencji również na wartość rachunku udziałów.

Świadczenie to wykazuje jedynie podobieństwo do świadczenia głównego strony będącej ubezpieczonym, z tego względu, że odpowiadająca mu suma pieniężna pokrywa się z częściowo z sumą pieniężną wniesioną tytułem składek. Częściowa tożsamość przedmiotu świadczeń nie oznacza jednak tożsamości samych świadczeń – świadczenie

stanowiące przedmiot opłaty transakcyjnej jest bowiem spełnianie z innej umownej podstawy prawnej oraz ma inny cel gospodarczy i zupełnie inny podmiot jest jego beneficjentem.

Stwierdziwszy zatem abuzywność określonych postanowień umownych, odnoszących się do bezpodstawnego obciążenia powodów opłatami transakcyjnymi, należało uznać, że nie wiążą one konsumentów. W konsekwencji strony były związane stosunkiem umownym w pozostałym zakresie (art. 385¹ § 2 k.c.), w tym jednakże wypadku, w związku z faktem, że opłata transakcyjna dotyczyła świadczenia pobieranego wprost przez zakład ubezpieczeń od konsumenta, które nie podlegało potem dalszemu rozliczeniu między stronami, należało odwołać się do konstrukcji świadczenia nienależnego.

Sąd Rejonowy podkreślił, że eliminując z treści umowy postanowienie umowne uznane za abuzywne, Sąd nie ma kompetencji do zastąpienia go postanowieniem o podobnym charakterze, które nie naruszałoby rażąco interesu konsumenta i nie było sprzeczne z dobrymi obyczajami. Sąd nie może zatem rozważyć w tym wypadku interesu ekonomicznego przedsiębiorcy i ustalić, że konsument powinien ponieść pewne dodatkowe koszty związane z przedterminowym zakończeniem umowy. Mechanizm oceny postanowień umownych pod kątem ich abuzywności takich uprawnień sądowi nie daje, co wynika wprost z treści art. 385¹ § 1 i 2 k.c. Powyższe rozwiązanie normatywne uzasadnia się przez odwołanie do tzw. efektu odstrasającego (penalizującego) związanego z oceną postanowienia jako abuzywnego.

Kwestia ta została wyjaśniona w orzecznictwie TSUE, który przyjął, że doprowadzanie kwestionowanych postanowień umownych do stanu „dozwolonych postanowień umownych” oznaczałoby w istocie, że przedsiębiorca może dowolnie ryzykować, posługując się wzorcami umownymi uznanymi za abuzywne, gdyż w najgorszym wypadku jedyna sankcja umowna jaką może ponieść, to doprowadzenie każdego elementu umowy do stanu obiektywnej równowagi kontraktowej (wyr. TSUE z dn. 14 czerwca 2012 r., C-618/10, (...) SA vs. J. C., oraz wyr. TSUE z dn. 26 stycznia 2017 r. C-421/14, (...) S.A. vs J. G.).

Sąd Rejonowy ma zatem świadomość, że uznanie powyższych opłat transakcyjnych za oparte o abuzywne postanowienia umowne może świadczyć o pewnym zachwianiu równowagi kontraktowej stron, tym razem na rzecz konsumenta, gdyż pozwany zakład ubezpieczeń zostaje właściwie pozbawiony opłaty z tytułu prowadzenia na rzecz konsumenta działalności polegającej na inwestowaniu środków, za pośrednictwem UFK i świadczeniu ochrony ubezpieczeniowej. Taka jest jednakże konsekwencja posługiwania się abuzywnym postanowieniem umownym, gdyż w ramach tej instytucji Sąd nie ma uprawnień do samodzielnego kształtowania treści stosunku prawnego, np. poprzez ustalenie, że zakład ubezpieczeń miał prawo pobierać tę opłatę w wysokości np. 5 % wartości składki zainwestowanej. Możliwość zachwiania równowagi kontraktowej na korzyść konsumenta jest zatem naturalną konsekwencją stosowania mechanizmu oceny postanowień umownych jako abuzywnych, z którą przedsiębiorca powinien się liczyć, posługując się tego rodzaju konstrukcjami umownymi.

W konsekwencji uznano, że opłata transakcyjna była w tym wypadku świadczeniem nienależnym, gdyż podstawa prawna do jego spełnienia odpadła w całości, wskutek dokonania incydentalnej kontroli wzorca umownego. W rezultacie pozwany zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do zwrotu na rzecz powodów kwot bezpodstawnie pobranych tytułem opłat transakcyjnych, na podstawie przepisów o zwrocie nienależnego świadczenia (art. 405 k.c. w zw. z art. 410 § 2 k.c.), które zostały określone w pkt. II wyroku i które odpowiadają żądaniu ewentualnemu zgłoszonemu w pozwie.

Reasumując, Sąd Rejonowy uznał wniesione powództwo za zasadne w zakresie należności wskazanych w żądaniach ewentualnym i na tej podstawie zasądził od pozwanej na rzecz powoda A. K. (1) kwotę 35 472 zł, na rzecz powoda Z. S. kwotę 7 092 zł, oraz na rzecz powódki M. S. (1) kwotę 7 834,18 zł.

Wszystkie powyższe sumy zostały zasądzone z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, począwszy od dnia 27 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty, w oparciu o przepis art. 481 § 1 k.c. W tym bowiem wypadku opóźnienie w spełnieniu tego rodzaju świadczeń należy łączyć z ich wymagalnością, która zgodnie z treści art. 455 k.c. jest następstwem skutecznego

wezwania strony zobowiązanej do spełnienia świadczenia. W każdym zaś z wymienionych powyżej trzech wypadków świadczenie było już wymagalne w dn. 27 kwietnia 2016 r., wskutek wcześniejszego skutecznego wezwania zakładu ubezpieczeń do zapłaty.

Nie ma przy tym znaczenia fakt, że kwoty z tytułu nienależnie pobranych opłat transakcyjnych, na rzecz dwojga z trojga powodów były wymagalne już znacznie wcześniej, jednolicie bowiem strona powodowa żądała zasądzenia odsetek od kwot stanowiących przedmiot żądania ewentualnego od tej samej daty (tj. od dnia 27 kwietnia 2016 r.), Sąd zaś jest bezwzględnie związany granicami żądania zgłoszonego w procesie (art. 321 § 1 k.p.c.).

W pkt. III wyroku orzeczono o kosztach postępowania, orzekając na zasadzie art. 100 k.p.c. o ich wzajemnym zniesieniu. W zakresie żądania głównego to pozwany był stroną wygrywającą i to na jego rzecz należałoby zasądzić koszty procesu, zgodnie z ogólną regułą wynikającą z art. 98 § 1 k.p.c.

Jednakże w zakresie żądań ewentualnych to powodowie są stroną wygrywającą, czego w ocenie Sądu Rejonowego, nie należało tracić przy orzekaniu o kosztach procesu.

Zdaniem Sądu Rejonowego, w myśl tego ostatniego stanowiska należało ocenić rozstrzygnięcie zapadłej w niniejszej sprawie. I tak pozwana wygrała w zakresie żądania głównego (tj. co do następujących kwot: 52 395,77 zł na rzecz A. K. (1), 10 473,58 zł na rzecz Z. S., 11 488,27 zł na rzecz M. S. (1)), uległa zaś w zakresie żądań ewentualnych (tj. co do kwot, odpowiednio, 35 472 zł, 7 092 zł, 7 834,18 zł).

Podane powyżej sumy różnią się od siebie, jednakże nie na tyle, żeby przyjąć, że obie strony wygrały bądź przegrały spór w znacząco różnych częściach. Należało tu ponadto wziąć pod uwagę, że to powodowie uiścili opłaty od żądań głównych, co sprawia, że ponieśli oni koszty procesu w większej części. Ostatecznie zatem można było przyjąć, że powodowie ulegli w postępowaniu w nieco większym zakresie, ale ponieśli również koszty tego procesu w większym stopniu (uiszczając opłaty od pozwu). Powyższe okoliczności, przemawiały zdaniem Sądu Rejonowego, za zastosowaniem w tym wypadku art. 100 k.p.c., w części przewidującej wzajemne zniesienie kosztów procesu.

Apelację od powyższego orzeczenia wywiedli powodowie, zaskarżając je w części:

1) oddalającej powództwo co do kwoty:

a) 16.923,77 zł w stosunku do powoda A. K. (1);

b) 3.381,58 zł w stosunku do powoda Z. S.;

c) 3.654,09 zł w stosunku do powoda M. S. (1);

2) znoszącej wzajemnie między stronami koszty postępowania, tj. w pkt III zaskarżonego wyroku.

Zarzucając:

1. naruszenie przepisów prawa procesowego w stopniu mającym wpływ na wynik sprawy, to jest naruszenie:

a. art. 278 § 1 k.p.c. w związku z art. 258 k.p.c. poprzez dokonanie ustaleń faktycznych wymagających wiadomości specjalnych z zakresu ekonomii oraz inwestowania w instrumenty pochodne wyłącznie w oparciu o twierdzenia pozwanego, a nie opinię biegłego;

b. art. 227 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku dowodowego powodów o przesłuchanie świadków P. G., A. K. (2) oraz A. J. jako zbędnych dla rozstrzygnięcia sprawy, podczas gdy okoliczności na które mieli być przesłuchani ww. świadkowie są istotne z punktu widzenia zarzutu powodów dotyczącego obejścia przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, a tym samym ich przeprowadzenie miało na celu ustalenie faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy;

c. art. 299 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku dowodowego powodów o przesłuchanie strony pozwanej - za pozwanego I. Ś. - Wiceprezes Zarządu pozwanego, jako zbędne dla rozstrzygnięcia sprawy, podczas gdy okoliczności na jakie miała być przesłuchiwana strona pozwana nie zostały wyjaśnione w toku postępowania, a ich ustalenie miało istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy;

d. art. 100 k.p.c. poprzez wzajemne zniesienie kosztów, podczas gdy z przepisu tego wynika, iż w przypadku częściowego uwzględnienia żądań koszty mogą być stosunkowo rozdzielone;

2. naruszenie przepisów prawa materialnego:

a. art. 58 § 1 k.c. w związku z art. 829 § 2 k.c. poprzez uznanie, że oświadczenia powodów o chęci zastrzeżenia na ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej są ważne, podczas gdy oświadczenia powodów o chęci zastrzeżenia na ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej złożone na sporządzonych przez pozwanego formularzach - „Deklaracji przystąpienia” nie zawierają żadnego oznaczenia wysokości sumy ubezpieczenia co skutkuje ich nieważnością;

b. 805 § 2 k.c. w związku z art. 829 § 1 pkt 1 k.c. w związku z art. 3531 k.c. poprzez nieprawidłowe uznanie, że umowa określona jako umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w której cel ochronny ma marginalne („iluzoryczne”) znaczenie jest umową ubezpieczenia w rozumieniu ww. przepisów prawa;

c. art. 3531 w zw. z art. 58 § 1 i 3 k.c. poprzez nieustalenie, że określenie wysokości

świadczenia należnego ubezpieczonemu w sposób zależny od wartości udziału jednostkowego, który z kolei zdeterminowany jest wartością aktywów netto funduszu kapitałowego nie narusza prawa, podczas gdy w umowach ubezpieczenia grupowego na życie, do których przystąpili powodowie, zobowiązanie pozwanego zostało ukształtowanie sprzecznie z naturą stosunku zobowiązaniowego, gdyż treść świadczenia pozwanego była określona według kryteriów określanych arbitralnie przez pozwanego, w sposób uniemożliwiający jego weryfikację;

d. art. 385 § 2 k.c., art. 58 § 1 i § 2 k.c. oraz art. 3531 k.c. poprzez uznanie, że Umowa ubezpieczenia jest ważna i nie narusza zasad współżycia społecznego, podczas gdy zarówno art. 385 § k.c., jak i zasady współżycia społecznego wymagają, aby umowa przeznaczona dla konsumenta była skonstruowana w sposób jasny, jednoznaczny, zrozumiały i prosty, a Umowy stanowiące przedmiot niniejszego postępowania wymogów tych nie spełniają;

e. art. 154 ust. 9 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej w zw. z

art. 1 ust 2 pkt 3) oraz art. 2 ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym poprzez uznanie, że sam fakt poddania kontroli nadzoru finansowego instrumentów finansowych powoduje ważność umowy, podczas gdy powodowie wywodzą nieważność umowy grupowego ubezpieczenia z obejścia przepisów o nadzorze nad rynkiem finansowych polegającego na braku nadzoru Komisji Nadzoru Finansowego nad czynnościami Ubezpieczających, a nie nad instrumentami finansowymi;

f. art. 58 § 1 k.c. w związku z art. 4a w związku z art. 12 ust. 2, art. 13 ust 1 pkt 1, 4 i 4a oraz ust. 2 oraz art. 26 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 oraz ust. 2, art. 9, art. 23 ust. 1 w związku z art. 28 ust. 3 pkt 1 lit a - g oraz art. art. 13 ust. 1 pkt 3, art. 26 ust. 1 pkt 2, 3 i 6 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (tekst jedn. Dz.U.2016.2077 ze zm.), dalej zwanej „ustawą o pośrednictwie ubezpieczeniowym” poprzez niezastosowanie art. 58 § 1 k.c. i uznanie, że Umowa grupowego

ubezpieczenia, do której przystąpili powodowie jest ważna, podczas gdy umowa ta z jest z mocy prawa nieważna jako zawarta w celu obejścia ww. przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym;

g. art. 58 § 1 k.c. w związku z art. 808 § 1 k.c. i art. 829 § 2 k.c. w zw. z art. 393 k.c. poprzez uznanie, że pomiędzy ubezpieczającymi a ubezpieczonymi powodami nie musi zachodzić jakakolwiek więź uzasadniająca zawarcie przez

ubezpieczających z pozwanym Umów grupowego ubezpieczenia na rzecz (na rachunek) powodów, podczas gdy z ww. przepisów wynika, iż więź taka powinna zachodzić;

h. art. 808 § 2 k.c. poprzez ustalenie, że ww. przepis nie zabrania ubezpieczającemu pobierania wynagrodzenia z tytułu zawierania umowy ubezpieczenia, podczas gdy w zaistniałym stanie faktycznym ubezpieczający pobierali od pozwanego prowizję od składki, do której zapłaty sami byli zobowiązani, a co jest niezgodne z ww. przepisem;

II. Wskazując na powyższe naruszenia wnoszę o:

1) zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie na rzecz powoda:

a) A. K. (1) kwoty 52.395,77 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 27 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty;

b) Z. S. kwoty 10.473,58 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 26 sierpnia 2013 r. do dnia zapłaty;

c) M. S. (1) kwoty 11.488,27 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 9 maja 2014 r. do dnia zapłaty;

oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz każdego z powodów kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, w I instancji według norm przepisanych

2) ewentualnie, o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i w tej części przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania;

3) zasądzenie od pozwanego na rzecz każdego z powodów kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, w II instancji według norm przepisanych;

III. Ponadto wnieśli o włączenie do akt sprawy materiału opiniotwórczego - Stanowiska Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 28 grudnia 2017 r. zawierającego istotny pogląd dla sprawy rozpatrywanej w Sądzie Okręgowym w Warszawie pod sygn. akt XXV C 470/17, w którym Prezes UOKiK wypowiedział się w sprawie nieważności oświadczenia o chęci skorzystania z zastrzeżenia ochrony ubezpieczonej (Deklaracji przystąpienia), w której nie wskazano wysokości sumy ubezpieczenia - tak samo jak w niniejszej sprawie.

Apelację od powyższego orzeczenia wywiódł również pozwany, zaskarżając go części tj. co do pkt II rzeczonego wyroku. Zarzucając:

1. naruszenie art. 6 Kodeksu cywilnego w związku z art. 232 KPC poprzez jego błędne

zastosowanie i przyjęcie, iż Powód udowodnił abuzywność postanowień określających Oplatę Transakcyjną pomimo braku przedstawienia takiego dowodu przez Powoda oraz uznanie, iż ciężar dowodu w tym zakresie spoczywa na pozwanym, podczas gdy ciężar dowodu spoczywa zgodnie z zasadą ogólną na powodzie,

2. prawa procesowego tj. art. 233 § 1 KPC poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na:

a. uznaniu, iż Oplata Transakcyjna jest nie zrozumiała dla powodów (w tym dla przeciętnego konsumenta), podczas gdy już w momencie składania deklaracji przystąpienia i deklarowaniu przez konsumenta wysokości Składki Jednorazowej, na podstawie postanowień Warunków Ubezpieczenia i Tabeli Opłat i Limitów możliwe jest określenie nominalnej miesięcznej wysokości Opłaty Transakcyjnej, pobieranej od Składki Jednorazowej, jak również możliwe jest ustalenie sumy takiej opłaty w czasie całego okresu ubezpieczenia, a więc koszty ubezpieczenia zostały określone w sposób w pełni transparentny pozwalający racjonalnemu konsumentowi na ocenę wysokości kosztów ubezpieczenia już w dacie przystąpienia do umowy ubezpieczenia,

b. uznanie, iż wysokość Oplaty Transakcyjnej jest wygórowana, pomimo braku jakichkolwiek ustaleń Sądu w tym zakresie, w szczególności braku porównania wysokości tego rodzaju opłat w podobnych ubezpieczeniach dostępnych w danym okresie na rynku

c. uznanie, iż z powodu różnej wysokości Oplaty Transakcyjnej w przypadku każdego z powodów stanowi ona postanowienie niedozwolone, gdy tymczasem wysokość Oplaty Transakcyjnej jest uzależniona od wysokości Składki Jednorazowej, jak i wysokość kosztów dystrybucji jest uzależniona od wysokości Składki jednorazowej, i tym samym Oplata Transakcyjna, służąca na pokrycie kosztów dystrybucji winna być inna w stosunku do każdego z powodów,

d. uznanie, iż pozwany nie wykazał i nie uzasadnił poniesionych kosztów, podczas gdy pozwany na powyższą okoliczność przedstawił zarówno dowody z dokumentów jak i ze świadka które to dowody potwierdziły ponoszenie przez pozwanego szeregu kosztów związanych ze spornym ubezpieczeniem,

3. naruszenie prawa materialnego tj. art. 385¹ k.c. oraz 3852 k.c. w zw. z art. 13 ust 4 pkt 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r., o działalności ubezpieczeniowej, w zw. z art. 65 § 2 k.c., poprzez uznanie za niedozwolone postanowień określających Oplatę Transakcyjną, podczas gdy ustawodawca wprost przewidział możliwość określenia w Warunkach Ubezpieczenia obciążeń i kosztów potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz opłata transakcyjna stanowiła wynagrodzenie pozwanego z tytułu zawartej i wykonywanej umowy ubezpieczenia,

4. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2013 o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz. U. z 2013 roku poz. 950 z późn. zm.) („ustawa o działalności ubezpieczeniowej”), w zw. z art. 21 Dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r., dotyczącej ubezpieczeń na życie, w zw. z § 2 ust. 1 pkt. 19-21 oraz art. 16 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. nr 226 poz. 1825) („Rozporządzenie”) poprzez błędną interpretację i uznanie, iż pozwany nie ma prawa pokrycia kosztów związanych z prowadzoną przez siebie działalnością, w tym kosztów akwizycji i dystrybucji ubezpieczeń oraz nie ma prawa uzyskiwania z prowadzonej działalności zysku, podczas gdy przepisy prawa stanowią o konieczności uwzględniania kosztów przy konstruowaniu oferowanych ubezpieczeń, jak również pozwany musi uzyskiwać zysk pozwalający na zachowanie odpowiedniego marginesu wypłacalności ubezpieczyciela;

Wskazując na powyższe wniósł o rozpoznanie na podstawie art. 380 kpc postanowienia Sądu I instancji oddającego wniosek dowodowy pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu wiedzy aktuarialnej na okoliczność:

- poniesienia oraz prawidłowości kalkulacji ponoszonych przez Pozwanego kosztów, związanych z ubezpieczeniem powoda (zgodność z metodami aktuarialnymi);

- wpływu kosztów związanych z ubezpieczeniem powoda na wysokość Oplaty Transakcyjnej i zawartej w niej Oplaty za ryzyko;

- istnienia wzajemnych powiązań pomiędzy wartością opłat transakcyjnych określonych w Umowie a kosztami i ryzykiem Pozwanego oraz

- wpływu uznania, iż kwestionowane postanowienia umowy stanowią niedozwolone postanowienia umowne na sytuację finansową pozwanego oraz innych ubezpieczonych;

oraz przeprowadzenie na podstawie art. 241 kpc w zw. z art. 382 kpc wnioskowanego przez pozwanego dowodu. na ww. okoliczności.

Jednocześnie pozwany wskazuje, iż zakres dowodu mających istotne znaczenie dla niniejszej sprawy nieprzeprowadzonych przez Sad 1 instancji jest tak znaczny, iż w ocenie pozwanego rozstrzygnięcie sprawy wymaga

przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości, co zgodnie z treścią art. 386 § 4 kpc uzasadnia uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Z uwagi na powyższe wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości oraz poprzez zasądzenie na rzecz Pozwanego od Powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za dwie instancje według norm przepisanych,

lub ewentualnie

2. uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie do ponownego rozpoznania Sądu i Instancji;

3. zasądzenie na rzecz Pozwanej od Powoda kosztów procesu, w tym postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja strony powodowej okazała się zasadna, doprowadzając do zmiany zaskarżonego wyroku, w sposób wskazany w sentencji. Natomiast apelacja strony pozwanej jako pozbawiona swej racji, podlegała oddalaniu.

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.

Kwestią niebudzącą wątpliwości w przedmiotowej sprawie pozostaje okoliczność, iż powodowie zawarli z (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. sporną umowę ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...).

Z kolei kwestią sporną pozostaje w niniejszej sprawie okoliczność nieważności przedmiotowej umowy z uwagi na jej sprzeczność z istotą stosunku zobowiązaniowego jakim jest umowa ubezpieczenia, jak również niejasny sposób ustalenia wyceny jednostek funduszu, a w związku z powyższym ustalenie, czy uiszczona przez powodów kwota 125 000 zł, 25 000 zł, 28 000 zł będąca składką jednorazową winna być zwrócona jako świadczenie nienależne.

W tym miejscu odnieść należy się do najdalej idącego zarzutu apelacji strony powodowej, dotyczącego naruszenia przez Sąd Rejonowy treści art. 805 § 1 i 2 w zw. z art. 58 § 1 k.c. Zdaniem powodów Sąd I instancji zaniechał bowiem zastosowania powyższych przepisów i błędnie przyjął, że umowa związana między powodami a TU nie jest nieważna w całości z mocy prawa. Zdaniem Sądu Okręgowego powyższy zarzut uznać należy za zasadny.

Zgodnie z treścią warunków ubezpieczenia przedmiotem umowy było życie ubezpieczonego. Pozwane Towarzystwo zobowiązało się do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia lub dożycia przez niego oznaczonego w umowie okresu ubezpieczenia. W przypadku zaistnienia jednego z tych zdarzeń ubezpieczyciel, czyli pozwany (...) Spółka Akcyjna, miał spełnić określone świadczenie ubezpieczeniowe. W warunkach ubezpieczenia (§ 15 pkt. 1 i pkt. 2 OWU) określono sposób obliczenia świadczenia w przypadku zaistnienia każdego z tych zdarzeń. Jednocześnie celem ubezpieczenia miało być gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Obowiązkiem ubezpieczonego było opłacanie składki jednorazowej, za którą nabywane były udziały jednostkowe Funduszu ewidencjonowane następnie na rachunku udziałów. Celem Funduszu było powiększenie wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu lokat Funduszu, a w szczególności ochrona 100% kwoty odpowiadającej składce jednorazowej na koniec okresu ubezpieczenia. Natomiast obowiązkiem ubezpieczającego było świadczenie ochrony ubezpieczeniowej i spełnienie świadczenia w określonej wysokości w razie zajścia określonego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego oraz inwestowanie zgromadzonych środków w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

Zatem środki wpłacone przez powodów miały być alokowane w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, a następnie lokowane w depozyty terminowe, instrument pochodny oraz środki pieniężne w określonej strukturze.

Zdaniem Sądu Okręgowego na podstawie zawartej umowy, ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej na życie ubezpieczonego na wskazanych w umowie warunkach, zaś ubezpieczony obowiązany był do wpłacenia jednorazowej składki, która następnie była alokowana w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy według zasad szczegółowo opisanych w warunkach ubezpieczenia i regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu. Element ubezpieczeniowy w umowie był natomiast iluzoryczny.

Zgodnie z dominującą linią orzecniczą, zaprezentowaną w uzasadnieniu uchwały Sądu Najwyższego z dnia 10 sierpnia 2018 r. (sygn. akt III CZP 13/18) zagadnienie charakteru prawnego umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a więc czy jest ona szczególnym podtypem umowy ubezpieczenia osobowego, odrębną umową nazwaną, czy też umową mieszaną wywołuje wątpliwości w orzecznictwie i w doktrynie. Wynikają one z faktu, że umowa ta służy nie tylko udzieleniu ochrony ubezpieczeniowej, ale realizuje także cel inwestycyjno-oszczędnościowy i cel ten częstokroć jest dominujący. W umowie takiej ubezpieczyciel zobowiązuje się nie tylko do spełnienia świadczeń w razie śmierci ubezpieczonego lub dożycia ubezpieczonego do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej, ale także do zarządzania środkami pochodzącymi ze składek ubezpieczającego, który może żądać wykupu ubezpieczenia i wypłaty wartości jednostek funduszu. Zatem zgodzić należy się z Sądem Rejonowym, iż przedmiotowa umowa ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest umową o charakterze mieszanym, zawierającą w sobie zarówno elementy umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 805 k.c., art. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jak i elementy umowy inwestycyjnej.

Zgodnie z dyspozycją art. 805 § 1 i 2 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie ubezpieczyciela polega bądź na zapłacie określonego odszkodowania, bądź umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Z kolei w niniejszej sprawie abstrahując od kwestii udzielenia powodom nierzetelnych, nieprawdziwych i niepełnych informacji w zakresie istotnych cech umowy ubezpieczenia, zasad przystępowania i występowania z niej przed upływem okresu na jaki została zawarta, kosztów związanych z jej obsługą i rozwiązaniem, zauważyć należy, iż konstrukcja samej umowy, pomimo że w swej nazwie nawiązuje do umowy ubezpieczenia, nie zawiera w istocie żadnych funkcji ochronnych, o których mowa w treści powyższego przepisu.

Zdaniem Sądu Okręgowego na gruncie przedmiotowej sprawy uznać należy, iż nie tylko postanowienia umowy ubezpieczenia, dotyczące pobranej opłaty transakcyjnej, ale również cała umowa zawarta między stronami jest nieważna. Analizując materiał zgromadzony w aktach sprawy zauważyć należy, iż sporna umowa była nieważna z tego powodu, że jej treść pozostawała w sprzeczności z właściwością stosunku zobowiązaniowego, jakim jest umowa ubezpieczenia oraz zasadami współżycia społecznego, o których mowa w treści art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 k.c. Takie bowiem ukształtowanie stosunku prawnego, które przenosi na ubezpieczonego wszystkie obowiązki ubezpieczającego w zakresie ryzyka związanego z zawartą umową, jest sprzeczne z istotą stosunku ubezpieczeniowego. Godzi to w zasadę równości stron oraz uczciwego obrotu oraz zasadę działania w dobrej wierze. Zgodnie z art. 353¹ k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Przyjmuje się, że 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. Z kolei sankcja nieważności, która zgodnie z art. 58 k.c. związana jest z czynnością prawną sprzeczną z ustawą albo mającą na celu obejście ustawy lub sprzeczną z zasadami współżycia społecznego, doznaje ograniczenia tylko do niektórych jej postanowień. W pozostałej części czynność prawna pozostaje w mocy, chyba że z okoliczności wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością nie zostałaby ona przez strony dokonana.

Natomiast zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych.

Zdaniem Sądu Okręgowego niniejsza umowa ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) nie realizuje podstawowego celu umowy ubezpieczenia, jakim jest przejęcie przez ubezpieczyciela ryzyka związanego z zajściem określonego zdarzenia w życiu ubezpieczonego.

Z treści spornej umowy w sposób dokładny wynika świadczenie ubezpieczonego określone kwotowo, z kolei świadczenie ubezpieczyciela nie zostało precyzyjnie określone, co powoduje, iż nie jest możliwe zweryfikowanie przez ubezpieczonego zasad jego odpowiedzialności. W przedmiotowej umowie nie można w sposób jednoznaczny określić świadczenia pozwanego (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. w razie zajścia określonego zdarzenia ubezpieczeniowego, co powoduje, iż trudno upatrywać w przedmiotowej umowie elementu ochronnego.

Przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia lub dożycie przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia (§ 3 ust. 1 i 2 WU). Sumę ubezpieczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego określono na 100 złotych (§ 16 ust. 1 WU). W przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca sumę ubezpieczenia oraz wartość rachunku udziałów (§ 3 ust. 2 w zw. z § 15 pkt. 1 a WU). W myśl natomiast § 3 ust. 4 Warunków Ubezpieczenia, Wartość wykupu stanowi iloczyn Wartości rachunku udziałów oraz stawki procentowej Wartości rachunku udziałów właściwej dla miesiąca polisowego, w którym nastąpił koniec Okresu ubezpieczenia, określonej w Tabeli Opłat i Limitów, skorygowany o opłatę za ryzyko należną (...), rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie z § 4 ust. 2 Regulaminu Funduszu wartość aktywów netto Funduszu wyceniana jest w sposób pozwalający na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości. Do wyceny pozwany stosuje metody i zasady wyceny instrumentów finansowych, które są stosowane na rynku i pozwalają na odzwierciedlenie realnej wartości rynkowej tych aktywów przy zastosowaniu wyceny godziwej.

W ocenie Sądu Okręgowego, zarówno w przypadku zgonu jak i dożycia przez powodów określonego w umowie wieku, wartość świadczenia ubezpieczeniowego jest określona w sposób arbitralny przez ubezpieczyciela, przy czym brak jest konkretnych podstaw ustalenia wartości przedmiotowego świadczenia. W § 16 pkt. 1 OWU zawarto sformułowanie, iż suma ubezpieczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia stanowi kwota w wysokości 100 zł. Niemniej jednak z § 16 pkt. 3 OWU wynika, iż ustalenie kwoty należnego świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, o którym mowa w § 15 pkt. 1 następuje na podstawie wartości udziału jednostkowego z najbliższego dnia wyceny następującego po otrzymaniu przez (...) zgłoszenia zdarzenia z zastrzeżeniem, iż w przypadku, gdy prawo do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego zgłoszonego przed ostatnim dniem okresu ubezpieczenia nie zostanie ustalona do tej daty, ustalenie kwoty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego następuje na podstawie wartości rachunku udziałów ustalonej w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia. Z powyższego wynika, iż suma ubezpieczenia na wypadek zgonu powodów obliczana jest według wzoru, który wymaga ustalenia nie tylko wartości składki zainwestowanej, ale również liczby i wartości jednostek uczestnictwa funduszu w dacie śmierci ubezpieczonego. Z kolei Suma ubezpieczenia w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia obliczana jest według wzoru, który stanowi wartość rachunku udziałów ustalona według wartości udziału jednostkowego z ostatniego dnia okresu ubezpieczenia (z § 16 pkt. 2 OWU). Zdaniem Sądu Okręgowego użyty powyższej szereg definicji i odniesień utrudnia zrozumienie przedmiotowej regulacji nawet osobie mającej doświadczenie w analizie umów i aktów prawnych, nie mówiąc już o przeciętnym konsumentcie.

Z powyższych zapisów wynika zarazem, że w przypadku dożycia określonego wieku przez konsumenta odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczeniowego elementu umowy w zasadzie nie istnieje. Gdyby bowiem powodowie zawarli zwykłą umowę kapitałową, uzyskaliby identyczne niemal świadczenie. Wartość rachunku udziałów ustalona miała być według wartości udziału jednostkowego z ostatniego dnia okresu ubezpieczenia.

Ubezpieczyciel nie ponosi w tym wypadku żadnego ryzyka, co jest sprzeczne z samą istotą umowy ubezpieczenia. Z kolei całe ryzyko inwestycji kapitałowej ponosi ubezpieczony.

W przypadku śmierci natomiast odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do zapłaty kwoty 100 zł ponad wartość rachunku udziałów, co oznacza, iż obciążenie ubezpieczyciela ma charakter iluzoryczny. Oczywistym jest przy tym, że nawet bez elementu ubezpieczeniowego druga strona umowy kapitałowej zobowiązana byłaby po zakończeniu umowy dokonać zwrotu kontrahentowi, a w razie jego śmierci – spadkobiercom, kwoty uzyskanej z inwestycji.

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej dopuszczała możliwość zawierania umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, lecz nie definiowała tej umowy. Definicji takiej nie zawiera również aktualnie obowiązująca ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Dlatego uznać należy, że do takiej umowy w pełni ma zastosowanie definicja umowy ubezpieczenia zawarta w art. 805 § 1 k.c. Również w umowie ubezpieczenia z ufk ubezpieczyciel ma obowiązek spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Świadczeniem tym nie może jednak być wypłata wartości rachunku udziału, gdyż w ten sposób ubezpieczyciel spełnia jedynie swój obowiązek wynikający z inwestycyjnego charakteru umowy. Z kodeksowej definicji umowy ubezpieczenia wynika, że ryzyko zajścia wypadku określonego w umowie obciąża ubezpieczyciela. Przy tak definiowanym świadczeniu element ryzyka po stronie ubezpieczyciela w ogóle nie występuje. Ubezpieczonego obciąża natomiast w pełni ryzyko inwestycyjne, przy czym skutek regulacji świadczenia wykupu ubezpieczyciel tworzy rozwiązanie umowne, które skłania ubezpieczonego do inwestowania przez cały okres objęty umową bez względu na efekt tej inwestycji. Jediną korzyść z takiego rozwiązania odnosi więc ubezpieczyciel, który zabezpiecza sobie w ten sposób istotny dopływ kapitału, zaś przyjęcie konwencji umowy ubezpieczenia pozwala mu na obejście wymogów dla prowadzenia działalności maklerskiej określonych przepisami ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi.

W tym kontekście podzielić wypada stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w postanowieniu z dnia 21 maja 2020 r. (sygn. akt I CSK 772/19), z którego wynika, iż sprzeczność umowy z zasadami współżycia społecznego i właściwością (naturą) stosunku prawnego ma charakter kontekstowy. W umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ważność umowy nie zależy od kwotowo wskazanej sumy ubezpieczenia, a brak tak wskazanej sumy w umowie nie oznacza jej sprzeczności z prawem. Natomiast skoro rzeczona umowa to umowa ubezpieczenia, zatem na jej podstawie musi być udzielana ubezpieczonemu ochrona ubezpieczeniowa typowa dla ubezpieczenia na życie - gdy jej nie ma, to umowa nie będzie ważna. Ocena, czy taka ochrona występuje ma charakter kompleksowy, nie jest li tylko uzależniona od stricte kwotowego określenia sumy ubezpieczenia, prawo nie przewiduje też żadnej konkretnej proporcji tego rodzaju i przy jej wyznaczaniu strony umowy korzystają ze swobody umów. Jednakże istotne jest, aby umowa realizowała obie funkcje, a sprzeczne z właściwością (naturą) stosunku prawnego jest takie skonstruowanie umowy, która jedną z tych funkcji realizowałaby wyłącznie iluzorycznie.

W niniejszej sprawie, wedle brzmienia § 3 Regulaminu funduszu – Towarzystwo (...) nie gwarantowało osiągnięcia celu inwestycyjnego, tj. ochrony 100 % kwoty odpowiadającej składce jednorazowej na koniec okresu ubezpieczenia i nie odpowiadało za ryzyko inwestycyjne, zaś w § 4 pkt 10 przewidziano, że pozwany (...) nie gwarantuje, że wartość rachunku udziałów w dniu umorzenia udziałów jednostkowych na skutek dożycia ostatniego dnia okresu ubezpieczenia stanowić będzie co najmniej kwotę odpowiadającą składce jednorazowej. Pozwane Towarzystwo ubezpieczeniowe nie ponosiło zatem żadnego ryzyka mimo oferowania produktu mającego w nazwie pojęcie „ubezpieczenie” i nie zapewniało powodce jakiegokolwiek ochrony, inkasowało natomiast opłatę transakcyjną przez pierwsze 6 miesięcy trwania umowy w wysokości 4,73% od zainwestowanej kwoty.

W ustalonym w sprawie stanie faktycznym nie sposób zatem stwierdzić, by pozwane Towarzystwo ponosiło jakiegokolwiek ryzyko związane z ochroną ubezpieczeniową powodów, co jest oczywiście sprzeczne z istotą umowy ubezpieczenia. W powszechnie obowiązujących umowach ubezpieczenia na rynku ubezpieczeń to ubezpieczyciel ryzykuje, że będzie musiał wypłacić środki większe, niż uzyskane. W umowie skonstruowanej przez pozwanego (...) S.A. w przypadku potencjalnego wzrostu cen wartości jednostek, a więc i rachunku nie ponosi on ryzyka faktycznej wypłaty świadczenia ze środków własnych, gdyż ewentualne środki składające się na to świadczenie pochodzą

wyłącznie od konsumenta. Podobnie w przypadku spadku wartości jednostek, a więc i rachunku, środki składające się na świadczenie pochodzą również wyłącznie z rachunku powódki. Ponadto w obu tych przypadkach pozwany otrzymuje zysk w postaci opłat administracyjnych (transakcyjnych, itp.). W przedmiotowej umowie ryzyko odnosi się nie do ubezpieczyciela, a do ubezpieczonego, gdyż środki ulokowane są w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, nie są środkami, które stanowią wynagrodzenie ubezpieczyciela za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, wobec czego ochrona ubezpieczeniowa nie powinna być również realizowana przy pomocy tych środków. Możliwość zawierania umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, swoboda stron w ustalaniu warunków umowy w tym proporcji między elementem inwestycyjnym a ochronnym, nie daje podstawy do uznania za ważną umowę zawartą pod nazwą „ubezpieczenia na życie”, gdy nie zwiera ona w sobie praktycznie żadnego elementu ochronnego, dającego gwarancję określonego przysporzenia na wypadek zdarzenia ubezpieczeniowego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 24 maja 2019 r., V ACa 451/18). W przypadku wzrostu wartości jednostek uczestnictwa w funduszu, co jest mało prawdopodobne z uwagi na niejasny (wbrew ocenie Sądu Rejonowego), zależny od pozwanego mechanizm ich wyceny, pozwany nie ponosiłby ryzyka wypłaty świadczenia ze środków własnych, gdyż z wyjątkiem wypłaty dodatkowo 100 zł w przypadku zgonu, środki na wypłatę pochodziłyby tylko ze środków własnych powodów. Poza tym w każdym przypadku pozwany gwarantował sobie wysokie opłaty administracyjne (transakcyjne, likwidacyjne), stanowiące jego zysk.

W dalszej kolejności wskazać należy, iż w świetle art. 13 ust. 4 pkt 4 nieobowiązującej już ustawy o działalności ubezpieczeniowej i art. 23 ust. 1 pkt 4 obecnie obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej zakłady ubezpieczeń były i są obowiązane informować klientów o zasadach wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, które jednak należy odróżnić od pojęcia metodologii wyceny aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

Również w zakresie, w jakim umowa, do której przystąpili powodowie, przewidywała alokację środków, nie można uznać, by określała ona essentialia negotii tzw. części inwestycyjnej, a więc i w tym obszarze umowa jest nieważna, bowiem nie zostały w sposób dostateczny sprecyzowane jej istotne warunki. Środki wpłacone przez powodów miały być alokowane w ubezpieczeniach funduszu kapitałowym. Z kolei z Regulaminu Funduszu nie wynika na jakich zasadach mogą być alokowane, jaka ich ilość może być alokowana, i na jakiej zasadzie środki wpłacone przez powodów będą rozliczane i w jakiej części kapitałowej, zwrócone powodom. Co więcej, z treści umowy nie sposób również ustalić, która część składki powodów przeznaczona jest na ubezpieczenia, a która na element inwestycyjny umowy.

Jak wskazał Trybunał Sprawiedliwości w wyroku z 26 lutego 2015 r., C-143/13, wynikający z art. 4 ust. 2 i art. 5 dyrektywy 93/13 w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich wymóg przejrzystości warunków umownych nie może zostać zawężony do ich zrozumiałości pod względem formalnym i gramatycznym. Istotne jest bowiem to, czy poinformowany konsument może przewidzieć, w oparciu o jednoznaczne i zrozumiałe kryteria wskazane w umowie, wpływające dla niego z faktu tak skonstruowanej umowy konsekwencje ekonomiczne. Tymczasem na gruncie niniejszej sprawy składające się na wzorzec deklaracji przystąpienia do umowy, warunki umowy, regulamin i tabele skonstruowano zostały w taki sposób, iż uniemożliwia on konsumentowi ocenę konsekwencji ekonomicznych przystąpienia do umowy.

Konkludując, Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, iż brak poinformowania powodów w postanowieniach Warunków Ubezpieczenia i Regulaminu Funduszu o metodologii wyceny udziałów powyższego funduszu kapitałowego czyniło ubezpieczenie, do którego przystąpili powodowie, sprzecznym z naturą stosunku zobowiązaniowego i zasadami współżycia społecznego.

Z tych wszystkich względów, Sąd Okręgowy uznał – w opozycji do stanowiska Sądu I instancji – że umowa zawarta przez strony nie może być uznana za umowę ubezpieczenia, zatem deklaracja przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) nie wywołała skutków prawnych gdyż jest nieważna, stąd wpłacone przez powódkę środki stanowią świadczenie nienależne, podlegające zwrotowi na ich rzecz na podstawie art. 410 § 2 k.c. w zw. z art. 3531 k.c., w zw. z art. 58 k.c. wraz z odsetkami liczonymi od daty udokumentowanego wystąpienia z żądaniem zapłaty, co w niniejszej sprawie nastąpiło z chwilą doręczenia (...) S.A. wezwania do zapłaty, zatem po tej dacie

pozwany popadł w opóźnienie, uzasadniające przyznanie odsetek. Konsekwencją powyższej korekty orzeczenia było rozstrzygnięcie o kosztach procesu w postępowaniu pierwszoinstancyjnym na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., zakładające wygraną powodów w stosunku do (...) S.A.

Z uwagi natomiast na uwzględnienie zarzutu apelacji powodów, skutkującego uznaniem nieważności aktu przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia, zbytecznym było odnoszenie się do pozostałych zarzutów, zmierzających w swej istocie do osiągnięcia analogicznego skutku, a więc unieważnienia przedmiotowej umowy ubezpieczenia.

W następstwie powyższego Sąd Okręgowy dokonał zmiany zaskarżonego wyroku w sposób szczegółowo opisany w pkt I., na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. (pkt 1.)

Odnosząc się z kolei do apelacji pozwanego (...)uznać należy, iż w związku z przyjęciem przez Sąd Okręgowy nieważności deklaracji przystąpienia przez powodów do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...), do której zastosowanie miały ogólne warunki kod (...), (...), (...), uprawnionym okazuje się przekonanie, iż w całości jest ona niezasadna. Zarzuty pozwanego Towarzystwa w swej istocie opierają się jedynie na błędnym przyjęciu przez Sąd I instancji, że postanowienia Warunków Ubezpieczenia (...) oraz Tabela Opłat i Limitów określające opłatę transakcyjną stanowią klauzule niedozwolone. Ze względu jednak na zakres uwzględnienia apelacji strony powodowej zagadnienia abuzywności poszczególnych postanowień umowy i OWU okazały się irrelevantne dla rozstrzygnięcia sprawy w postępowaniu apelacyjnym, a podniesione zarzuty – nawet w przypadku ich skuteczności – nie mogłyby prowadzić do zmiany zaskarżonego wyroku w pożądanym przez pozwanego kierunku. Abuzywność części postanowień została faktycznie pochłonięta przez dalej idące konsekwencje, związane z oceną nieważności stosunku umownego zawianego w oparciu o m.in. niedozwolone klauzule umowne. Bezprzedmiotowym stało się więc drobiazgowo odnoszenie się do twierdzeń apelacji (...) S.A., która jako nieuzasadniona podlegała oddaleniu w całości na mocy art. 385 k.p.c. (pkt 2.).

O kosztach postępowania odwoławczego Sąd Okręgowy orzekł zgodnie z art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. zasądzając na rzecz każdego z powodów wynagrodzenie zawodowego pełnomocnika według rozporządzenia obowiązującego w dacie wniesienia apelacji.