

**Sygn. akt XXV C 852/16**

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 maja 2018 roku

**Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny**

w składzie następującym:

Przewodniczący: **SSO Dorota Kalata**

Protokolant : protokolant sądowy Monika Tomaszewska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 11 maja 2018 roku w Warszawie

sprawy z powództwa **P. P. (1)**

przeciwko **(...) S.A. z siedzibą w W.**

z udziałem **interwenienta ubocznego po stronie pozwanej (...) S.A. w W.**

**o zapłatę kwoty 86.039,11 zł ewentualnie o zapłatę kwoty 56.757 zł**

I. zasądza od (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz P. P. (1) kwotę 56.757 zł (pięćdziesiąt sześć tysięcy siedemset pięćdziesiąt siedem złotych) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 27 kwietnia 2016 roku do dnia zapłaty;

II. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

III. zasądza od (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz P. P. (1) kwotę 5.148,76 zł (pięć tysięcy sto czterdzieści osiem złotych siedemdziesiąt sześć groszy) tytułem zwrotu części kosztów procesu;

IV. oddala wniosek interwenienta ubocznego (...) S.A. w W. o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu.

## UZASADNIENIE

P. P. (1) pozwem z dnia 31 maja 2016 r. wniósł o zasądzenie od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 86.039,11 zł, równej wartości korzyści majątkowych uzyskanych przez pozwaną bez podstawy prawnej kosztem powoda w wykonaniu nieważnych czynności prawnych – nieważnych oświadczeń złożonych pozwanej przez powoda o chęci skorzystania z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej oraz nieważnej umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 15 kwietnia 2014 r. do dnia zapłaty.

Na wypadek nieuwzględnienia powyższego żądania powód wniósł powództwo ewentualne o zasądzenie od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 56.757,00 zł, pobranej przez pozwaną bez podstawy prawnej jako opłata transakcyjna w oparciu o niedozwolone postanowienia umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 27 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że zawarł z ubezpieczającym (...) Bank S.A. umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym. Następnie powód zrezygnował z ubezpieczenia, w związku z czym pozwana wypłaciła powodowi jako wartość wykupu kwoty w niższej wysokości niż wpłacone składki jednorazowe. Powód zarzucił, że jego oświadczenie o chęci skorzystania z zastrzeżenia ochrony ubezpieczeniowej

i umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, są nieważne ponieważ:

- oświadczenie nie zawiera kwoty wskazującej wysokość sumy ubezpieczenia, oświadczenie zaś nie prowadzi do skorzystania przez powoda z ochrony ubezpieczeniowej, gdyż umowa grupowego ubezpieczenia nie realizuje podstawowej funkcji stosunku ubezpieczenia tj. nie zapewnia powodowi ochrony ubezpieczeniowej;
- brak jest jakiegokolwiek przyczyny, więzi ubezpieczającego z powodem, uzasadniającej zawarcie przez ubezpieczającego z pozwanym umowy grupowego ubezpieczenia na rzecz (na rachunek) powoda;
- ubezpieczający pobierał od pozwanej prowizję od składki, do której zapłaty sam był zobowiązany w myśl art. 808 § 2 k.c.;
- brak jest w umowie grupowego ubezpieczenia essentialia negotii umowy ubezpieczenia na życie;
- brak jest charakterystyki aktywów wchodzących w skład ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, brak jest kryteriów doboru aktywów oraz zasad ich dywersyfikacji, brak jest zasad wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz brak jest konkretnego terminu zamiany składek na jednostki tych funduszy (jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego zwane są przez pozwanego udziałami jednostkowymi);
- umowie grupowego ubezpieczenia nadano formę umowy grupowego ubezpieczenia, w celu obejścia przepisów prawa o nadzorze finansowym;
- umowie grupowego ubezpieczenia nadano formę umowy ubezpieczenia, w celu obejścia przepisów prawa dotyczących tworzenia funduszy inwestycyjnych;
- umowa grupowego ubezpieczenia została zawarta z naruszeniem zasady swobody kontraktowania wyrażonej w art. 353<sup>1</sup> k.c.;
- postanowienia określające główne świadczenia stron są wieloznaczne;
- umowa grupowego ubezpieczenia jest sprzeczna z zasadami współzycia społecznego z zasadą ochrony (poszanowania) praw osób trzecich, z zasadą słuszności kontraktowej, z zasadą prawa do informacji, z zasadą lojalności i zaufania.

Odnosnie żądania ewentualnego zwrotu kwot pobranych przez pozwaną jako opłata transakcyjna powód wskazał, że pozwana określiła we wzorcach opłatę transakcyjną jako stosunkowo niewielki procent w skali miesiąca wynoszący 4,73% składki jednorazowej.

W rzeczywistości pozwana naliczyła i pobrała od powoda opłatę transakcyjną w wysokości 28,80% środków jednorazowo wpłaconych na poczet ubezpieczenia (składki jednorazowej). Pozwana przez pierwsze 6 miesięcy okresu ubezpieczenia pobrała opłatę transakcyjną z góry za cały okres ubezpieczenia wynoszący 10 lat, w którym miała zarządzać funduszem. Skutek postanowienia o opłacie transakcyjnej był taki, że powód – konsument był całkowicie zdezorientowany, bo nie uzyskał uczciwej, rzetelnej, jednoznacznej i transparentnej informacji o tej opłacie i jej wysokości, ani o tym, za jakie konkretnie czynności pozwanej była pobierana. W konsekwencji powód wywodził, iż postanowienia umowy grupowego ubezpieczenia dotyczące opłaty transakcyjnej kształtują prawa i obowiązki konsumenta

w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszają jego interesy, a tym samym stanowią niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385<sup>(1)</sup> § 1 k.c., a zatem nie wiążą powoda. Pozwana pomimo wezwania nie dokonała zwrotu powyższych należności (pozew k. 2-100).

Pozwana (...) S.A. z siedzibą w W.

w odpowiedzi na pozew wniosła o oddalenie powództwa w całości. W uzasadnieniu wskazywała na niedopuszczalność sądowej modyfikacji treści postanowień wzorców umów, dowodziła też, iż umowa grupowego ubezpieczenia jest

zgodna z zasadami współżycia społecznego, jest dopuszczona prawem i nie jest nieważna, powództwo dotyczy jednoznacznie sformułowanych świadczeń głównych umów ubezpieczenia na życie z UFK – Wartości Wykupu, które na mocy art. 385<sup>(1)</sup> par. 1 k.c. nie podlegają kontroli sądowej w kontekście abuzywności, a kwestionowane postanowienia umowne nie kształtują praw i obowiązków powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Pozwana wskazała, że umowa ubezpieczenia grupowego jest umową ubezpieczenia zawieraną na cudzy rachunek. Żaden przepis prawa nie nakłada na ubezpieczyciela obowiązku indywidualnego uzgadniania treści umowy ubezpieczenia z ubezpieczonymi w umowach ubezpieczenia grupowego. Powód przystępując do umowy ubezpieczenia wyraził zgodę na brzmienie ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z UFK, w których zdefiniowane zostały świadczenia ubezpieczyciela wypłacane w związku z wystąpieniem zdarzeń ubezpieczeniowych oraz określona została suma ubezpieczenia. Umowa przewiduje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zaś wysokość tego świadczenia jest pochodną dwójstego charakteru umowy ubezpieczenia na życie z UFK. Polski ustawodawca nie formułuje wymogu istnienia więzi ubezpieczonego z ubezpieczającym w przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. Praktyka pobierania od ubezpieczyciela przez banki jako ubezpieczających wynagrodzenia z tytułu zawieranych przez nich umów ubezpieczenia na cudzy rachunek jest dopuszczalna na gruncie obowiązujących przepisów. Brak jest też podstaw do uznania, że przedmiotowa umowa ubezpieczenia narusza zasady współżycia społecznego, czy też została zawarta w celu obejścia przepisów prawa. Celem opłaty administracyjnej jest pokrycie kosztów ponoszonych przez pozwanego. Koszty ponoszone przez członków grupy były niewygórowane oraz były porównywalne do kosztów inwestycji w ramach najtańszych funduszy inwestycyjnych. Wpłacone składki to główny dochód jaki pozwana uzyskuje z prowadzonej działalności gospodarczej. Pozwana nie prowadzi innej działalności niż działalność ubezpieczeniowa i nie ma innych źródeł, z których mogłaby pokryć koszty działalności ( odpowiedź na pozew k. 315-346).

W piśmie procesowym z dnia 5 grudnia 2016 r. pozwana podniosła ponadto zarzut przedawnienia roszczenia w zakresie żądania ewentualnego w zakresie zwrotu pobranej opłaty transakcyjnej wskazując, że termin przedawnienia tego roszczenia wynosi 3 lata, ze względu na regulację art. 819 § 1 k.c. oraz z uwagi na fakt, że jest to roszczenie o świadczenie okresowe. Ostaną opłatą transakcyjną została pobrana w lutym 2013 r., zatem roszczenie powoda przedawniło się w całości z upływem lutego 2016 r., przed wniesieniem pozwu. Pozwana zarzuciła również, że powód nie ma legitymacji procesowej do żądania umowy grupowej za nieważną, gdyż brak jest udziału w sprawie wszystkich pozostałych podmiotów (ubezpieczających, ubezpieczonych i uposażonych), którzy przystąpili do umów. Pozwana zaprzeczyła też, ażeby była wzbogacona kosztem powoda. Przekonywała, że brak jest podstaw do zastosowania przepisów bezpodstawnym wzbogaceniu i nienależnym świadczeniu. Powód zapłacił na rzecz pozwanej składki ubezpieczeniowe, które były świadczeniem należnym. Nadto z ostrożności pozwana oświadczyła, iż korzyść otrzymaną zużyła w taki sposób, że nie jest już wzbogacona (pismo k. 458 -463).

W piśmie procesowym z dnia 5 stycznia 2017 r. powód wskazał, że podniesiony przez pozwaną zarzut przedawnienia roszczenia ewentualnego jest oczywiście niezasadny. Opłata transakcyjna, którą pozwana pobrała od powoda, jest świadczeniem nienależnym, które przedawnia się na zasadach ogólnych. Świadczenie polegające na zwrocie nienależnego świadczenia jest świadczeniem jednorazowym, które przedawnia się z upływem 10 lat. Z ostrożności procesowej powód podniósł, że zarzut przedawnienia podniesiony przez pozwanego stanowi nadużycie prawa w rozumieniu art. 5 k.c. (pismo k. 474 -484).

Na wniosek powoda w piśmie z dnia 02.02.2017 r. Rzecznik Finansowy przedstawił istotny pogląd w niniejszej sprawie. W ocenie Rzecznika przedmiotowa umowa na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym powiązany z indeksem w kształcie opisanym w treści warunków ubezpieczenia zawiera przesłanki nieważności umowy. W szczególności treść umowy uniemożliwia określenie treści świadczenia ubezpieczeniowego, tj. tego na czym ma polegać inwestowanie środków pochodzący z wpłaconych składek. Ponadto konstrukcja umowy i narzucony model inwestowania ma charakter wybitnie arbitralny i rodzi dużą niepewność co do reguł rządzących kontraktem, co jest w efekcie skrajnie niekorzystne dla konsumenta (pismo k. 487- 491).

Na wniosek pozwanej Sąd zawiadomił w trybie art. 84 k.p.c. spółkę (...) S.A. z siedzibą w W., która przystąpiła do sprawy po stronie pozwanej w charakterze interwenienta ubocznego i przedstawiła swój interes prawny we wstąpieniu do sprawy.

Interwenient uboczny (...) S.A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości. Podtrzymał argumentację strony pozwanej. Podnosił, iż pan R. P. występował przy podpisaniu przez powoda deklaracji przystąpienia do umowy, jako przedstawiciel (...) S.A. z siedzibą w W. i przekazał powodowi wszelkie dokumenty dotyczące umowy oraz został poinformowany o ryzyku poniesienia straty i konieczności poniesienia opłaty likwidacyjnej w wypadku przedterminowej rezygnacji z umowy. Zaprzeczył aby jej przedstawiciel wprowadził powoda w błąd lub nie poinformował o szczegółowych warunkach umowy (interwencja uboczna k.584-591).

Opozycja powoda przeciwko wstąpieniu do sprawy interwenienta ubocznego została oddalona prawomocnym postanowieniem Sądu z dnia 1 grudnia 2017 roku (opozycja k. 597-599, postanowienie k. 615, uzasadnienie k. 624-626).

Sąd oddalił wnioski dowodowe powoda zawarte w piśmie z dnia 20.12.2017 r. zmienionym pismem z dnia 27.04.2018 r. (k. 629, 682, postanowienie o oddaleniu k. 728v.) w zakresie dopuszczenia dowodu z zeznań przedstawiciela interwenienta ubocznego A. G., oraz z zeznań przedstawiciela pozwanej I. Ś., albowiem ocenił, iż wnioski te zmierzały jedynie do przedłużenia postępowania dowodowego, a okoliczności które miały być wykazane, zostały już wyjaśnione na podstawie załączonych do akt sprawy dokumentów i zeznań świadka R. P.. Fakt, iż świadek P. odebrał od powoda oświadczenie o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia nie świadczy o tym, iż wykonywał czynności agencyjne w myśl przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, co miałyby prowadzić do nieważności umowy ubezpieczenia. Z treści Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia jednoznacznie wynika, iż R. P. występował w roli upoważnionego pracownika (...) S.A. w W. (k. 156 v.)

Ponadto Sąd oddalił wniosek powoda o odroczenie rozprawy do czasu przedstawienia przez Prezesa UOKiK istotnego poglądu w sprawie na wniosek strony powodowej. Sąd ocenił, iż okoliczność ta nie miała istotnego znaczenia w sprawie, albowiem ewentualny pogląd Prezesa UOKiK nie ma dla sądu wiążącego charakteru, a Sąd orzekający w sprawie dokonuje własnej oceny prawnej przedmiotowej umowy. Ponadto uwzględnienie tego wniosku prowadziłoby do przedłużenia postępowania, powód zaś mógł złożyć stosowny wniosek do Prezesa UOKiK na początkowym etapie niniejszego postępowania.

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

(...) S.A. w W. zawarła w 2012 r. z (...) Sp. z o.o. spółka komandytowa w W., jako ubezpieczającym, umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), kod warunków: (...). Zasady objęcia ochroną ubezpieczeniową osób fizycznych – ubezpieczonych klientów ubezpieczającego określone zostały w Warunkach Ubezpieczenia Grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zwanych dalej również „Warunkami Ubezpieczenia” ( odpis pełny z rejestru KRS pozwanej– k. 113-117v., Warunki Ubezpieczenia kod warunków:(...) – k. 146-148v.).

Pozwana zapłaciła na rzecz (...) Sp. z o.o. Sp. k. prowizję jednorazową z tytułu umowy zlecenia (...) w zakresie usług pośrednictwa finansowego w kwocie 1.034.475,20 zł w dniu 30.08.2012 r. (potwierdzenie przelewu k. 609).

(...) Sp. z o.o. spółka komandytowa została następnie przekształcona w spółkę (...) Sp. z o.o. (...) z siedzibą w W., a następnie połączona ze spółką w (...) S.A. z siedzibą W. na mocy uchwały Nadzwyczajnego Walnego Zgromadzenia z dnia 3 lipca 2013 r. i z chwilą połączenia występuje pod nazwą (...) S.A. z siedzibą W. (odpisy z rejestru KRS k. 119-144).

Zgodnie z treścią Warunków Ubezpieczenia, przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego a zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

1) śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, 2) dożycie przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia (§ 3 ust. 1 i 2). W przypadku śmierci ubezpieczonego

w okresie ubezpieczenia towarzystwo ubezpieczeń wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego określonej na kwotę 100 zł oraz wartości rachunków udziałów (§ 3 ust. 3, § 15 pkt. 1 lit. a i b, § 16 ust. 1). Zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia, w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia (...) wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, którą stanowi wartość rachunku udziałów ustalona według wartości udziału jednostkowego z ostatniego dnia okresu ubezpieczenia (§ 3 ust. 4, § 15 pkt. 2, § 16 ust. 2).

W Warunkach Ubezpieczenia zdefiniowano wartość rachunku udziałów jako wartość udziałów jednostkowych zaewidencjonowanych na rachunku udziałów wyliczaną jako iloczyn liczby udziałów jednostkowych oraz wartości udziału jednostkowego w dniu wyceny (§ 2 pkt. 31). Wartość udziału jednostkowego zdefiniowano w Warunkach Ubezpieczenia jako wartość danego funduszu podzieloną przez liczbę udziałów jednostkowych zgromadzonych w danym funduszu ustalaną w dniu wyceny zgodnie z zapisami Regulaminu Funduszu, udziały jednostkowe jako jednostki, na które został podzielony fundusz, służące do ustalenia wartości rachunku udziałów oraz udziału ubezpieczonego w danym funduszu, zaś fundusz ubezpieczeniowy jako ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy stanowiący wydzieloną rachunkowo oraz odrębnie inwestowaną część aktywów Towarzystwa Ubezpieczeń tworzoną z alokowanych składek jednorazowych pomniejszonych o opłatę za zarządzanie, zarządzany według strategii inwestycyjnej opisanej w Regulaminie (§ 2 pkt. 8, 28, 32 Warunków Ubezpieczenia). Fundusz podzielony został na udziały jednostkowe o jednakowej wartości, które nabywane były ze środków pochodzących z wpłat składek jednorazowych pomniejszonych o opłatę za zarządzanie. Strategię inwestycyjną oraz zasady funkcjonowania funduszu i sposób wyceny udziału określał Regulamin. (§ 25 ust. 1-3 Warunków Ubezpieczenia).

Według zapisów Warunków Ubezpieczenia, ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie, składając oświadczenie w formie pisemnej. Ponadto w okresie ubezpieczenia ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia poprzez złożenie dyspozycji wypłaty wartości wykupu (§ 9 ust. 1 i 3 i § 18 ust. 1). W przypadku złożenia dyspozycji wypłaty wartości wykupu lub rezygnacji w okresie ubezpieczenia (...) wypłaca ubezpieczonemu wartość wykupu (§ 3 ust. 5). Dyspozycja wypłaty wartości wykupu oznacza rezygnację z ubezpieczenia (§ 18 ust. 2). Wypłata wartości wykupu może być zrealizowana na podstawie pisemnej dyspozycji ubezpieczonego przekazanej do jednostki obsługującej ubezpieczenie za pośrednictwem ubezpieczającego i skutkuje umorzeniem wartości rachunku udziałów i wypłatą przez (...) wartości wykupu (§ 18 ust. 3). Wartość wykupu zdefiniowano jako wartość rachunku udziałów, skorygowaną o:

- 1) opłatę za ryzyko należną (...) za miesiąc polisowy, w którym następuje koniec okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie, za liczbę dni do dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) opłatę za zarządzanie należną (...) za miesiąc polisowy, w którym następuje umorzenie wartości rachunku udziałów w związku z zakończeniem okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia umorzenia wartości rachunków udziałów,
- 3) opłatę likwidacyjną (§ 18 ust. 4).

Wartość rachunku udziałów ustalana jest według wartości udziału jednostkowego z najbliższego dnia wyceny, po dacie otrzymania dyspozycji wypłaty wartości wykupu przez jednostkę obsługującą ubezpieczenie za pośrednictwem ubezpieczającego, następującego nie wcześniej niż trzeciego dnia roboczego po otrzymaniu dyspozycji wypłaty Wartości wykupu przez jednostkę obsługującą ubezpieczenie (§ 18 ust. 5).

Przystąpienie do ubezpieczenia następuje poprzez złożenie ubezpieczającemu oświadczenia woli o wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia oraz innych oświadczeń woli lub wiedzy zawartych w deklaracji przystąpienia. Objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową następuje po łącznym spełnieniu warunków: tj. po złożeniu podpisanej deklaracji o przystąpieniu i po zapłacie składki jednorazowej w wysokości

zadeklarowanej w deklaracji przystąpienia z uwzględnieniem marginesu tolerancji na niedopłatę wskazanego w Tabeli Opłat i Limitów, ale nie niższej niż wskazana w Tabeli Opłat i Limitów. Deklaracja przystąpienia to formularz (...), na którym klient ubezpieczającego wyraża swoją wolę przystąpienia do ubezpieczenia i wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia. Oświadczenie obejmuje także wysokość sumy ubezpieczeniowej (§ 2 pkt 5, § 5 ust. 2 i 3).

Stosownie do § 14 Warunków Ubezpieczenia, (...) ma prawo do pobierania następujących opłaty za zarządzanie, obejmującej opłatę za ryzyko oraz opłaty likwidacyjnej.

( Warunki Ubezpieczenia (...) – k. 146-148v.).

Wysokość powyższych opłat oraz sposób ich pobierania zostały określone w Tabeli Opłat i Limitów, stanowiącej załącznik nr 1 do Warunków Ubezpieczenia. Tabela Opłat i Limitów o kodzie (...) obowiązywała w okresie subskrypcji od

2 lipca 2012 do 31 lipca 2012 r. W Tabeli tej przewidziano, że opłata transakcyjna pobierana jest w pierwszych sześciu miesiącach polisowych, naliczana jest procentowo od wartości składki jednorazowej w drugim dniu roboczym pierwszego miesiąca polisy oraz w pierwszym dniu roboczym drugiego, trzeciego, czwartego, piątego oraz szóstego miesiąca polisy, poprzez umorzenie udziałów jednostkowych z rachunku udziałów. Wysokość opłaty transakcyjnej ustalona została w wysokości 4,73% w każdym miesiącu polisowym, w którym opłata jest pobierana, przy czym wysokość opłaty transakcyjnej zawiera koszt opłaty za ryzyko. Opłata za ryzyko wliczona jest w opłatę transakcyjną, naliczana jest za cały okres ubezpieczenia od wartości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, a jej wysokość wynosi 0,5% w każdym miesiącu polisowym, w którym jest pobierana. Tabela opłat i limitów przewidywała również wartość wykupu, o której mowa w par. 18 ust. 4 Warunków Ubezpieczenia w przypadku dyspozycji wypłaty wartości wykupu w pierwszych pięciu miesiącach polisowych. ( Załącznik nr 1 do Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym – Tabela Opłat i Limitów – k. 150, zeznania świadka R. P. k. 616v.-618v., cd k. 620).

Powód nie miał wpływu na warunki umowy, do której przystąpił, miał jedynie wpływ na wysokość płaconych składek. Środki ze składek jednorazowych wpłacanych w ramach ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) powódka lokowała w fundusze (...) (...)”, nabywając udziały jednostkowe tych funduszy. Zasady funkcjonowania, strategię inwestycyjną oraz charakterystykę aktywów wchodzących w skład funduszy określał Regulamin Funduszu (...) (...)”, stanowiące załączniki nr 2 do Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym. Zgodnie z Regulaminem celem funduszu było powiększanie wartości aktywów funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat funduszu, w szczególności ochrona 100% kwoty odpowiadającej składce jednorazowej na koniec okresu ubezpieczenia, przy czym (...) nie gwarantowało osiągnięcia tych celów, lecz odpowiadało za należyta staranność w zarządzaniu funduszami, nie odpowiadało za ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem w fundusze (§ 3 ust. 1-4 Regulaminu). Fundusz został zdefiniowany jako wydzielona rachunkowo część aktywów (...), składająca się z udziałów jednostkowych funduszu o jednakowej wartości (§ 4 ust. 1 Regulaminu). Wartość udziału jednostkowego określona została jako wartość danego funduszu podzielona przez liczbę udziałów jednostkowych zgromadzonych w danym funduszu ustaloną w dniu wyceny, obliczoną według wzoru matematycznego podanego w Regulaminach (§ 2 ust.1 Regulaminu). Wartość aktywów netto każdego funduszu, tj. wartość wszystkich aktywów danego funduszu pomniejszonych o zobowiązania przewidziane umową ubezpieczenia oraz inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, wyceniana miała być w sposób pozwalający na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości (§ 2 ust. 5 i § 4 ust. 2 Regulaminu). Środki funduszu lokowane były w depozyty terminowe, instrument pochodny oraz środki pieniężne. Zgodnie z Regulaminem, wypłata z instrumentu pochodnego oparta jest na zmianie wartości indeksu. Indeks umożliwia zmienną ekspozycję na inwestycję w surowce, kontrakty terminowe. Strategia indeksu działa w oparciu o dwie uzupełniające się strategie inwestowania, gdzie jednocześnie przyjmowana jest długa i krótka pozycja na określone kontrakty terminowe (§ 4 ust. 3, 5 i 6 Regulaminu). Wartość kwartalnej wypłaty z instrumentu pochodnego obliczana jest w oparciu o indeks (...) (PLN) (...), o podanym w Regulaminie kodzie w serwisie (...) (§ 2 ust. 4

Regulaminu). Końcowa wartość rachunku udziałów miała zostać obliczona w oparciu o wartość aktywów szacowaną z zastosowaniem wskazanego wyżej indeksu (§ 4 ust. 8 Regulaminu).

W § 6 Regulaminu wskazano, że inwestycja w fundusz wiąże się z następującymi ryzykami:

- 1) ryzykiem związanym ze spadkiem wartości indeksu w wyniku zmian sytuacji na rynkach finansowych i tym samym z brakiem osiągnięcia zysku, ponieważ wynik funduszy zależy od zmiany wartości instrumentu pochodnego na indeks i zarówno wartość instrumentu pochodnego, jak i indeksu nie są z góry określone;
- 2) ryzykiem kredytowym, związanym z możliwością wystąpienia po stronie wystawcy instrumentu pochodnego lub banku, z którym zawarto umowy depozytów terminowych, trwałej lub czasowej niezdolności do obsługi zadłużenia, w tym do realizacji zobowiązań z tytułu transakcji zawartych na rynku finansowym (umów depozytów terminowych, wyemitowanych obligacji, wystawionych instrumentów pochodnych);
- 3) ryzykiem utraty części składki jednorazowej, w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przed końcem okresu ubezpieczenia;
- 4) ryzykiem ograniczonej płynności, które było związane z dokonywaniem wypłaty wartości wykupu bez możliwości wypłat częściowych w trakcie trwania okresu ubezpieczenia (§ 6 pkt 1-4 Regulaminu).

Fundusz podzielony został na udziały jednostkowe o jednakowej wartości, zapisane na rachunkach udziałów. Wartość udziału jednostkowego ustalana była każdorazowo na dzień wyceny i pozostawała niezmienna do dnia poprzedzającego następny dzień wyceny łącznie. (§ 7 ust. 1 i 2 Regulaminów). Udziały jednostkowe o jednakowej wartości były nabywane ze składki jednorazowej. Liczba nabytych udziałów jednostkowych równa była ilorazowi kwoty przekazywanej do funduszy z tytułu zapłacenia składki jednorazowej i wartości udziału jednostkowego w dacie nabycia udziałów jednostkowych. Wartość początkowa udziału jednostkowego funduszu wynosiła 250 złotych i zmieniała się zgodnie ze zmianą wartości aktywów netto funduszu przypadających na udział jednostkowy (§ 8 ust. 1-3 Regulaminu). Umorzenie udziałów jednostkowych następowało w dniu wyceny, w przypadkach, terminach i na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia. Udziały jednostkowe umarzone były według wartości udziału jednostkowego obliczonej na dzień wyceny. Umorzenie polegało na zamianie udziałów jednostkowych na środki pieniężne i związana było ze zmniejszeniem wartości aktywów netto funduszu. Wartość umarzonych udziałów jednostkowych obliczana była w ten sposób, że mnożono liczbę umarzonych udziałów jednostkowych przez wartość udziału jednostkowego na dzień wyceny, zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia (§ 9 ust. 1-4 Regulaminu).

(Regulamin – k. 152-153).

W dniu 31 lipca 2012 r. P. P. (1) złożył deklarację przystąpienia do ubezpieczenia na podstawie Warunków ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy pozwanym (...) a (...) Sp. z o.o. spółka komandytowa w W.. W deklaracji określono, że okres subskrypcji obejmuje od 2 lipca 2012 r. do 31 lipca 2012 r., okres ubezpieczenia obejmuje czas od 7 sierpnia 2012 r. do 8 sierpnia 2022 r., zaś wysokość składki jednorazowej wynosi 200.000 zł, za którą przewidziano zakup jednostek funduszu (...) (...) (...). Powód oświadczył w deklaracji, że przed jej podpisaniem otrzymał treść Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z (...) wraz z Tabelą Opłat i Limitów i Regulaminem Funduszu oraz wyraził zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia, długość okresu ubezpieczenia oraz wartość wykupu. Oświadczył również, że został poinformowany, że ryzyko inwestycyjne związane z przystąpieniem do ubezpieczenia ponosi ubezpieczony, zaś (...) nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne straty i utracone korzyści, jakie może ponieść ubezpieczony w wyniku podjętej decyzji o wyborze inwestycji. Ponadto, że został poinformowany i akceptuje, że: produkt ma formę prawną grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, 100% składki jednorazowej chronione jest na koniec okresu ubezpieczenia, wartość rachunku udziałów może ulegać znacznym wahaniom ze względu na wycenę instrumentów finansowych wchodzących w jego skład, w szczególności może być znacząco niższa niż wartość

wpłaconej składki jednorazowej, z produktem wiąże się ryzyko wynikające z możliwości niewywiązania się przez emitenta instrumentów finansowych wchodzących w skład produktu z wynikających z nich należności, że produkt ma charakter długoterminowy, a okres ubezpieczenia trwa 10 lat, że rezygnacja z ubezpieczenia po czwartym dniu roboczym po zakończeniu okresu subskrypcji wiąże się z koniecznością poniesienia kosztów określonych w Tabeli Opłat i Limitów. ( deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia k. 156-157, certyfikat – k. 160, zeznania świadka R. P. k. 616v.-618v., protokół elektroniczny cd k. 620).

Przed zawarciem przedmiotowej umowy ubezpieczenia powoda nie łączyła żadna umowa z pozwaną. Powód poszukiwał korzystnej oferty do ulokowania swych środków finansowych. Został zaproszony na spotkanie przez przedstawiciela spółki (...) (częściowe zeznania powoda – k. 558v.-560, protokół elektroniczny c.d. k. 561, zeznania świadka R. P. k. 616v.-618v., cd k. 620).

Powód zdecydował się rozwiązać umowę zawartą z pozwaną dnia 29.10.2013 r. , zaniepokojony niską wyceną rachunków udziałów w funduszu, bojąc się, że nie odzyska wpłaconych środków. Złożył dyspozycję wypłaty wartości wykupu całkowitego (częściowe zeznania powoda – k. 558v. -560, rozliczenie dyspozycji k. 163).

(...) zrealizowało dyspozycję według wyceny wartości udziału jednostkowego z dnia 15 listopada 2013 r., wypłacając powodowi kwotę 113.960,89 zł – odpowiadającą iloczynowi wartości udziału jednostkowego Funduszu (...) (...) w kwocie 203,65 zł i liczby udziałów jednostkowych Funduszu 559,5788. Suma pobrana przez pozwanego tytułem opłaty transakcyjnej wyniosła 56.757 zł. Łączna suma kwot wpłaconych przez powoda wyniosła 200.000 zł ( pismo pozwanej z dnia 03.12.2013 r. – k. 163, pismo pozwanej z 24 marca 2016 r.).

Pismem z dnia 6 marca 2014 r. pełnomocnik powoda wezwał (...) S.A. i (...) S.A. do zwrotu kwoty 86.039,11 zł wpłaconej przez powoda na poczet ubezpieczenia na życie i dożycie z (...), w terminie 30 dni od dnia otrzymania wezwania, podnosząc, że zawarta umowa ubezpieczenia jest nieważna, a wpłacone kwoty stanowią świadczenie nienależne. Wezwanie to wpłynęło do pozwanej w dniu 17 marca 2014 r. Pozwane (...) w piśmie z dnia 15 kwietnia 2014 r. odmówiło uznania roszczeń powoda o zwrot ww. kwoty ( wezwanie do zapłaty – k. 165-167, pismo pozwanego – k. 168-168v.).

Kolejnym pismem z dnia 11 kwietnia 2016 roku pełnomocnik powoda wezwał (...) S.A. do zwrotu kwoty 86.039,11 zł równej wysokości bezpodstawnego wzbogacenia pozwanej, w związku z nieważnością oświadczenia woli złożonego przez powoda w części dotyczącej ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie, a w przypadku odmowy zapłaty ww. kwoty wezwał pozwaną do zapłaty kwoty 56.757 zł tytułem opłaty transakcyjnej (tj. opłaty za zarządzanie) w oparciu o niedozwolone postanowienia umowne, w terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania. Wezwanie to wpłynęło do pozwanej w dniu 12 kwietnia 2016 roku ( wezwanie k. 169-171).

W odpowiedzi na powyższe wezwania pozwane (...) w pismach z dnia 12 maja 2016 r. odmówiło zapłaty wskazując, że nie znajdują zastosowania w niniejszej sprawie przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu a Warunki Ubezpieczenia oraz załączniki nie zawierają postanowień uznanych za niedozwolone lub postanowień o zbliżonej treści. ( pismo pozwanego k. 172-172v.).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych wyżej dowodów, które uznał za wiarygodne. Złożone do akt sprawy dokumenty prywatne, zgodnie z art. 245 k.p.c., stanowiły jedynie dowód tego że osoby, które go podpisały złożyły oświadczenie zawarte w dokumencie. Dokumentom tym jednak, w przeciwieństwie do dokumentów urzędowych (art. 244 k.p.c.) ustawa nie nadaje waloru dowodu, iż okoliczności stwierdzone w oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Zeznania świadka R. P. korespondowały wzajemnie ze sobą i z dowodami z dokumentów składając się na spójną i logiczną całość. Świadek potwierdził, iż występował przy podpisaniu przez powoda deklaracji przystąpienia do umowy, jako przedstawiciel (...) S.A. z siedzibą w W. i przekazał powodowi wszelkie dokumenty dotyczące umowy oraz został poinformowany o ryzyku poniesienia straty i konieczności poniesienia opłaty likwidacyjnej



w wypadku przedterminowej rezygnacji z umowy. Zaprzeczył aby jej przedstawiciel wprowadził powoda w błąd lub nie poinformował o szczegółowych warunkach umowy. Sąd nie dał wiary stronie powodowej, iż świadek ten wykonywał czynności agencyjne w myśl przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, co miałyby prowadzić do nieważności umowy ubezpieczenia. Z treści deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia jednoznacznie wynika, iż R. P. występował w roli upoważnionego pracownika (...) S.A. w W. (k. 156 v.)

W konsekwencji Sąd nie dał wiary zeznaniom powoda w części, w której twierdził, że przy przystępowaniu do ubezpieczenia nie został poinformowany, że z umową wiąże się określone ryzyka i koszty oraz, że nie zostały mu doręczone Warunki Ubezpieczenia i Tabela Opłat i Limitów. Twierdzenia te zostały zakwestionowane przez świadka R. P., który potwierdził, iż klient przed podpisaniem deklaracji otrzymał wszystkie dokumenty związane z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego. Świadek potwierdził, iż integralną częścią każdego wniosku o przystąpienie do umowy były Warunki Ubezpieczenia i Regulamin, które zawierały najważniejsze informacje dotyczące produktu. Ponadto procedowanie wniosku wymagało wielu czynności i kilku spotkań, a powód złożył oświadczenia, iż otrzymał powyższe dokumenty, oraz o tym, iż został pouczony o ryzykach związanych z tym produktem oraz o kosztach wcześniejszej rezygnacji (oświadczenia k. 157).

Natomiast w pozostałym zakresie, w jakim powód opisał okoliczności związane z podjęciem przez niego decyzji o przystąpieniu do ubezpieczenia oraz przyczyny rozwiązania umowy, Sąd ocenił za wiarygodne i zgodne z zebrany materiał dowodowy w sprawie.

Przedstawione przez strony opinie prawne, stanowiska i poglądy w sprawie nie były dla Sądu wiążące, lecz stanowiły jedynie wzmocnienie stanowiska i argumentacji stron postępowania.

### ***Sąd zważył, co następuje:***

Umowa, na podstawie której powód dochodzi roszczeń objętych pozwem, jest umową ubezpieczenia osobowego zawieraną przez ubezpieczającego z towarzystwem ubezpieczeń na cudzy rachunek, uregulowaną w art. 808 k.c. Ubezpieczony nie jest stroną takiej umowy, ale jest stroną stosunku ubezpieczeniowego i może żądać spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela na podstawie art. 808

§ 3 k.c. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, przepisy art. 805 § 1 k.c. i art. 808 § 2 k.c., zgodnie z którymi na ubezpieczającym spoczywa obowiązek zapłaty składki a ubezpieczycielowi przysługuje roszczenie o jej zapłatę wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu, nie stanowią przeszkody do przeniesienia ciężaru finansowego opłacania składek na ubezpieczonego niebędącego stroną umowy. Poniesienie przez ubezpieczonego ekonomicznego ciężaru zapłaty składki ubezpieczeniowej nie oznacza, że uzyskuje on przez to status ubezpieczającego, tj. status strony umowy ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 805 § 1 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. Stosownie do art. 805 § 2 k.c., przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Do umów ubezpieczenia należą ubezpieczenia na życie związane

z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, wymienione w dziale I grupie 3 Załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (tekst jedn.: Dz.U. z 2010 r., nr 11, poz. 66 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności ubezpieczeniowej”, obowiązującej w dacie nawiązania spornych stosunków ubezpieczenia. Umowy takie w przeważającej mierze nie mają jednak charakteru ubezpieczenia (czyli zapewnienia określonego świadczenia na wypadek wystąpienia określonego zdarzenia, a więc nie mają na celu przerzucenia na ubezpieczyciela ryzyka zajścia takiego wypadku), lecz charakter oszczędnościowy, związany z inwestowaniem kapitału. Klasyczne świadczenie ubezpieczeniowe w takiej sytuacji ma znaczenie drugorzędne, wręcz symboliczne. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej kwalifikowała jednak takie umowy jako umowy ubezpieczenia. W swym elemencie inwestycyjno-oszczędnościowym wykraczać będą one jednak poza zakres regulacji przepisów Kodeksu cywilnego o umowie

ubezpieczenia, dlatego w doktrynie słusznie wskazuje się, że są to w istocie umowy o charakterze mieszanym. (por. Komentarz do art. 805 k.c., red. K. Osajda 2017, Legalis).

Prawo dopuszcza zawieranie takich umów. W przypadku tego rodzaju umów zakład ubezpieczeń zobowiązany został w art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia:

- 1) wykazu oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych,
- 2) zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia,
- 3) regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne,
- 4) zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,
- 5) zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,
- 6) zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w szczególności w zakresie określonym w pkt 4 i 5, oraz terminu zamiany składek na jednostki tego funduszu.

Odnosząc się do zarzutu nieważności umowy ubezpieczenia, do której przystąpił (stosunku ubezpieczenia nawiązanego z pozwanym) Sąd Okręgowy ocenił, iż zarzut ten nie zasługiwał na uwzględnienie. Wbrew stanowisku pozwanego w niniejszej sprawie nie zachodziła konieczność występowania w sprawie wszystkich pozostałych podmiotów (ubezpieczających, ubezpieczonych i uposażonych), którzy przystąpili do umowy ubezpieczenia grupowego. Powód nie dochodził bowiem w niniejszym procesie roszczenia o ustalenie nieważności umowy ubezpieczenia (na podstawie art. 189 k.p.c.), w którym stronami powinny być wszystkie strony umowy ze względu na występujące po ich stronie współuczestnictwo konieczne wynikające z istoty stosunku prawnego (art. 72 § 2 k.p.c.). Powód dochodził od pozwanej roszczeń o zapłatę z tytułu nienależnego świadczenia podnosząc jako jedną z jego przesłanek nieważność łączącego go z pozwanym stosunku ubezpieczenia (lub bezskuteczność niektórych postanowień umownych). Nie miało tu zatem miejsca współuczestnictwo konieczne pomiędzy wszystkimi stronami umowy ubezpieczenia grupowego i wszystkimi podmiotami, którzy przystąpili do umowy ubezpieczenia grupowego.

Natomiast podnoszone przez powoda zarzuty nieważności oświadczenia o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia grupowego (deklaracji przystąpienia) i nieważności umowy ubezpieczenia należało ocenić jako niezasadne. W tym zakresie Sąd podziela w całości ocenę prawną i argumentację przytoczoną w uzasadnieniu wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie wydanym w sprawie XXV C 906/16, w zbliżonym stanie faktycznym i prawnym.

W konsekwencji Sąd nie podzielił stanowiska powoda, iż oświadczenie powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia grupowego jest nieważne i sprzeczne z art. 829 § 2 k.c. ponieważ, nie obejmuje wysokości sumy ubezpieczenia. Co prawda w deklaracji przystąpienia nie określono wprost sumy ubezpieczenia, ale znalazło się w nim oświadczenie powoda, że wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia, a jednocześnie powód oświadczył, że przed podpisaniem deklaracji przystąpienia otrzymał treść Warunków Ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia została wyraźnie określona w § 15 i 16 Warunków Ubezpieczenia. Oznacza to, że zgoda powoda (ubezpieczonego) na zakres ubezpieczenia wyrażona w deklaracjach obejmowała także wysokość sumy ubezpieczenia, czyniąc zadość wskazanemu wymogowi z art. 829 § 2 k.c.

Chybiony jest też kolejny zarzut powoda, iż oświadczenie o skorzystaniu z ochrony ubezpieczeniowej jest nieważne z tego powodu, że nie prowadzi do skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej, ponieważ nie ma jej w umowie

grupowego ubezpieczenia. Powód argumentował, że zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia, w przypadku dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia ubezpieczyciel nie zapłaci ubezpieczającemu żadnego świadczenia w rozumieniu art. 805 § 1 pkt. 1 i § 2 pkt. 2 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt. 1 i § 2 k.c. (sumy ubezpieczenia), a jedynie zwróci kwotę pochodzącą ze środków wpłaconych przez powoda na poczet inwestycji, zaś w przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu kwotę pochodzącą ze środków wpłaconych przez powoda na poczet inwestycji powiększoną o 100 zł, co nie stanowi realnej ochrony ubezpieczeniowej i jest pozbawione jakiegokolwiek gospodarczego sensu.

Odnosząc się do tego zarzutu zaznaczyć należy, że przedmiotowa umowa ubezpieczenia, do której przystąpił powód, była umową z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Przewidziana ochrona życia powoda (ubezpieczonego) miała tu charakter jedynie uboczny – symboliczny (§ 3 ust. 1, ust. 2 pkt. 1 i ust. 3, § 15 pkt. 1 i § 16 ust. 1 Warunków Ubezpieczenia), a w umowie dominował aspekt kapitałowy, związany z długoterminowym inwestowaniem wpłaconej przez ubezpieczonego składki ubezpieczeniowej w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (§ 13 ust. 2 pkt. 2 i ust. 4, § 15 pkt. 2 i § 16 ust. 2 Warunków Ubezpieczenia). Tym niemniej ochrona życia ubezpieczonego była elementem spornego stosunku umownego (istniała) – w § 16 ust. 1 Warunków Umowy określono sumę ubezpieczenia w kwocie 100 zł wypłaconą przez ubezpieczyciela w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, co odpowiada regulacjom art. 805 § 1 i § 2 pkt. 2 k.c. i art. 829 § 1 pkt. 1 k.c. Przepisy te nie określają minimalnej sumy ubezpieczenia, pozostawiając tę kwestię do ustalenia stronom w ramach konkretnego stosunku umownego. Jak już wskazano, zawarcie umowy o takim mieszanym charakterze, w którym cel ochronny ma marginalne znaczenie, a na pierwszy plan wysuwa się cel inwestycyjny, było dopuszczalne na gruncie zasady swobody umów wyrażonej w art. 353<sup>(1)</sup> k.c.

Powód argumentował także, iż umowa grupowego ubezpieczenia jest nieważna ze względu na braku więzi prawnej łączącej ubezpieczonego (powoda) z ubezpieczającym ( (...) S.A. w W.). W ocenie Sądu, umowa ta nie jest sprzeczna z naturą umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, jak zarzucił powód. Istnienie takiej więzi nie było wymagane przez obowiązujące przepisy (art. 808 § 1 k.c., art. 829 § 2 k.c. lub art. 393 k.c.) do skutecznego zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej. Nie sposób przyjąć za słuszne, że brak pozaubezpieczeniowych powiązań między ubezpieczającym a ubezpieczonym godzi w naturę ubezpieczenia grupowego. Do natury każdego ubezpieczenia (w tym ubezpieczenia grupowego) należy zobowiązanie się ubezpieczyciela do spełnienia umówionego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej, w zamian za zapłatę umówionej składki. Szczególny charakter umowy ubezpieczenia grupowego wyraża się zaś w tym, że ryzyko ubezpieczeniowe i związana z nim składka są kalkulowane przez ubezpieczyciela w sposób szczególny, niejako „uśredniony” dla potencjalnych członków grupy, a nie indywidualnie. Zasady aktuarialne ustalania składki ubezpieczeniowej nie stanowią jednak o naturze stosunku ubezpieczenia grupowego, pozostając poza zakresem konsensu umownego.

Zgodzić należy się ze stanowiskiem pozwanej, że strony umowy ubezpieczenia zgodziły się na składkę w określonej wysokości, a nie na to, w jaki sposób ubezpieczyciel składkę tę wyliczył. Celem zawarcia przedmiotowego stosunku prawnego pomiędzy pozwaną

a powodem była przed wszystkim chęć uzyskania przez powoda dochodów ze środków inwestowanych długoterminowo w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy,

a z drugiej strony osiągnięcie przez ubezpieczyciela zysku z prowadzonej działalności ubezpieczeniowej w postaci opłat pobieranych ze składek (ich nieinwestowanej części).

W świetle treści dokumentów dotyczących przedmiotowego produktu ubezpieczeniowego, których otrzymanie powód zadeklarował składając deklarację przystąpienia, w tym treści samej deklaracji przystąpienia, zawierającej określenia typowe dla umowy ubezpieczenia, za niewiarygodne Sąd uznał zeznania powoda, jakoby nie został należycie zapoznany z charakterem i treścią umowy oraz by był przekonywany, że co kwartał będzie otrzymywał rentę w wysokości 5000zł, a później nawet wyższą ponad 6000 zł. Takie twierdzenia powoda w świetle załączonych dokumentów oraz zeznań świadka R. P. należało uznać za podnoszone wyłącznie na użytek niniejszego procesu. Czym innym jest fakt podnoszony przez powoda, iż podpisał deklarację przystąpienia do umowy mimo, iż jej nie przeczytał i nie zrozumiał wszystkich warunków dotyczących przedmiotowego stosunku umownego. W tym zakresie powód sam,

jako konsument podjął ryzyko, iż zawarł umowę nie czytając jej i nie rozumiejąc do końca zasad funkcjonowania danego produktu finansowego. Fakt niezapoznania się powoda z umową w całości, nie może obciążać strony pozwanej.

O nieważności umowy nie świadczy też fakt pobierania przez ubezpieczającego od ubezpieczyciela wynagrodzenia (prowizji) z tytułu doprowadzenia do zawarcia umowy ubezpieczenia z powodem, jako sprzeczna z art. 808 § 2 k.c. Przepis art. 808 § 2 k.c. przewiduje, że w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu, co ma związek z regulacją art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym ubezpieczający zobowiązuje się w umowie ubezpieczenia zapłacić składkę. Jak wyżej wskazano przepisy te nie stanowią przeszkody do przeniesienia ciężaru finansowego opłacania składek na ubezpieczonego, niebędącego stroną umowy ubezpieczenia (por. wyrok SN z 12.09.2013 r., IV CSK 91/13, Legalis nr 924891).

Zdaniem Sądu przedmiotowa umowa ubezpieczenia zawiera elementy przedmiotowo istotne umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Umowa przewiduje obowiązek ubezpieczyciela, w zamian za składkę wpłaconą przez ubezpieczonego, do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, którym jest śmierć ubezpieczonego lub dożycie przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia. Jeśli chodzi

o świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, to pozwana zobowiązała się w § 15 pkt. 1

w zw. z § 16 ust. 1 Warunków Ubezpieczenia wypłacić ubezpieczającemu sumę ubezpieczenia w kwocie 100 zł oraz wartość rachunku udziałów. Świadczeniem ubezpieczeniowym w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia jest wypłata wartości rachunku udziałów, zgodnie z § 15 pkt. 2 w zw. z § 16 ust. 2 Warunków Ubezpieczenia. Jak już wskazano, żaden przepis prawa nie określał minimalnej wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku do tego rodzaju umów, pozostawiając jej określenie swobodnej woli stron. Taka konstrukcja umowy czyni zadość wymogom wynikającym z art. 805 § 1 i § 2 pkt. 2 k.c. oraz 829 § 1 pkt. 2 k.c. i nie odbiera analizowanemu produktowi charakteru ubezpieczeniowego. Była ona dopuszczalna na gruncie obowiązujących przepisów. Wysokość świadczeń ubezpieczyciela wynikała natomiast z akcentowanego wcześniej dwoistego (mieszanego) charakteru przedmiotowej umowy, w której dominował cel inwestycyjny związany z lokowaniem kapitału w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, a marginalne znacznie miał cel ochronny związany z ochroną życia. Taka konstrukcja umowy, do której przystąpił powód, oznacza że interes ubezpieczonego realizował się w niej w istocie poprzez długofalowe (z założenia) inwestowanie kapitału w funduszu kapitałowym.

Sąd nie zgodził się z zarzutem powoda, iż przedmiotowa umowa jest nieważna ze względu na brak w niej niektórych elementów obligatoryjnych wymienionych w art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia: tj. brak określenia w umowie wykazu oferowanych funduszy kapitałowych, brak regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne, brak określenia zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz terminu zamiany składek na jednostki tego funduszu.

Należy w tej kwestii zauważyć, iż zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy to w ubezpieczeniu, o którym mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia. Jeśli chodzi o wymóg określenia w umowie wykazu oferowanych funduszy kapitałowych (art. 13 ust. 4 pkt. 1 ustawy), to w deklaracji przystąpienia wskazano fundusz ( (...) (...)), w który miały być inwestowane środki wpłacane przez powoda. Skoro fundusz ten dopiero powstawał ze składek wpłaconych przez osoby przystępujące do ubezpieczenia w okresie subskrypcji (co wynika z § 6 Warunków Ubezpieczenia), to w momencie składania deklaracji istniała możliwość inwestowania środków finansowych przez osoby przystępujące do ubezpieczenia na podstawie Warunków Ubezpieczenia (...)w ten tylko fundusz. Nie było więc możliwości wskazania wykazu oferowanych funduszy kapitałowych (innych niż powyższy) już w umowie ubezpieczenia grupowego, a określenie tego funduszu w deklaracji przystąpienia spełnia obowiązek informacyjny ubezpieczyciela z art. 13 ust. 4 pkt. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Zasady lokowania kapitału i wyceny jednostek funduszy kapitałowych (...) (...)” zostały przedstawione w § 2, 3 i 4 Regulaminu Funduszu doręczonego powodowi przed złożeniem deklaracji przystąpienia. W § 2 Regulaminów zdefiniowano wartość udziału jednostkowego i wartość aktywów netto funduszu. Zgodnie z definicją, wartość udziału jednostkowego to wartość danego funduszu podzielona przez liczbę udziałów jednostkowych zgromadzonych w danym funduszu ustaloną w dniu wyceny zgodnie ze wzorem podanym w Regulaminie; zmienia się ona zgodnie ze zmianą wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego przypadającego na udział jednostkowy. Wartość aktywów netto stanowi wartość wszystkich aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego pomniejszonych o zobowiązania przewidziane umową ubezpieczenia oraz inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ustalana zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie. W Regulaminie wskazano również, że wartość aktywów netto wyceniana jest w sposób pozwalający na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości. Ponadto w Regulaminie określono podstawę do ustalenia wartości końcowej rachunku udziałów według podanego wzoru i wartości udziału jednostkowego w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia (§ 4 ust. 8-10), oraz oznaczono indeks, którego notowania będą podstawą do ustalenia tych wartości, wraz z kodem indeksu w serwisie (...) (§ 2 ust. 4). W Regulaminie zostały zawarte także informacje o aktywach, w których lokowane są środki funduszy (depozyty terminowe, instrument pochodny, środki pieniężne), wyceniane w złotych polskich, oraz że wypłata z instrumentu pochodnego oparta jest na zmianie wartości indeksu. Z kolei w Tabeli opłat i limitów podano terminy nabycia udziałów jednostkowych funduszy i dni wyceny w okresie ubezpieczenia. Powyższe postanowienia wypełniają zatem obowiązki informacyjne nałożone na ubezpieczyciela w § 13 ust. 4 pkt. 3 i pkt. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a umowa ubezpieczenia nie jest nieważna.

Sąd nie podzielił też argumentacji powoda, iż umowa grupowego ubezpieczenia jest nieważna ze względu na sprzeczność z zasadami współzycia społecznego (zasadą słuszności kontraktowej, zasadą ochrony osób trzecich, zasadą prawa do informacji, zasadą lojalności i zaufania) oraz ze względu na zawarcie jej z przekroczeniem granic swobody zawierania umów. Na podstawie całokształtu okoliczności sprawy, Sąd ocenił, iż ustalenie wartości jednostek uczestnictwa funduszu kapitałowego i świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela ubezpieczonemu (w tym kwartalnej wypłaty zysków, wartości rachunku udziałów, wartości wykupu) nie miało charakteru dowolnego, oderwanego od mechanizmów rynkowych. Odmienną od nieokreślenia sposobu inwestowania i wyceny kapitału kwestią jest okoliczność, że do zweryfikowania i ustalenia ostatecznej bądź bieżącej wartości indeksu, który służył do ustalenia wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia, konieczna jest wiedza wykraczająca poza typową znajomość mechanizmów rynkowych, z reguły niedostępna dla przeciętnego konsumenta. Przystąpienie przez powoda do ubezpieczenia grupowego na warunkach w nim określonych było jednak dobrowolne, zależne wyłącznie od jego decyzji.

Powód otrzymał wszystkie wymagane przez przepisy prawa informacje o spornym produkcie ubezpieczeniowym. Brak wiedzy specjalistycznej powoda o tego rodzaju inwestycjach i związana z tym decyzja o powierzeniu kapitału ubezpieczycielowi celem profesjonalnego zarządzania środkami w sposób w umowie przewidziany, w żaden sposób nie podważa natury tego zobowiązania w rozumieniu art. 353<sup>(1)</sup> k.c., ani nie narusza zasad współzycia społecznego. Należy zauważyć, iż działalność pozwanego(...) regulowana jest przepisami prawa, w tym ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz, obowiązującego w dacie przystępowania powoda do ubezpieczenia, rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz.U. nr 226, poz. 1825),

co wyklucza dowolność działania i stanowi dodatkową gwarancję należytego wykonywania umowy. Oczywistym jest, że inwestowanie środków pieniężnych celem ich pomnażania

w różne przedsięwzięcia finansowe wiąże się na ogół z koniecznością posiadania wyższej od przeciętnej wiedzy ekonomicznej i znajomości odpowiednich instrumentów.

Z tych właśnie przyczyn powstało na rynku zapotrzebowanie na instytucje oferujące odpowiednią, profesjonalną obsługę w zakresie pomnażania kapitału należącego do osób nieposiadających koniecznych umiejętności. Dopuszczenie tylko takich sposobów inwestowania kapitału przez osoby fizyczne, w których mechanizmy zarządzania tym kapitałem są zrozumiałe dla przeciętnego odbiorcy, prowadziłyby do ograniczenia im dostępnych możliwości jego

pomnażania. Jeśli chodzi o zarzuty co do braku możliwości przewidzenia zachowania się indeksu oraz braku gwarancji osiągnięcia celu inwestycyjnego w postaci ochrony kapitału, to wskazać należy, że z naturą zobowiązań związanych z inwestowaniem kapitału w różne przedsięwzięcia, których efektywność zależy od wielu zmiennych w czasie czynników, związane jest ryzyko finansowe w postaci braku zysku czy wręcz poniesienia straty. Okoliczności te przedstawiono powodowi w przywołanych wyżej dokumentach doręczonych przed złożeniem deklaracji przystąpienia. Jeżeli zaś chodzi o możliwości wpływania konsumenta na wartość zainwestowanych aktywów, to także w przypadku typowych i powszechnie publikowanych kryteriów ich wyceny jak np. aktualnych wartości akcji spółek notowanych na giełdzie, czy kursów walut, konsument nie ma na nie wpływu (tak również Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku 20.07.2016 r., I ACa 188/16, niepubl.). Na ważność umowy nie wpływa też zastrzeżenie w Warunkach Ubezpieczenia uprawnień pozwanego do podjęcia decyzji o przedłużeniu okresu subskrypcji, o jej odwołaniu lub o odmowie objęcia ochroną ubezpieczeniową konsumenta, gdyż prowadzą one co najwyżej do niedojścia do skutku konkretnych stosunków ubezpieczeniowych, a nie wypaczają sensu umowy ubezpieczenia grupowego zawartej pomiędzy ubezpieczającym i ubezpieczycielem.

Nie zasługuje na uwzględnienie zarzut powoda dotyczący obejścia przy zawieraniu przedmiotowej umowy ubezpieczenia przepisów ustaw o pośrednictwie ubezpieczeniowym, o nadzorze nad rynkiem finansowym i o nadzorze ubezpieczeniowym oraz o funduszach inwestycyjnych. Zważywszy należy, iż ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz.U. nr 124, poz. 1154 ze zm.) nakłada na pośrednika ubezpieczeniowego szereg obowiązków, m.in. obowiązek przekazywania osobie poszukującej ochrony ubezpieczeniowej albo klientowi informacji, w tym dotyczących tego pośrednika (powód wymienił szereg jej przepisów – art. 4a w zw. z art. 12 ust.2, art. 13 ust. 1 pkt. 1, 4 i 4a, art. 26 ust. 1 pkt. 1, 2 i 4 oraz ust. 2, art. 9, art. 23 ust. 1 w zw. z art. 28 ust. 3 pkt. 1 lit a-e). Powyższa ustawa nakłada także na pośrednika ubezpieczeniowego obowiązek wykonywania czynności agencyjnych lub brokerskich wyłącznie przez osoby fizyczne spełniające określone wymogi; art. 13 ust. 1 pkt. 3, art. 26 ust. 1 pkt. 2, 3 i 6, z których wynika obowiązek działania w sposób lojalny i transparentny względem osoby szukającej ochrony ubezpieczeniowej oraz z poszanowaniem praw stron stosunku ubezpieczenia w taki sposób, aby działalność pośrednika ubezpieczeniowego nie prowadziła do konfliktu interesów. Ponadto w art. 18 i art. 21 ww. ustawy przewidziano, iż pośrednik ubezpieczeniowy w zakresie czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. Powód podnosił, że obejście tych przepisów pozwalało ubezpieczającemu wykonywać działalność agencyjną w sposób całkowicie dowolny, bez żadnych ograniczeń i bez konieczności spełnienia jakichkolwiek obowiązków wynikających z tych przepisów.

W niniejszej sprawie spółka (...) Sp. z o.o. spółka komandytowa w W. (aktualnie (...) S.A. w W.) wykonywała na rzecz pozwanego (...) czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w rozumieniu art. 2 ust. 1 i art. 4 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, związane z zawieraniem umów ubezpieczenia w ramach produktu ubezpieczenia grupowego na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). Nie ulega wątpliwości, że spółka ta w ramach przedmiotu swej działalności zajmuje się m.in. działalnością brokerów i agentów ubezpieczeniowych oraz doradztwem finansowym. Powód nie wykazał, żeby w rozpatrywanej sprawie naruszone zostały przez ubezpieczającego (ewentualnie przez ubezpieczyciela) zasady wynikające z przywołanych wyżej przepisów, nie wykazując faktów będących podstawą powyższych zarzutów. Nawet gdyby zarzut powoda okazał się zasadny, to nie prowadziłyby to do nieważności umowy ubezpieczenia grupowego (lub stosunków ubezpieczenia nawiązanych na skutek przystąpienia do umowy przez powoda), lecz mogłyby rodzić co najwyżej odpowiedzialność pośrednika ubezpieczeniowego na podstawie art. 47 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Chybiony jest zarzut powoda dotyczący obejścia art. 2 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym (Dz.U. nr 124, poz. 1153) oraz art. 3 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (Dz.U. nr 157, poz. 1119 ze zm.), czego powód upatrywał w uniemożliwieniu Komisji Nadzoru Finansowego sprawowania nadzoru nad przedmiotową umową ubezpieczenia z uwagi na fakt nazwania pośrednika ubezpieczeniowego ubezpieczającym. Nie sposób zgodzić się z poglądem, żeby wskazany fakt ograniczał w jakikolwiek sposób możliwość sprawowania nadzoru ubezpieczeniowego przez właściwy podmiot nad przedmiotową umową,

gdyby organ ten stwierdził podstawy do podjęcia czynności nadzorczych. Tym bardziej trudno przyjąć, że fakt ten miałby prowadzić do nieważności stosunku ubezpieczenia nawiązanego w ramach przedmiotowej umowy.

Niezasadny okazał się także zarzut naruszenia przepisów art. 3 ust. 1-3, art. 4 ust. 1, art. 38 ust. 1 i art. 45 ust. 1 ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych (Dz.U. nr 146, poz. 1546) w celu obejścia nakazu utworzenia funduszu inwestycyjnego w formie osoby prawnej na zasadach określonych w przepisach tej ustawy, obejścia tworzenia funduszu inwestycyjnego wyłącznie przez towarzystwo funduszy inwestycyjnych i obejścia nakazu uzyskania zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego na prowadzenie działalności polegającej wyłącznie na lokowaniu w instrumenty finansowe środków pieniężnych zebranych w drodze proponowania nabycia jednostek uczestnictwa albo certyfikatów inwestycyjnych. Działalność ubezpieczeniowa polega również na tworzeniu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, związanych z umowami ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Działalność pozwanej podlegała regulacjom przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a nie ustawy o funduszach inwestycyjnych. Z przyczyn opisanych wyżej Sąd ocenił, iż tego rodzaju konstrukcja umowy jest dopuszczalna, na zasadzie swobody umów.

W rezultacie roszczenie powoda o zapłatę kwoty 86.039,11 zł z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia pozwanej kosztem powoda na skutek nienależnego świadczenia (art. 410 § 1 k.c. w zw. z art. 405 k.c.) nie zasługiwało na uwzględnienie, skoro nie potwierdziły się zarzuty powoda o nieistnieniu stosunku ubezpieczenia pomiędzy powodem a pozwaną.

Konsekwencją oddalenia powództwa w tym zakresie było rozpoznanie powództwa ewentualnego. Jeśli chodzi o żądanie zwrotu opłaty transakcyjnej pobranej przez ubezpieczyciela ze składek jednorazowych wpłaconych przez powoda w kwocie 56.757 zł, dochodzonej na tej podstawie, że postanowienia wzorca umowy dotyczącego opłaty transakcyjnej stanowią niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., Sąd ocenił je za zasadne i uwzględnił w całości.

Poza sporem w niniejszej sprawie było to, że powód przystąpił do umowy ubezpieczenia jako konsument w rozumieniu przepisu art. 22<sup>1</sup> k.c. natomiast pozwana występowała w roli przedsiębiorcy, o którym mowa w art. art. 43<sup>1</sup> k.c. W realiach niniejszej sprawy, w istocie sporne pozostawały trzy kwestie, tj.:

- czy kwestionowane postanowienia dotyczą głównych świadczeń stron,
- czy sporne postanowienia kształtują prawa i obowiązki konsumenta (powoda) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Zgodnie z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Jeżeli postanowienie umowy zgodnie z § 1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie (§ 2).

Nie uzgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta (§ 3). Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje (§ 4). Na podstawie art. 385<sup>2</sup> k.c., oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami, dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny.

Klauzulę generalną zawartą w art. 385<sup>1</sup> k.c. uzupełnia przykładowa lista „niedozwolonych postanowień umownych” zamieszczona w art. 385<sup>3</sup> k.c. Obejmuje ona najczęściej spotykane w praktyce klauzule, które uznawane są za sprzeczne z dobrymi obyczajami i zarazem rażąco naruszające interesy konsumenta. Ich wspólną cechą jest nierównomierne rozłożenie praw, obowiązków i ryzyka między stronami, prowadzące do zachwiania równowagi kontraktowej. Chodzi tu o takie klauzule, które jedną ze stron (konsumenta) z góry, w oderwaniu od konkretnych okoliczności, stawiają w gorszym (trudniejszym) położeniu. Zamieszczenie w umowie któregoś z postanowień wymienionych przykładowo w tym przepisie znacząco ułatwia wykazanie, że wypełnia ono przesłanki „niedozwolonego postanowienia umownego”. Art. 385<sup>3</sup> k.c. ustanawia domniemanie, że klauzula umowna o określonej w przepisie treści jest „zakazanym postanowieniem umownym”. To „domniemanie” działa „w razie wątpliwości”, a zatem wówczas, gdy pojawią się wątpliwości co do tego, czy dopuszczalne jest posłużenie się określoną klauzulą w obrocie. W innych przypadkach przedsiębiorca musi wykazać, że wprowadzona do umowy klauzula, chociaż o „niedozwolonej” treści, nie kształtuje praw lub obowiązków konsumenta „w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy”. Wobec tego, aby określone postanowienie umowne mogło zostać uznane za niedozwolone postanowienie umowne, spełnione muszą zostać łącznie cztery warunki:

- umowa musi być zawarta z konsumentem,
- postanowienie umowne nie zostało przez strony uzgodnione indywidualnie,
- postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy,
- postanowienie nie dotyczy głównych świadczeń stron, które zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Odnosząc powyższe do niniejszej sprawy podkreślić należy, iż przedmiotowa umowa ubezpieczenia, nawiązana na skutek przystąpienia przez powoda do umowy ubezpieczenia grupowego, została zawarta pomiędzy towarzystwem ubezpieczeń, jako przedsiębiorcą, a powodem, jako konsumentem. Postanowienia umowy dotyczące opłaty transakcyjnej nie zostały uzgodnione z powodem indywidualnie, a opłata transakcyjna, której wysokość określono w Tabeli opłat i limitów poprzez wskazanie procentowej części składki jednorazowej, z której jest potrącana nie stanowiła głównego świadczenia stron. Powód nie miał żadnego wpływu ani na wysokość opłaty, ani na sposób jej pobierania. Ponadto treść postanowienia Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do Warunków Ubezpieczenia, dotycząca opłaty transakcyjnej kształtuje prawa i obowiązki powoda (konsumenta) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Na gruncie art. 22<sup>1</sup> k.c. powód jest konsumentem, albowiem nie zawarł umów ubezpieczenia z pozwanym w związku z żadną prowadzoną przez siebie działalnością gospodarczą lub zawodową, lecz w celu indywidualnego oszczędzania środków finansowych w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych.

Ustawodawca w przepisie art. 385<sup>(1)</sup> § 1 k.c. posługuje się określeniem „postanowienie umowy” obejmując nim zarówno postanowienie umowy w ścisłym znaczeniu tego terminu (czyli postanowienie treści czynności prawnej objęte konsensem stron), jak i postanowienie wzorców, które wprowadzicie „postanowieniami umowy” w ścisłym znaczeniu nie są, ale kształtują, obok nich treść stosunku zobowiązaniowego ( wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 29.11.2011 r., V ACa 546/11, LEX nr 1120399). Z samej nazwy „Warunki Ubezpieczenia” wynika, że warunki te są stosowane przy zawieraniu nieoznaczonej ilości umów i nie zostały ustalone w trakcie zawierania konkretnej umowy. Pozwana nie przedstawiła dowodów w celu wykazania, indywidualnego uzgodnienia z powodem wskazanych wyżej regulacji. W konsekwencji pozwana nie wykazała, że postanowienia dotyczące zasad pobierania opłat transakcyjnych w określonych stawkach procentowych od wartości wpłaconych składek jednorazowych w okresie pierwszych sześciu miesięcy polisowych zostały uzgodnione indywidualnie z powodem. Złożenie przez powoda oświadczenia o otrzymaniu Warunków Ubezpieczenia przed podpisaniem deklaracji przystąpienia i o wyrażeniu zgody na objęcie



go ochroną ubezpieczeniową na warunkach w nich określonych nie świadczy w żadnym razie o indywidualnym uzgodnieniu zawartych w nich postanowień. Samo doręczenie konsumentowi ogólnych warunków ubezpieczenia, zwłaszcza obszernych, nie jest tożsame z uzgodnieniem treści umowy indywidualnie. Powód nie miał rzeczywistego wpływu na ukształtowanie Warunków Ubezpieczenia oraz Tabeli opłat i limitów, w tym na regulacje dotyczące pobierania przez (...) opłaty transakcyjnej. Jediną okolicznością, na którą powód miał wpływ przystępując do umowy ubezpieczenia była wysokość wpłacanych składek jednorazowych.

Sąd ocenił, iż pobierane przez (...) opłaty transakcyjne nie należą do głównych świadczeń stron, w związku z czym postanowienia ich dotyczące mogą być oceniane w kontekście niedozwolonych postanowień umownych. W doktrynie wskazuje się, że pojęcie „główne świadczenia stron” należy interpretować raczej wąsko, w nawiązaniu do pojęcia elementów umowy przedmiotowo istotnych (A. Rzetecka-Gil, Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania – część ogólna, Komentarz do art. 385<sup>(1)</sup>). Zatem tylko postanowienia bezpośrednio regulujące elementy przedmiotowo istotne danej umowy można zaliczyć do postanowień określających główne świadczenia stron, do których w przypadku niniejszych umów (stosunków) ubezpieczenia należały – po stronie powoda zapłata składki ubezpieczeniowej, a po stronie towarzystwa ubezpieczeń – wypłata świadczenia ubezpieczeniowego, tj. sumy ubezpieczenia lub wartości rachunku udziałów, w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego albo wypłata wartości wykupu w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia. Natomiast kwestionowane przez powoda postanowienia dotyczące opłaty transakcyjnej – potrącanej przez ubezpieczyciela od wartości składki jednorazowej poprzez umorzenie udziałów jednostkowych z rachunku udziałów – regulują świadczenia poboczne, związane jedynie pośrednio z głównym przedmiotem umowy. W kontekście celu zawarcia umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, jakim jest przede wszystkim inwestowanie środków pieniężnych w celu ich pomnożenia, nie sposób uznać za jej główne świadczenie opłaty, którą ubezpieczyciel pobiera za obsługę umowy. Świadczenie na poczet takich kosztów nie odnosi się do istoty zawartej umowy, lecz pozostaje poza nią. Sama nazwa „opłata” wskazuje, że stanowi ona jedynie świadczenie uboczne konsumenta za bliżej nieokreślone w umowie czynności (lub koszty) ubezpieczyciela.

W konsekwencji opłata transakcyjna może być badana pod kątem jej abuzywności.

Ponadto postanowienie umowne jest niedozwolone wówczas, gdy kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz gdy na skutek tej sprzeczności dochodzi do rażącego naruszenia interesów konsumenta. Pod pojęciem „dobrych obyczajów” rozumie się reguły postępowania zgodne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami uznać trzeba działania zmierzające do dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub braku doświadczenia, a więc działania traktowane powszechnie jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające od przyjętych reguł, standardów postępowania. „Rażące naruszenie interesów konsumenta” polega na nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na jego niekorzyść. Ukształtowanie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami w zakresie treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu klauzul godzących w równowagę kontraktową stron (por. wyrok Sądu Najwyższego z 13.07.2005 r., I CK 832/04, LEX nr 159111, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 13.09.2012 r., VI ACa 461/12, LEX nr 1223500, wyrok Sądu Najwyższego z 13.07.2005. I CK 832/04, Biul. SN 2005/11/13).

W tym aspekcie kwestionowane przez powoda regulacje dotyczące pobierania przez ubezpieczyciela opłat transakcyjnych w określonej procentowo części składki jednorazowej należało uznać za kształtujące prawa i obowiązki powoda (ubezpieczonego) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające jego interesy. Przywołane wyżej postanowienia Tabeli opłat i limitów prowadziły do przejścia przez towarzystwo ubezpieczeń w ciągu pierwszych 6 miesięcy okresów ubezpieczenia znacznej części wpłaconych przez powoda środków tytułem składek jednorazowych, poprzez umorzenie udziałów jednostkowych z rachunku udziałów. Wysokość opłat transakcyjnych wynosiła 4,73% wartości składki jednorazowej w każdym miesiącu polisowym, w którym opłata była pobierana. Oznacza to, że ubezpieczyciel pobierał z tego tytułu od ubezpieczonego 28,38% (4,73% x 6) wpłaconych przez powoda środków. Opłaty te pobierane były przy tym przez pozwaną z góry za zarządzanie umową przez cały zakładany dziesięcioletni okres ubezpieczenia, niezależnie od tego, jak długo umowa ta ostatecznie będzie trwać. Zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia ubezpieczony miał prawo do rezygnacji z ubezpieczenia w każdym czasie trwania okresu

ubezpieczenia, składając dyspozycję wypłaty wartości wykupu (§ 18 ust. 1 i 2 Warunków Ubezpieczenia), jednak Warunki Ubezpieczenia nie przewidywały w takiej sytuacji rozliczenia pobranej opłaty transakcyjnej (i wliczonej w nią opłaty za ryzyko). W rezultacie wskazane postanowienia Warunków Ubezpieczenia (§ 14 ust. 1 pkt. 1) i Tabeli opłat i limitów prowadziły do przejęcia przez pozwanego znacznej części wartości wpłaconych przez powoda składek jednorazowych na poczet bliżej niesprecyzowanych w umowie ubezpieczenia kosztów związanych z zarządzaniem, co miało też wpływ na wysokość wypłaconej powodowi wartości wykupu, skoro pobrane środki nie były inwestowane w funduszu kapitałowym. Sytuacja obciążenia powoda znacznymi opłatami transakcyjnymi (kosztami zarządzania umową) za pełny dziesięcioletni okres ubezpieczenia, mimo że stosunek ubezpieczenia uległ rozwiązaniu w drugim roku polisowym (po 14 miesiącach trwania umowy) prowadzi do wniosku, że powyższe regulacje wzorców umowy ukształtowały prawa powoda i jego obowiązki w sposób niedopuszczalny w relacji konsument – przedsiębiorca.

Powyższe zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia doprowadziły do sytuacji, że pozwana przewidziała dla siebie prawo do naliczenia rażąco wysokiej opłaty transakcyjnej (za zarządzanie umową), a powód nie miał możliwości jej uniknięcia czy uchylecia się od obowiązku jej uiszczenia – niezależnie od okoliczności faktycznych danej sprawy, w tym bez uwzględnienia sytuacji rozwiązania stosunków ubezpieczenia przed upływem okresów ubezpieczenia. Strona pozwana bowiem pobrała sama ustaloną przez siebie opłatę w drodze umorzenia udziałów jednostkowych z rachunku udziałów. Wystąpiła tu zatem rażąca dysproporcja praw i obowiązków stron stosunku zobowiązaniowego.

Pozwana wskazywała, że istotną część kosztów, które pokryć miały pobierane opłaty transakcyjne, stanowiła prowizja dla pośrednika ubezpieczeniowego, która wypłacana była za samo doprowadzenie do stosunków ubezpieczenia, niezależnie od tego, jak długo one ostatecznie trwały. Wynagrodzenie pośrednika ubezpieczeniowego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia nie jest jednak wydatkiem związanym z obsługą umowy ubezpieczenia, lecz kosztem działalności towarzystwa ubezpieczeń w ogólności, stanowiąc, jak przypadku wielu innych podmiotów gospodarczych, koszty związane z uzyskaniem konkretnych dochodów.

Przyjęcie stanowiska, że pobierane opłaty za zarządzanie w ramach konkretnych stosunków ubezpieczeniowych mają służyć do zrefundowania tego rodzaju kosztów prowadziłyby do przerzucenia ryzyka prowadzonej działalności gospodarczej na ubezpieczonych. Istotne jest również to, iż przedstawiciel pośrednika nie wyjaśnił powodowi (konsumentowi) w momencie składania deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego, na czym polega przedmiotowa opłata i za jakie wzajemne świadczenia pozwanej jest pobierana.

Z tych też powodów Sąd oddalił wniosek dowodowy pozwanej o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka J. Ś. na okoliczność ponoszenia przez pozwaną kosztów związanych z udzielaniem powodowi ochrony, kosztów akwizycji i wpływu tych kosztów na ustalenie wartości wykupu oraz wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza (postanowienie k. 558v.). Powyższe okoliczności nie miały istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy w kontekście poczynionych wyżej ustaleń. Natomiast charakter prawny umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, podlegał swobodnej ocenie Sądu.

Podkreślić należy, iż w sytuacji, gdy opłata transakcyjna (za zarządzanie) jest pobierana już na początku obowiązywania umowy ubezpieczenia i pochłania znaczną część powierzonych ubezpieczycielowi środków pieniężnych w celu ich inwestycji w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, a umowa nie przewiduje zwrotu odpowiedniej części takiej opłaty w razie rezygnacji z ubezpieczenia w trakcie okresu ubezpieczenia, to tak ukształtowany mechanizm pobierania opłaty uzasadnia wniosek, że opłata w takiej formie stanowi rodzaj sankcji na wypadek wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia, bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami.

Ukształtowane w ten sposób postanowienia umowne naruszają dobre obyczaje, gdyż sankcjonują przejęcie przez ubezpieczyciela znacznej części powierzonych przez ubezpieczonego środków pieniężnych, bez względu na okres faktycznej obsługi ubezpieczenia przez pozwanego, a zatem i w oderwaniu od faktycznie ponoszonych kosztów w ramach konkretnego stosunku ubezpieczenia. Wprowadzenie do wzorców umowy takich postanowień nie może znaleźć akceptacji w kontekście dobrych obyczajów, lecz musi być uznane za działanie rażąco naruszające interesy konsumenta, którym jest powód. Wypełnia to dyspozycję przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. (podobnie S. A. w Warszawie w

wyrokach z 14 maja 2010 r. VI ACa 1175/09 z glosami M. Szczepańskiej i W. Kamińskiego oraz z 26 czerwca 2012 r. VI ACa 87/12).

Biorąc pod uwagę powyższe Sąd stwierdził, że postanowienia § 14 ust. 1 pkt. 1 oraz Tabeli opłat i limitów, zgodnie z którymi (...) było uprawnione do pobierania opłat transakcyjnych w pierwszych sześciu miesiącach polisowych we wskazanej

w Tabeli wysokości, spełniają przesłanki uznania ich za niedozwolone postanowienia umowne w ramach incydentalnej kontroli wzorca umownego, gdyż kształtują one prawa

i obowiązki konsumenta (ubezpieczonego) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszają jego interes. W konsekwencji Sąd uznał, że pozwana bezpodstawnie pobrała ze środków wpłaconych przez powoda tytułem składek jednorazowych opłaty transakcyjne w łącznej sumie 56.757 zł. Skoro postanowienia wzorców umowy w zakresie opłaty transakcyjnej zostały uznane za abuzywne, to zgodnie z art. 385<sup>(1)</sup> § 1 k.c. w tym zakresie uważa się je za nieistniejące. Tym samym umowa nie przewiduje prawa pozwanej do pobierania opłaty transakcyjnej.

Roszczenie powoda o zwrot powyższej sumy znajduje uzasadnienie w przepisach

o bezpodstawnym wzbogaceniu (art. 405 i nast. k.c.) W myśl art. 405 k.c., kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości. Zobowiązanie

z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia powstaje przy zaistnieniu trzech przesłanek. Po pierwsze, korzyść musi być uzyskana bez podstawy prawnej, co ma miejsce, gdy u jej podstaw nie leży ani czynność prawna, ani przepis ustawy, ani orzeczenie sądu lub decyzja administracyjna. Po drugie, korzyść musi mieć wartość majątkową, możliwą do określenia w pieniądzu. Po trzecie, korzyść musi być uzyskana kosztem innej osoby, co oznacza istnienie powiązania pomiędzy wzbogaceniem po jednej stronie, a zubożeniem po drugiej stronie. Szczególnym rodzajem bezpodstawnego wzbogacenia jest tzw. świadczenie nienależne, o którym mowa w art. 410 k.c. Świadczenie jest nienależne w sytuacjach określonych w art. 410 § 2 k.c., w tym również w przypadku, gdy spełniający świadczenie nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył. Sytuacje kwalifikowane jako świadczenie nienależne zakładają uzyskanie korzyści majątkowej w następstwie świadczenia, czyli zachowania zmierzającego do wykonania zobowiązania. W niniejszej sprawie pobranie przez pozwaną części środków pochodzących ze składek jednorazowych wpłaconych przez powoda w kwocie 56.757 zł nastąpiło bez właściwej podstawy prawnej, zatem pozwana stała się bezpodstawnie wzbogacona kosztem powoda w zakresie tej kwoty. Wobec tego pozwana obowiązana jest do zwrotu tej kwoty powodowi. Jednocześnie mając na uwadze niedozwolony charakter przedmiotowych zapisów, pozwana musiała się liczyć z obowiązkiem zwrotu powyższej kwoty powodowi.

Powodowi należą się również odsetki ustawowe od powyższej należności z tytułu opóźnienia. Stosownie do art. 481 § 1 i 2 k.c., jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności, a jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych. Termin zapłaty wskazanej sumy nie był oznaczony, ani nie wynikał z właściwości zobowiązania, zatem świadczenie to powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu pozwanego do zapłaty (art. 455 k.c.). Jako że powód wezwał pozwanego do zwrotu pobranych opłat transakcyjnych w dniu 12 kwietnia 2016 r., wyznaczając termin 14 dni do zapłaty, to termin ten upłynął 26 kwietnia 2016 r. Pozwana znalazła się zatem w opóźnieniu w zapłacie w dniu 27 kwietnia 2016 r., co uzasadniało zasądzenie odsetek od tej daty, zgodnie z żądaniem pozwu.

Niezasadny był zarzut przedawnienia powyższych roszczeń powoda podniesiony przez pozwaną. Dochodząc zwrotu nienależnie pobranych opłat transakcyjnych powód nie dochodził roszczeń z umowy ubezpieczenia, lecz z tytułu nienależnego świadczenia. Nie znajdował tu więc zastosowania trzyletni termin przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia określony w art. 819 § 1 k.c., lecz ogólne terminy przedawnienia określone

w art. 118 k.c. Świadczenie polegające na zwrocie nienależnego świadczenia jest świadczeniem jednorazowym, które przedawnia się z upływem 10 lat. Roszczenia powoda

o zwrot nienależnie pobranych środków na poczet opłat transakcyjnych (pobranych przez pozwanego w okresie od sierpnia 2012 r. do października 2013 r.) nie przedawniły się zatem przed wniesieniem pozwu, co miało miejsce w dniu 31 maja 2016 r.

Mając powyższe na uwadze, Sąd orzekł jak w sentencji wyroku na podstawie powołanych wyżej przepisów.

O kosztach procesu Sąd orzekł, zgodnie z zasadą stosunkowego rozdzielenia kosztów i wzajemnej kompensacji (art. 100 zd. 1 k.p.c.). Z dochodzonej kwoty 86.039,11 zł Sąd zasądził na rzecz powoda kwotę 56.757 zł. Powód wygrał zatem sprawę w 66%, a przegrał w 34%, zaś w tym stosunku wygrała sprawę pozwana. Zatem strony powinny ponieść koszty w następujących udziałach: powód w 34%, pozwana w 66%.

Koszty powoda niezbędne do celowego dochodzenia praw w niniejszej sprawie wyniosły łącznie 11.519 zł, na co składają się uiszczona opłata sądowa od pozwu w wysokości 4.302 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa procesowego w wysokości 17 zł i wynagrodzenie pełnomocnika procesowego w wysokości 7.200 zł, ustalone stosownie do § 2 pkt. 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców, w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia pozwu (tekst jedn.: Dz.U. z 2015 r., poz. 1804). Powód ma zatem prawa do zwrotu kosztów procesu w kwocie 7.602,54 zł (11.519 zł x 66%).

Na łączne koszty pozwanej 7.217 zł składała się opłata skarbową od pełnomocnictwa procesowego w wysokości 17 zł i wynagrodzenie pełnomocnika procesowego w wysokości 7.200 zł, ustalone analogicznie jak w przypadku powoda. Pozwana ma zatem prawo do zwrotu kosztów procesu w kwocie 2.453,78 zł (7217 zł x 34%).

Po wzajemnej kompensacji pozwana zobowiązana jest zwrócić powodowi część kosztów postępowania w wysokości 5.148,76 zł (7.602,54 zł - 2.453,78 zł).

Na podstawie art. 107 k.c. zdanie trzecie Sąd oddalił wniosek interwenienta ubocznego o zasądzenie kosztów procesu od powoda na jego rzecz. W tym przypadku Sąd ma możliwość, a nie obowiązek przyznania kosztów procesu interwenientowi ubocznemu od przeciwnika, obowiązanego do zwrotu kosztów procesu. Mając na uwadze, iż powód wygrał proces w 66% Sąd uznał, iż nie jest zasadnym przyznawanie kosztów procesu interwenientowi ubocznemu od powoda.

(...)

28.06.2018 r.