

**Sygn. akt XXVC 940/16**

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 września 2018 r.

**Sąd Okręgowy w Warszawie, Wydział XXV Cywilny** w składzie:

Przewodniczący: SSR del. Michał Jakubowski

Protokolant: Łukasz Grochowski

po rozpoznaniu w dniu 27 sierpnia 2018 r. w Warszawie na rozprawie sprawy

z powództwa **A. G.**

przeciwko **Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą we W.**

o ustalenie nieważności umowy i zapłatę ewentualnie o ustalenie i zapłatę

orzeka

1. Powództwo główne oddala w całości.
2. Zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz powoda A. G. kwotę 18 179,11 zł (osiemnaście tysięcy sto siedemdziesiąt dziewięć złotych jedenaście groszy) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 08 lipca 2016 r. do dnia zapłaty.
3. W pozostałym zakresie, co do roszczenia ewentualnego, powództwo oddala.
4. Zasądza od powoda A. G. na rzecz pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. kwotę 3 007,09 zł (trzy tysiące siedem złotych dziewięć groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu.

**Sygn. akt XXV C 940/16**

## UZASADNIENIE

Pozwem z 17 czerwca 2016 r. (data prezentaty) A. G. wystąpił przeciwko Towarzystwu (...) S.A. we W. o: ustalenie, że umowa (...) na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), potwierdzona certyfikatem nr (...) jest nieważna w całości oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 79 462,08 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 05 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty ewentualnie, że postanowienia umowy (...) grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...)”, potwierdzona certyfikatem nr (...), na podstawie których pobrana została od powoda opłata likwidacyjna w kwocie 18 179,11 zł stanowią klauzule niedozwolone w rozumieniu art. 385<sup>(1)</sup> k.c. i jako takie nie wiążą stron oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 18 179,11 zł tytułem zwrotu pobranych przez pozwanego od powoda opłat w związku z rozwiązaniem umowy nr (...), które to zostały pobrane na podstawie bezskutecznych postanowień umowy wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 05 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty. Powód wniósł nadto o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko, powód wskazał, iż przedmiotowe roszczenie wywodzi z tytułu umowy ubezpieczenia z kapitałowym funduszem inwestycyjnym (...) zawartej z Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą we W. w dniu 28 października 2010 r. Powód przystępując do ubezpieczenia został wprowadzony w błąd, co do cech produktu, sposobu obliczania wartości rachunku, pobieranych opłat. Ponadto zapisy wzorca umownego przewidujące pobieranie

wysokiej opłaty likwidacyjnej są abuzywne, nie wiążą powoda jako konsumenta. W związku z powyższym powód złożył pozwanemu jak i podmiotowi pośredniczącemu w zawarciu umowy oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu. Powód w chwili zawierania umowy działał w mylnym przekonaniu, że podpisując deklarację przystąpienia stał się stroną umowy zawartej z TU na (...) S.A., a ponadto był przeświadczony i przekonywany przez pośrednika, że przystępuje do produktu inwestycyjnego, którego działanie będzie oparte na nabywaniu akcji oraz obligacji, będących przedmiotem obrotu na rynku regulowanym. Tymczasem z umowy nie sposób określić od jakich czynników uzależniona jest wartość indeksu bankowego (...) (...) (...), od którego praktycznie wyłącznie uzależniona była wycena zainwestowanych środków.

Powód zarzucał także pozwanemu, iż warunki przedmiotowej umowy nie zostały przedstawione powodowi. Nie zostały mu również przekazane jakiejkolwiek informacje na temat sposobu wyceny indeksu wskazanego w §4 ust. 3 i ust. 5 Regulaminu. Ubezpieczony na którym spoczywa cały ciężar inwestycji, nie zna sposobu w jaki jest wyliczana wartość indeksu (...) (...) (...), ani założeń przyjętych przy jego wycenie. Takich informacji nie sposób odnaleźć ani w Warunkach Ubezpieczenia ani w Regulaminie. Powód tytułem składek wpłacił łącznie 123 270,00 zł. Wartość rachunku na dzień rozwiązania umowy wynosiła zaledwie 60 597,03 zł. Zdaniem powoda jednostki uczestnictwa nie były oferowane na rynku i nie były przedmiotem obrotu, zaś wartość jednostki uczestnictwa funduszu była wyliczana w sposób całkowicie niejawnym powodowi. Z tego powodu mając na uwadze treść art. 353<sup>(1)</sup> k.c. w zw. z art. 58 k.c., należy uznać przedmiotową umowę ubezpieczenia za nieważną, gdyż niedopuszczalne jest by dłużnik mógł zwolnić się z zobowiązania poprzez spełnienie świadczenia, którego kształt i wysokość nie jest znana stronom, a także jest ustalana arbitralnie przez samego dłużnika.

Zdaniem powoda, uzasadnieniem unieważnienia umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń jest także art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy z 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym. Powód zdecydował się na przystąpienie do umowy za namową przedstawiciela pozwanego (...) Bank S.A. Przedstawiciel pozwanego przedstawił powodowi produkt w sposób nierzetelny, nieprawdziwy, zatajając informacje dotyczące ryzyka produktu. Gwarancja zainwestowanego kapitału o której zapewniał pozwany, nie istnieje. Po ziszczeniu się zdarzeń ubezpieczeniowych, Ubezpieczony może otrzymać jedynie aktualną na tę chwilę wartość rachunku (pozew k. 2-19).

Towarzystwo (...) S.A. w W. w odpowiedzi na pozew wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany podniósł, iż umowa ubezpieczenia do której przystąpił powód jest ważna (powód nie posiada legitymacji do żądania stwierdzenia nieważności umowy), brak jest dowolności ubezpieczyciela w określaniu wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia, ponieważ ich wysokość zależy od wyników inwestycyjnych Funduszu Kapitałowego, na który pozwany nie ma żadnego wpływu. Odnosząc się do zarzutu wprowadzenia powoda w błąd, pozwany podniósł, iż w pismach z 21 marca 2011 r. oraz z 26 czerwca 2013 r., powód uzyskał wiedzę co do okoliczności, o których twierdzi, iż w dacie składania oświadczenia o skorzystaniu z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej był w błędzie. Nawet jeżeli powód pozostawał w błędzie, to dowiedział się o nim przed dniem 29 marca 2015 r. Oświadczenie z 29 marca 2016 r. zostało złożone więc po upływie rocznego terminu, o którym mowa w art. 88 § 2 k.c. Uprawnienie powoda do uchylenia się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu wygasło. Zarzuty dotyczące zastosowania wobec powoda nieuczciwych praktyk rynkowych przy oferowaniu powodowi przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez pracownika (...) S.A., kierowane są do niewłaściwego podmiotu. Pozwany nie posiada w tym zakresie legitymacji procesowej biernej. Ustosunkowując się natomiast do zarzutu abuzywności opłaty likwidacyjnej, powód nie wykazał przesłanek do uznania takiego postanowienia za niedozwolone. Zapisy umowy w tym przedmiocie są jasne, proste i nie budzące wątpliwości. Nadto opłata w wysokości 30% wartości rachunku udziałów nie może zostać uznana za naruszająca interesy powoda w stopniu rażącym. Postanowienia o opłacie likwidacyjnej określają wysokość głównego świadczenia tj. Wartości Wykupu, ponieważ świadczenie to określane jest przez aktualną wartość rachunku udziałów, z drugiej strony przez opłatę likwidacyjną. Powód nie udowodnił także, aby doszło do naruszenia dobrych obyczajów. Ubezpieczony miał wiedzę o ryzyku utraty części środków w przypadku wcześniejszego wystąpienia z umowy ubezpieczenia. Pozwany podniósł nadto zarzut przedawnienia roszczeń powoda

oraz bezskuteczność uchylenia się od skutków oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu (odpowiedź na pozew – k. 60-84).

W toku postępowania strony podtrzymywały dotychczasowe stanowiska. Powód wskazywał dodatkowo, iż w jego ocenie brak określenia sumy ubezpieczenia w oświadczeniu o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia powoduje nieskuteczność oświadczenia o zgodzie na objęcie ubezpieczeniem (art. 829 § 2 k.c.). Przedstawienie wyłącznie wzorów matematycznych, prowadzących do wskazanego wyliczenia nie może decydować o spełnieniu tego obowiązku. Ponadto kwota wypłacana po zakończeniu umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest sumą ubezpieczenia, a nieokreśloną wartością przyszłą uzyskaną w skutek inwestycji w fundusze kapitałowe. Z konstrukcją tą wiążą się nieokreślone wartości, jakimi są Wartość Rachunku oraz niemożliwa do przewidzenia Wartość Jednostki Funduszu w chwili zdarzenia ubezpieczeniowego (pismo procesowe z 25 stycznia 2017 r. – k. 340-342).

### ***Sąd ustalił, co następuje.***

W dniu 28 października 2010 r. A. G. złożył deklarację przystąpienia do ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). Jako ubezpieczającego oznaczono (...) S.A. w W., jako ubezpieczyciela Towarzystwo (...) S.A. we W.. A. G. występował w przedmiotowym stosunku prawnym jako ubezpieczony. Przedstawicielem ubezpieczającego za pośrednictwem którego powód złożył oświadczenie o przystąpieniu do ww. ubezpieczenia grupowego był (...) S.A. w W. (okoliczności bezsporne; dowód: odpis deklaracji przystąpienia – k. 93-93v; odpis Załącznika nr 1 do Deklaracji Przystąpienia – k. 94; wydruk Warunków Ubezpieczenia – k. 26-37; wydruk tabeli opłat i limitów składek – k. 38).

Motywy dla którego powód zdecydował się na przystąpienie do przedmiotowego ubezpieczenia grupowego była konstrukcja produktu. Przewidywała ona osiągnięcie zysku, przy jednoczesnym uniknięciu opodatkowania stosowanego w przypadku lokat bankowych oraz zapewnienie 100% gwarancji ochrony kapitału, mimo inwestycyjnego charakteru (dowód: zeznania w charakterze strony A. G. – k. 289v-290; kopia pisma z 21 marca 2011 r. – k. 48-49; kopia pisma z 26 lipca 2013 r. – k. 50-52).

Przystąpienie przez powoda do rzeczonyj umowy poprzedzone było 2-3 spotkaniami z pracownikiem (...) S.A. w W. – K. S. (obecnie M.). W okresie tym przedstawiciel pozwanego posiadał wewnętrzną procedurę według której sprzedaż poprzedzana była rozmową na temat potrzeb klienta, przedstawieniem prezentacji produktu, regulaminu, ogólnych warunków umowy (dowód: zeznania K. M. – k. 436-437).

Zgodnie z treścią deklaracji przystąpienia, pierwsza składka została ustalona na kwotę 45 000,00 zł. Składkę bieżącą określono na 1 240,00 zł miesięcznie, przy długości okresu odpowiedzialności 180 miesięcy (15 lat). Składka Zainwestowana wynosiła 225 000,00 zł.

Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu wynosiła:  $1\% \times \text{Składka Zainwestowana} + (\text{liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia} \times \text{Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu Ubezpieczonego})$ . Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tego tytułu była D. G..

Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia określono na 100% Wartości Rachunku w Dacie Umorzenia, zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie. Alokacja środków pieniężnych następowała w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...).

A. G. złożył oświadczenie woli wedle którego wyraża zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo (...) S.A. we W. zgodnie z ww. Warunkami (...). Podpisując deklarację przystąpienia, Ubezpieczony potwierdził odbiór stanowiących integralną część przedmiotowego stosunku prawnego: Warunków (...), Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...), Tabeli Opłat i Limitów Składek, Załącznika nr 1 do Deklaracji Przystąpienia (dowód: odpis deklaracji przystąpienia – k. 93-93v).

Przedmiotem ubezpieczenia było życie Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa była udzielana przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu na wypadek zgonu Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności. Ponadto celem ubezpieczenia było gromadzenie i inwestowanie środków finansowych Ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (d: Rozdział 2 ust. 1 i 2 WU – k. 27).

Do zapłaty Składek Bieżących oraz Składki Pierwszej zobowiązany był Ubezpieczający. Ubezpieczyciel i Ubezpieczający dopuszczali możliwość sfinansowania przez Ubezpieczonego zadeklarowanych Składek Bieżących oraz Składki Pierwszej (d: Rozdział 5 ust. 1 WU – k. 28).

Szczegółowy sposób obliczenia Składki Bieżącej oraz Składki Zainwestowanej został określony odpowiednio w Rozdziale 5 i 6 Warunków Ubezpieczenia (k. 28-29). Opłaty w Rozdziale 8 Warunków Ubezpieczenia (k. 30). Sposób ustalania i wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego w Rozdziale 10 Warunków Ubezpieczenia (k. 31). Rezygnacja z Ubezpieczenia i Całkowity Wykup w Rozdziale 14 Warunków Ubezpieczenia (k. 33-34). Definicje umowne wedle których należy rozumieć poszczególne pojęcia zawarte w Warunkach Ubezpieczenia w Rozdziale 1 (k. 26-27).

Sprecyzowanie Warunków Umowy, zwierały postanowienia Regulaminu (k. 35-37). Powstanie i cel Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego § 3 (k. 35). Strategia Inwestycyjna i Wartość UFK § 4 (k. 35-36). Wartość Jednostki Uczestnictwa § 6 (k. 36). Nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu § 7 (k. 36-37). Umorzenie Jednostek Uczestnictwa § 8 (k. 37). Likwidacja Rachunku § 9 (k. 37). Definicje wyrażen któremi posługiwano się w Regulaminie zawarto w § 2 (k. 35).

Warunki Ubezpieczenia przewidywały w Rozdziale 14 możliwość rezygnacji z ubezpieczenia. Zgodnie z jego zapisami w razie rezygnacji z ubezpieczenia i całkowitego wykupu ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu w wyniku inwestycji) (ust. 6 – k. 33). Wypłata środków powinna nastąpić w ciągu 35 dni od rozwiązania umowy (ust. 10 – k. 34).

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek opłata likwidacyjna przez pierwsze cztery lata trwania okresu odpowiedzialności wynosiła 75% Wartości Rachunku. W latach następnych jej wysokość malała wynosząc po okresie 5 lat – 50%, 6 lat – 30%, 7 lat – 20%, 8 lat – 15%, 9 lat – 10%, 10 lat – 5%, 11 lat – 4%, 12 lat – 3%, 13 lat – 2%, 14 lat – 1%, 15 lat – 1% Wartości Rachunku. Ubezpieczyciel naliczał ponadto od Składki Zainwestowanej, Opłatę Administracyjną w wysokości 1,28% w skali roku, Opłatę za ryzyko w wysokości 0,033% w skali roku, wliczoną w Opłatę Administracyjną (okoliczność bezsporna; dowód: Tabela Opłat i Limitów Składek - k. 38).

A. G. tytułem płatności Pierwszej Składki dokonał w dniu 09 listopada 2010 r. na umowny rachunek bankowy wpłaty kwoty 46 240,00 zł. Kwota zlecenia po pobraniu opłaty administracyjnej w wysokości 240,00 zł opiewała na 46 000,00 zł. Sztynna cena Jednostki Uczestnictwa w Funduszu wynosiła 200,00 zł. Za kwotę pierwszej składki dokonano nabycia 230 Jednostek Uczestnictwa w Funduszu.

Od 09 grudnia 2010 r. do 09 grudnia 2015 r. powód dokonał tytułem płatności Składek Bieżących wpłat pieniężnych w łącznej wysokości 75 640,00 zł. Od każdej z przedmiotowych wpłat, pobierana była przez pozwanego Opłata Administracyjna w kwocie 240,00 zł. Cena Kupna Jednostki Uczestnictwa w Funduszu w powyższym okresie wahała się od 5,10 zł do 94,84 zł.

Powód tytułem wykonania przedmiotowego zobowiązania wpłacił na rachunek umowy łącznie 121 880,00 zł. Z kwoty tej pobrano 14 880,00 zł Opłaty Administracyjnej. Łączna kwota zlecenia za którą dokonano ww. okresie kupna 4 372 Jednostek Uczestnictwa w Funduszu opiewała na 107 000,00 zł (dowód: wyciąg z rachunku – k. 95).

Pismami z dnia 21 marca 2011 r. oraz 26 lipca 2013 r. (...) S.A. przedstawiło powodowi stan rachunku inwestycyjnego, a także zasady planu systematycznego oszczędzania (...). W treści pierwszego z ww. pism wskazano, iż (...) jest

produktem oferowanym w formie grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (dowód: kopia pisma z 21 marca 2011 r. – k. 48-49; kopia pisma z 26 lipca 2013 r. – k. 50-52).

A. G. w dniu 18 stycznia 2016 r. złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia (...). Wartość Rachunku na dzień Całkowitego wykupu wynosiła 60 597,03 zł. Wartość Jednostki Uczestnictwa w Funduszu na dzień 28 stycznia 2016 r. wynosiła 13,86 zł. Pozwany od kwoty Wartości Rachunku dokonał potrącenia 30% Oplaty Likwidacyjnej w wysokości 18 179,11 zł, wypłacając powodowi ostatecznie 42 417,92 zł (okoliczność bezsporna; dowód: wydruk potwierdzenia złożenia dyspozycji – k. 53-54; wyciąg z rachunku – k. 95).

Oplata Likwidacyjna stanowi wyrównanie poniesionych przez ubezpieczyciela kosztów: koszty dystrybucji (prowizja dla pośrednika), koszty wdrożenia produktu, koszty administracyjne, koszty obsługowe, koszty likwidacji, koszty świadczenia ochrony ubezpieczeniowej (dowód: zeznania M. S. – k. 264v-265; zeznania P. M. – k. 330-330v).

Pismem z 29 marca 2016 r. powód złożył Towarzystwu (...) S.A. we W. oraz (...) S.A. w W. oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego dnia 28 października 2010 r. na podstawie którego powód przystąpił do ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...).

Powód oświadczył, iż w chwili podpisywania umowy działał w mylnym przekonaniu, że podpisując deklarację przystąpienia stał się stroną umowy zawartej z (...) S.A. Ponadto powód wskazał, iż składając deklarację był przeświadczony i przekonany przez pośrednika, że przystępuje do produktu inwestycyjnego, którego działanie będzie oparte na nabywaniu akcji oraz obligacji, będących przedmiotem obrotu na rynku regulowanym. Jednocześnie wskazano, iż błąd został wykryty w dniu 29 lutego 2016 r. podczas konsultacji z prawnikiem, po przedstawieniu dokumentacji umowy. Wskazując na powyższe powód wezwał pozwanego do zwrotu całości wpłaconych składek oraz przesłania końcowego rozliczenia umowy (dowód: pismo z 29 marca 2016 r. wraz z potwierdzeniami nadania przesyłek pocztowych – k. 42-43).

Pozwany odmówił uwzględnienia powyższego stanowiska powoda (dowód: kopia pisma z 25 kwietnia 2016 r. – k. 44-47).

Za podstawę ustaleń faktycznych w rozpoznawanej sprawie Sąd przyjął dokumentację zgromadzoną w aktach sprawy, a załączoną przez strony. Dokumentacja ta nie była podważana przez żadną ze stron i Sąd również nie znalazł podstaw do kwestionowania jej zgodności z rzeczywistością, dlatego uznał ją za wiarygodne źródło dowodowe.

Sąd wyrokując oparł się również na zeznaniach przesłuchanych w sprawie świadków: M. S., P. M., K. M.. Zeznania dwóch pierwszych z ww. świadków zważywszy na treść spornego wzorca umownego uznać należy za mające marginalne znaczenie dla wyniku postępowania. Tym niemniej obrazują one zgodnie jakie koszty wliczane są przez pozwanego w rzeczoną opłatę likwidacyjną.

Oceniając zeznania K. M. należy zaznaczyć, iż świadek, pośredniczący w procedurze przystąpienia powoda do spornej umowy, w zakresie odnoszącym się do konkretnych czynności w niej podejmowanych zasłaniała się niepamięcią. K. M. przedstawiła wyłącznie ogólną procedurę oferowania produktów innych podmiotów obowiązującą w (...) S.A. Nie stanowią one potwierdzenia, iż w przypadku objętym niniejszym postępowaniem również miała ona zastosowanie. Tym niemniej wobec niepamięci świadka, zeznania powoda w charakterze strony, wskazującego, iż przed przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia nie otrzymał egzemplarza wzorca umowy, nie był informowany o opłatach związanych z umową uznać należy za niewystarczające. Wszakże powód przystępując do spornej umowy podpisał oświadczenia o uprzednim otrzymaniu wzorca umowy oraz zapoznaniu się z jego treścią. Brak jest natomiast obiektywnych i bezstronnych dowodów mogących świadczyć, iż powód przed przystąpieniem do umowy nie otrzymał jej egzemplarza.

Sąd uznał złożone przez pozwanego Towarzystwo (...) kopie materiałów prasowych oraz opinie prywatne sporządzone na zlecenie pozwanego za irrelevantne dla wyniku niniejszego postępowania. Nie dotyczyły one bowiem okoliczności

faktycznych, a jedynie przedstawiały oceny osób trzecich w spornym zakresie. Ocena ta była natomiast w niniejszym postępowaniu zastrzeżona dla Sądu.

W podobnym świetle oceniać należy złożone przez powoda stanowisko Rzecznika Ubezpieczonych w innej sprawie, jak również wniosek o zwrócenie się przez Sąd do Rzecznika Ubezpieczonych celem zajęcia stanowiska w niniejszym postępowaniu. Przedmiotowy wniosek był ponadto spóźniony, jego uwzględnienie prowadziłoby do nieuzasadnionego przedłużenia postępowania.

Przyczyny dla których Sąd oddalił wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu akcjonariatu zostaną wyłożone w dalszej części uzasadnienia.

### **Sąd zważył, co następuje.**

Powództwo zasługiwało wyłącznie na częściowe uwzględnienie.

W celu rozwiania mogących pojawić się wątpliwości, w pierwszej kolejności należało odnieść się do przedmiotu postępowania, a uściślając żądań powoda zawartych w pozwie. Formułując roszczenia w niniejszym postępowaniu, powód reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika procesowego, w dość osobliwy sposób określił w petitum pozwu swoje żądania. Z jednej strony wnosił o uchylenie spornej umowy z powodu jej nieważności ewentualnie ustalenie abuzywnego charakteru Oplaty Likwidacyjnej po czym po rzeczonych roszczeniach, używając spójników łącznych „i” formułował w tych samych punktach petitum pozwu roszczenia o zapłatę kwoty 79 462,08 zł ewentualnie 18 179,11 zł. Przypomnienia wymaga, iż obligatoryjnymi elementami pozwu są dokładnie określone żądanie (petitum) oraz podstawa faktyczna żądania (causa petendi). Tradycyjnie i w uproszczeniu, z punktu widzenia treści prawa lub obowiązku, wyróżnia się powództwa o zasądzenie świadczenia, o ustalenie istnienia bądź nieistnienia stosunku prawnego lub prawa oraz o ukształtowanie stosunku prawnego lub prawa. Przedmiotowe zabiegi gramatyczne pełnomocnika powoda przy formułowaniu roszczeń dochodzonych w niniejszym postępowaniu, zważywszy na treść art. 187 § 1 pkt 1 k.p.c. w żaden sposób nie wpływały na sposób postrzegania przez Sąd żądań powoda dochodzonych w niniejszym postępowaniu. Należało wyraźnie oddzielić ww. roszczenia o ustalenie od roszczeń o zapłatę. Są to bowiem odmienne pod względem procesowym i materialnoprawnym żądania, podlegające odrębnej ocenie.

Powyższa konstatacja nie traci na aktualności, mimo, iż zważywszy na wskazywane w pozwie podstawy faktyczne, roszczenia o zapłatę dla ich uwzględnienia wymagały uprzedniego stwierdzenia nieważności umowy ewentualnie abuzywności jej postanowień w części odnoszącej się do Oplaty Likwidacyjnej. Sąd jedynie przypuszcza, iż pełnomocnik powoda formułując w powyższy sposób żądania w petitum pozwu zamierzał podkreślić zasadność roszczenia o zapłatę tak podstawowego jak i ewentualnego (w uzasadnieniu pozwu w żaden sposób nie odniesiono się do wykazania interesu prawnego w wystąpieniu z powództwem o ustalenie). Rzecz jednakże w tym, iż stosowne zastrzeżenie wobec wymogu jednoznaczności formułowania roszczeń powinno znaleźć się w uzasadnieniu pozwu a nie jego petitum. Z tego względu Sąd ustosunkuje się zarówno do roszczeń o ustalenie jak i o zapłatę.

Ponadto w treści uzasadnienia pozwu, powód odwołał się do treści art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym. Żądanie tam zawarte, w żaden jednakże sposób nie przekłada się na roszczenia formułowane w pkt 1 i 2 petitum pozwu. Kwestia ta zostanie poruszona w dalszej części uzasadnienia.

Roszczenia o ustalenie zawarte w pkt 1 i 2 petitum pozwu podlegały a limine oddaleniu z uwagi na brak interesu prawnego w rozumieniu art. 189 k.p.c. Powodowi służyły bowiem roszczenia dalej idące o zapłatę, które zresztą realizował w niniejszym postępowaniu (w zakresie interesu prawnego zob. m.in. wyrok SN z 15 października 2002 r. II CKN 833/00, Lex nr 483288; wyrok SN z 30 listopada 2005 r. III CK 277/05, Lex nr 346213; wyrok SN z 02 lutego 2006 r. II CK 395/05, Lex nr 192028; wyrok SN z 29 marca 2012 r., I CSK 325/11, Lex nr 1171285; wyrok SN z 05 września 2012 r., IV CSK 589/11, Lex nr 1232242).

Pochylając się nad roszczeniem o zapłatę tak podstawowym jak i ewentualnym, punktem wyjścia dla ich oceny jest ustalenie czy powód składając na piśmie oświadczenie woli z 29 marca 2016 r. skutecznie uchylił się od skutków

prawnych swojego oświadczenia woli z 28 października 2010 r. o przystąpieniu do spornej umowy. Skuteczne uchylenie się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu czyni bowiem dany stosunek prawny nieważnym *ex tunc*. Świadczenie spełnione w jego wykonaniu jest świadczeniem nienależnym (art. 410 § 2). Podstawą żądania jego zwrotu są przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu w związku z art. 410 § 1 k.c.

Wskazywaną przez powoda wadę oświadczenia woli reguluje art. 84 k.c. Stosownie treści tegoż przepisu w razie błędu co do treści czynności prawnej można uchylić się od skutków prawnych swego oświadczenia woli. Jeżeli jednak oświadczenie woli było złożone innej osobie, uchylenie się od jego skutków prawnych dopuszczalne jest tylko wtedy, gdy błąd został wywołany przez tę osobę, chociażby bez jej winy, albo gdy wiedziała ona o błędzie lub mogła z łatwością błąd zauważyć; ograniczenie to nie dotyczy czynności prawnej nieodpłatnej (§1). Można powoływać się tylko na błąd uzasadniający przypuszczenie, że gdyby składający oświadczenie woli nie działał pod wpływem błędu i oceniał sprawę rozsądnie, nie złożyłby oświadczenia tej treści (błąd istotny).

Powód jako przyczyny uchylenia się od skutków prawnych oświadczenia woli z 28 października 2016 r. wskazywał:

1. mylne wyobrażenie, iż powód przystępując do umowy grupowego ubezpieczenia na życie stał się stroną tejże umowy.
2. mylne przekonanie, iż powód przystępuje do produktu inwestycyjnego, którego działanie oparte jest na nabywaniu akcji oraz obligacji będących przedmiotem na rynku regulowanym.
3. mylne przeświadczenie, iż wartość rachunku jest bezpośrednio powiązana z kursem akcji nabytych do portfela funduszu, podczas gdy z umowy nie sposób ustalić od jakich czynników uzależniona jest wartość indeksu bankowego (...) (...) (...).

Błąd w rozumieniu art. 84 k.c., jako wada oświadczenia woli dotyczy niewątpliwie sfery wewnętrznej podmiotu składającego oświadczenie woli. Nie oznacza to jednakże, iż ocena jego skuteczności opiera się wyłącznie na oświadczeniu tejże osoby o wystąpieniu określonego błędu. Sąd badając skuteczność tego rodzaju oświadczeń woli, bada czy w konkretnych okolicznościach faktycznych, przeciętny, rozsądnie postępujący człowiek faktycznie mógłby pozostawać w błędnym przekonaniu co do faktycznej treści czynności prawnej. Ocena wystąpienia błędu musi zostać zatem poprzedzona analizą zewnętrznych okoliczności poprzedzających, towarzyszących złożonemu oświadczeniu woli, jak również tych, które nastąpiły już po złożeniu oświadczenia woli, a mogących mieć znaczenie dla oceny wyobrażenia strony o skutkach podjętej czynności prawnej. Wymaga to w szczególności uwzględnienia celu gospodarczego, jaki strona, która złożyła oświadczenie woli, chciała osiągnąć, skonfrontowania tego celu z treścią czynności prawnej, oceny stopnia skomplikowania zamierzonej i podjętej czynności prawnej, okoliczności subiektywnych dotyczących możliwości oceny rzeczywistych skutków prawnych dokonanej czynności prawnej przez osobę, która powołuje się na błąd, oraz zachowania się drugiej strony poprzedzającego dokonanie tej czynności, w tym wyrażanym przez nią wobec drugiej strony ocenom dotyczącym skutków prawnych, jakie miała wywołać czynność prawna. Nie można bowiem wykluczyć możliwości wystąpienia błędu, gdy strona - po wyeliminowaniu czynników zewnętrznych towarzyszących złożonemu oświadczeniu woli - dostrzegłaby rzeczywiste znaczenie prawne dokonywanej przez siebie czynności prawnej, jednakże przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności poprzedzających oraz towarzyszących złożonemu oświadczeniu woli, mylnie rozumiała znaczenie dokonywanej czynności prawnej. Granicą, która wyklucza możliwość powołania się na "błąd", jest sytuacja, gdy mylne wyobrażenie o skutkach prawnych złożonego oświadczenia woli zostało spowodowane niedbalstwem strony w zapoznaniu się z treścią składanego przez nią oświadczenia woli (zob. m.in. wyrok SN z 08 marca 2012 r., III CSK 221/11, LEX nr 1164737).

Zdaniem Sądu, rzekome mylne wyobrażenie powoda, co do stron umowy grupowego ubezpieczenia na życie, biorąc pod uwagę ustalone przez Sąd okoliczności faktyczne, nie mogło doprowadzić do oczekiwanego obecnie przez powoda rezultatu. Punktem wyjścia dla tejże oceny, jak również pozostałych podnoszonych przez powoda zastrzeżeń jest okoliczność, iż powód (jak wynika z pisemnych oświadczeń zawartych w deklaracji przystąpienia) otrzymał i zapoznał się z treścią umowy oraz jej załącznikami. Powodowi nie udało się wykazać okoliczności odmiennej. Z treści stosunku prawnego do którego przystąpił powód, w sposób jednoznaczny i niebudzący wątpliwości wynika natomiast, kto jest stroną umowy grupowego ubezpieczenia na życie, kto ubezpieczonym oraz kto obowiązany jest do zapłaty umówionej

składki. Powód obiektywni rzecz ujmując, nie mógł z tego względu mieć jakichkolwiek wątpliwości (zob. Rozdz. 1 pkt 24, 25, 26 WU – k. 26-27; Rozdz. 5 ust. 1 WU – k. 28). Co więcej model umowy w którym ubezpieczony nie jest stroną umowy, jak słusznie zauważył pozwany jest w pełni dopuszczalny przez prawo. Ubezpieczenie na cudzy rachunek przewidziane jest w art. 808 § 1 k.c. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. Ubezpieczonemu w takim modelu ubezpieczenia służą pewne uprawnienia względem ubezpieczyciela (przede wszystkim – uprawnienie do żądania zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, (art. 808 § 3 k.c.), nie staje się natomiast stroną umowy ubezpieczenia grupowego. Zasadniczo roszczenie o zapłatę składki w takiej sytuacji przysługuje tylko wobec ubezpieczającego, jednak w praktyce w tzw. ubezpieczeniach grupowych (ubezpieczeniach na rzecz osoby trzeciej, do której ubezpieczeni przystępują w oparciu o deklaracje składane ubezpieczającemu) dominuje model opłacania składki bezpośrednio lub pośrednio przez ubezpieczonego. Tak było i w rozpoznawanej sprawie – to powód uiszczał składki, co znalazło zresztą swój wyraz w konstrukcji warunków ubezpieczenia.

Niezależnie od trafności powyższej oceny zwrócić należy także uwagę, iż nawet gdyby powód faktycznie pozostawał w błędnym przekonaniu co do stron przedmiotowej umowy, to zważywszy na pozostałe postanowienia umowne, w tym odnoszące się do osoby uposażonej w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnionej do odbioru świadczenia po upływie okresu ubezpieczenia tudzież odstąpienia bądź rozwiązania umowy – omawiany błąd, nie mógł być uznany za błąd istotny. Beneficjentem uprawnionym do odbioru świadczenia pozostawał bowiem sam ubezpieczony tudzież wskazana przez niego osoba bliska (uposażony).

W przypadku dwóch pozostałych rzekomych przyczyn błędu powoda, trzeba zauważyć, iż w umowie do której przystąpił powód, wyraźnie określono w jakie instrumenty finansowe będą inwestowane środki wpłacane przez powoda (vide: § 4 Regulaminu – k. 35-36). Regulamin wyraźnie wskazywał, iż wpłacane przez Ubezpieczonego Składka Pierwsza oraz Składki Bieżące pomniejszone o Oplatę Administracyjną lokowane są w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) poprzez nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu (§3 ust. 1 Regulaminu – k. 35). Środki Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego lokowane natomiast są do 100% w certyfikaty wyemitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...) (...) (...). Indeks ten umożliwia uzyskanie dynamicznie dostosowanej ekspozycji na rynek akcji powiązanych z krajami rozwijającymi się oraz na rynek obligacji amerykańskich. Strategia inwestycyjna indeksu, w przypadku zanotowania trendu spadkowego zwiększa ekspozycję na rynek obligacji amerykańskich (§4 ust. 3 i 4 Regulaminu – k. 36). Analizując treść spornej umowy, nie sposób przyjąć aby powód, w przypadku zapoznania się z zapisami Regulaminu, mógł pozostawać w opisywanym przez siebie błędnym przekonaniu wskazywanym w ww. pkt 2.

Zdaniem Sądu, głębszej analizy wymagają zastrzeżenia podnoszone przez powoda w ww. pkt 3. Nie chodzi tu przy tym o rzekomy brak możliwości zweryfikowania w jaki sposób ustalana jest wartość wirtualnego indeksu (...) (...) (...). Podobnie jak w przypadku klasycznych indeksów giełdowych, jest on zależny od aktualnej koniunktury, popytu, podaży, na inwestowanych rynkach, nie sposób określić czy też przewidzieć jego wahań, pozwany nie ma wpływu na wartość tegoż indeksu, gdyż nie zarządzał nim. W przypadku trendów wzrostowych, kapitał w ramach tegoż indeksu inwestowany był w akcje w krajach rozwijających się, a więc instrumenty finansowe mogące przynieść duży zysk ale także obciążane ryzykiem straty, co wpisane jest w ich istotę. W przypadku wystąpienia trendów spadkowych, aktywa przenoszone były w obligacje oferowane na rynku amerykańskim, a zatem instrumenty finansowe o mniejszej stopie zwrotu, jednakże obarczone mniejszym ryzykiem inwestycyjnym. W tym zakresie w ocenie Sądu powód posiadając podstawową wiedzę z zakresu ekonomii (którą z uwagi na posiadane wykształcenie ekonomiczne z pewnością posiadał) nie mógł mieć jakichkolwiek zastrzeżeń.

Istota problemu w ramach badania wad oświadczeń woli w niniejszym postępowaniu, sprowadza się, zdaniem Sądu, nie do wartości rzeczoności indeksu (jego wartość jest na bieżąco publikowana – Kod B.: (...)) jak błędnie podaje powód, lecz sposobu wyceny wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Złożona konstrukcja Umowy, bez rzetelnej wiedzy i informacji posiadanych na dzień przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie mogła bowiem prowadzić do błędnego przekonania, co do opłacalności oferowanego produktu ubezpieczeniowo – inwestycyjnego, a tym samym mogła wpływać na decyzję konsumenta o przystąpieniu do



umowy. Zwrócić należy bowiem uwagę, iż Aktywa netto UFK w myśl Regulaminu wyceniane były przez samego Ubezpieczyciela „według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny” (§4 ust. 2 Regulaminu – k. 35). Przypomnieć należy, iż sporny produkt oferowany był jako bezpieczny, gwarantujący ochronę 100% zainwestowanej składki. Zwrócić należy jednakże uwagę, iż Ubezpieczyciel odmienne określał wysokość wypłacanego świadczenia w przypadku dożycia końca okresu ubezpieczenia, a odmienne w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy przez Ubezpieczonego, nie podając przy tym żadnych informacji wskazujących w jaki sposób wyceniany jest przez niego UFK, co pozwalałoby konsumentowi na ocenę ryzyka przystąpienia do tego rodzaju produktu.

W pierwszym przypadku świadczenie było obliczane w oderwaniu od szacowanej przez Ubezpieczyciela wartości UFK. Wartość Rachunku obliczano w oparciu o wartość certyfikatów emitowanych przez (...) gwarantowane przez Bank (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...) (...) E. I.. Na dzień zakończenia Okresu odpowiedzialności wartość certyfikatów w myśl Regulaminu, zapewniała ochronę wartości nominalnej odpowiadającej Składce Zainwestowanej, dodatkowo inwestycja mogła przynieść zysk w przypadku dodatniego ww. indeksu na dzień zakończenia umowy (§4 ust. 5 Regulaminu – k. 36). W przypadku świadczenia wypłaconego w razie wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia, sytuacja kształtowała się zgoła odmiennie. W ramach Całkowitego wykupu, wypłacana kwota stanowiła równowartość Wartości Rachunku (pomijając Oplatę Likwidacyjną), którą stanowiła ilość nabytych Jednostek Uczestnictwa w UFK pomnożona przez Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu obowiązującej w Dacie Umorzenia (Rozdział 14 ust. 5 WU – k. 33; §8 ust. 1 - 2 oraz §9 ust. 1 -3 – k. 37). Znamionym jest w kontekście ustalania przez Ubezpieczyciela wartości rynkowej UFK od którego uzależniona była wartość Całkowitego Wykupu jest fakt, iż w przypadku Alokacji pierwszej składki stanowiącej 20% Składki Zainwestowanej (w przypadku powoda była to kwota 46 000,00 zł) dla wartości Jednostki Uczestnictwa, Ubezpieczyciel przewidywał stałą kwotę 200 zł, podczas gdy dla składek bieżących przewidziano zmienną wartość, uzależnioną od wyceny Ubezpieczyciela. W przypadku pierwszej składki, ubezpieczony jak wynika ze złożonego przez pozwanego wyciągu (k. 95), w związku ze sztywną ceną Jednostki Uczestnictwa nabył mniejszą ich liczbę. Wartość jednostek wycenianych przez Ubezpieczyciela przez 62 miesiące ubezpieczenia nigdy nie przekroczyła natomiast wartości 100 zł. Zwrócić należy w powołanym świetle, iż świadek K. M. nie wskazała aby wewnętrzne procedury (...) S.A. obejmowały udzielanie klientowi informacji o odmiennych sposobach obliczania wartości świadczenia w przypadku, wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia, wartości UFK stanowiącego wyznacznik wysokości świadczenia w przypadku wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia i możliwych z tego powodu stratach (poza wysoką Oplatą Likwidacyjną), co wszakże także mogło mieć wpływ na decyzję konsumenta, planującego inwestycję znacznych środków pieniężnych w założeniu bezpieczny długoterminny produkt, umożliwiający osiągnięcie zysku wyższego aniżeli lokata bankowa, przy jednoczesnej gwarancji zwrotu Składki Zainwestowanej. W ocenie Sądu sposób przedstawiania oferty pozwanego, brak pełnej informacji przy wyeksponowaniu zalet produktu (bezpieczna forma inwestowania kapitału, gwarancja zwrotu) mógł mieć wpływ na wyobrażenie powoda co do cech produktu do którego przystępuje.

Rzecz jednakże w tym, iż powód otrzymał rzetelną informację, opisującą w sposób przystępny, jasny i zrozumiały dla przeciętnego konsumenta zasady i mechanizmy działania produktu do którego przystąpił już w piśmie (...) S.A. z 21 marca 2011 r. (k. 48-49). Na dzień otrzymania przedmiotowego pisma (najpóźniej otrzymania pisma z 26 lipca 2013 r. o analogicznej w swoim wydźwięku treści – k. 50-52), w związku z zawartymi w nich informacjami, powód nie mógł pozostawać już w błędnym przekonaniu co do istoty umowy ubezpieczenia do której przystępuje. Znając zasady funkcjonowania ubezpieczenia, wyłożone w jasny i przystępny sposób w ww. pismach, posiadając corocznie otrzymywane informację o wartości rachunku, powód nie mógł w dalszym ciągu pozostawać w błędnym przekonaniu co do wszystkich istotnych cech produktu.

Z tego względu należało skonstatować, iż uprawnienie powoda do złożenia pisemnego oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia z 28 października 2010 r. wygasło najpóźniej w 2014 r. Uprawnienie do uchylenia się od skutków prawnych oświadczenia woli, które zostało złożone innej osobie pod wpływem błędu wygasa bowiem z upływem roku od jego wykrycia (art. 88 § 2 k.c.). W ocenie Sądu, powód zapoznając się z treścią ww. pism (które z

pewnością otrzymał, skoro sam je przedstawił wraz z pozwem) nie mógł pozostawać już w błędnym przekonaniu co do zasad obowiązujących w ramach umowy ubezpieczenia do której przystąpił.

Przystępując do badania zasadności roszczenia powoda o zapłatę opartego na zarzucie nieważności spornej umowy na zasadach ogólnych (art. 58 k.c. w zw. z art. 353<sup>(1)</sup> k.c.), wynikających z Kodeksu cywilnego zasadniczą kwestią wstępną wymagającą wyjaśnienia przed właściwym ustosunkowaniem się przez Sąd do koncepcji powoda, jest podnoszony przez pozwanego zarzut braku legitymacji procesowej powoda do formułowania żądania nieważności umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK, ze względu na okoliczność polegającą na tym, iż powód nie jest stroną umów grupowego ubezpieczenia na życie z UFK.

Pochylając się nad zarzutem pozwanego należy zwrócić uwagę, iż powód, w ramach roszczenia o zapłatę (zważywszy na treść uzasadnienia pozwu) nie domaga się wprost stwierdzenia w wyroku nieważności umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK, lecz wywodzi przesłankowo z tegoż faktu zasadność roszczenia o zapłatę od pozwanego kwoty wskazanej w pkt 1 petitum pozwu. Tak skonstruowane roszczenie w żaden sposób nie mogło rozciągać się na prawa i obowiązki pozostałych ubezpieczonych, którzy przystąpili do spornej umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK.

Artykuł 365 § 1 k.p.c., z którego wynika moc wiążąca prawomocnego orzeczenia w stosunku do sądu, stron, osób trzecich nie reguluje wprost przedmiotowych granic mocy wiążącej orzeczenia, co wywołuje wątpliwości co do zakresu tego związania. Wyznaczając te granice należy mieć przede wszystkim na względzie, że wyrok jest rozstrzygnięciem o konkretnym przedmiocie procesu, którym jest określone świadczenie, jakie ma spełnić pozwany na rzecz powoda. Sentencją wyroku objęte jest rozstrzygnięcie o żądaniach stron (art. 325 k.p.c.), którego faktyczne i prawne podstawy zawiera uzasadnienie (art. 328 § 2 k.p.c.). Z mocy wiążącej wyroku o świadczenie korzysta jedynie rozstrzygnięcie, nie rozciąga się ona na kwestie pozostające poza sentencją, w tym ustalenia i oceny dotyczące stosunku prawnego stanowiącego podstawę żądania, o którym orzeczono. Moc wiążąca w zakresie ustanowionym w art. 365 k.p.c. odnosi się tylko do „skutku prawnego”, który stanowił przedmiot orzekania i nie oznacza związania sądu (stron, innych podmiotów) ustaleniami zawartymi w uzasadnieniu orzeczenia.

Takie wąskie ujęcie zakresu mocy wiążącej prawomocnego wyroku przeważa w piśmiennictwie i dominuje w orzecznictwie. Stanowisko to można ująć syntetycznie w tezie, że wynikająca z art. 365 § 1 k.p.c. moc wiążąca wyroku dotyczy związania sentencją, a nie uzasadnieniem wyroku sądu, czyli przesłankami faktycznymi i prawnymi przyjętymi za jego podstawę, gdyż zakresem prawomocności materialnej jest objęty tylko ostateczny wynik rozstrzygnięcia a nie jego przesłanki (por. orzeczenia SN: z 13 stycznia 2000 r. II CKN 655/98, Lex nr 51062; z 23 maja 2002 r. IV CKN 1073/00, LEX nr 55501; z 08 czerwca 2005 r. V CK 702/04, Lex nr 402284; z 03 października 2012 r. II CSK 312/12, Lex nr 1250563). Jednostkowe orzeczenia, w których przyjęto szerszy zakres związania, obrazują pewne wahania występujące przy wykładni art. 365 § 1 k.p.c., lecz pozostają na uboczu głównego, dominującego nurtu orzecznictwa (zob. m.in. wyrok SN z 19 października 2012 r. V CSK 485/11, Lex nr 1243099) i Sąd w składzie rozpoznającym roszczenia powoda ich nie podziela.

Zgodnie z art. 58 k.c. czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy (§1). Nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współzycia społecznego (§2). Jeżeli nieważnością jest dotknięta tylko część czynności prawnej, czynność pozostaje w mocy co do pozostałych części, chyba że z okoliczności wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością czynność nie zostałaby dokonana.

W myśl z kolei art. 353<sup>1</sup> 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 współzycia społecznego.

Sąd nie podziela zarzutów powoda, co do nieważności umowy, które całkowicie tracą z pola widzenia istotę stosunku prawnego w postaci ubezpieczeniowego ubezpieczenia na życie z UFK. Wyraźnego zaznaczenia wymaga przy tym, iż co

do zasady, regulacje dotyczące umowy ubezpieczenia, jako typu umowy, są zawarte w Kodeksie cywilnym. Jednakże Kodeks cywilny nie zawiera przepisów, które w bezpośredni sposób odnoszą się do ubezpieczenia na życie z UFK. Brak regulacji tego konkretnego ubezpieczenia w Kodeksie cywilnym, nie oznacza, że regulacje zawarte w innych aktach prawnych równorzędnych nie mają takiej samej mocy prawnej, kwestia sposobu ułożenia tychże stosunków prawnych została całkowicie pozostawiona swobodzie kontraktowej stron.

Zasadnicze elementy decydujące o cechach i charakterze spornego stosunku prawnego (z uwagi na datę przystąpienia powoda do umowy), zostały sformułowane w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, stanowiącej implementację regulacji unijnych, zawartych w dyrektywie dotyczącej ubezpieczeń na życie tj. dyrektywy nr 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 05 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie (Dz. Urz. UE L 345 z 19 grudnia 2002 r.) – zob. Załącznik nr I do tejże dyrektywy.

Wspomniana ustawa, w ramach podziału ryzyka według działów, grup i rodzajów ubezpieczeń, w zakresie Działu I „Ubezpieczenia na życie”, analogicznie jak ww. dyrektywa wymienia:

1. Ubezpieczenia na życie.
2. Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci.
3. Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.
4. Ubezpieczenia rentowe.
5. Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4.

Regulacje dotyczące ubezpieczeń na życie z UFK zostały zawarte zarówno we wspomnianej ustawie o działalności ubezpieczeniowej jak i dyrektywie. Zgodnie z art. 25 ust. 1 dyrektywy: w przypadku, gdy świadczenia przewidziane w umowie są bezpośrednio powiązane z wartością jednostek uczestnictwa przedsiębiorstwa zbiorowego inwestowania w zbywalne papiery wartościowe lub z wartością aktywów zawartych w funduszu wewnętrznym zakład ubezpieczeń, zwykle podzielonym na jednostki uczestnictwa, rezerwy techniczne – ubezpieczeniowe odnoszące się do tych świadczeń muszą znajdować jak najwierniejsze odzwierciedlenie w tych jednostkach lub, w przypadku gdy nie zostały utworzone takie jednostki, w tych aktywach.

Należy także przytoczyć definicję „produktu inwestycyjnego opartego na ubezpieczeniu” użytą w tzw. dyrektywie MiFID II (dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/65/UE z 15 maja 2014 r. w sprawie rynków instrumentów finansowych oraz zmieniająca dyrektywę 2002/92/WE i dyrektywę 2011/61/UE – Dz. Urz. UE L 173): produkt inwestycyjny oparty na ubezpieczeniu oznacza produkt ubezpieczeniowy zapewniający wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu, w przypadku gdy ta wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu jest całkowicie lub częściowo narażona, bezpośrednio lub pośrednio, na wahania rynków, a ponadto nie obejmuje: produktów ubezpieczeniowych innych niż ubezpieczenia na życie, wymienionych w załączniku nr I do dyrektywy 2009/138/WE (grupy ubezpieczeń innych niż na życie), umów ubezpieczenia na życie, w przypadku gdy świadczenia z umowy są wypłacane wyłącznie w przypadku śmierci lub w związku z niezdolnością z powodu uszczerbku na zdrowiu, choroby lub niepełnosprawności.

Polska ustawa w art. 2 ust. 13 w nawiązaniu do wytycznych unijnych, definiuje ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w ubezpieczeniu, o którym mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy jako: wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia.

Wymagane przez ustawodawcę, minimalne elementy w zakresie treści umowy ubezpieczenia na życie z UFK zawiera art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, który w brzemieniu obowiązującym na datę przystępowania przez powoda do spornej umowy (porównaj Dz.U.2005.143.1204 i tekst jednolity Dz.U.2010.11.66) stanowił:

„W zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń jest obowiązany 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.

Na podstawie powołanych przepisów nie może ulegać wątpliwości, iż objęty sporem rodzaj stosunku prawnego nie jest klasyczną umową ubezpieczenia osobowego na życie, zapewniającą w zamian zapłaty umówionej składki, ściśle określone świadczenie ubezpieczeniowe na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, rozumianego jak zdarzenie przyszłe i niepewne. Kalkulacja składki ubezpieczeniowej, nie następuje w oparciu o kryteria wynikające z art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Ubezpieczenia na życie z UFK, w ramach jednej umowy łączą funkcje ochronne, zabezpieczające pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz funkcje oszczędnościowo – inwestycyjne. Proporcje pomiędzy sposobem realizacji obu celów, dla jakich dana umowa jest zawierana, zostały pozostawione przez ustawodawcę stronom umowy. Praktyka pokazuje, iż dominującym modelem, w pełni akceptowanym przez ubezpieczonych, którzy tak jak powód, poszukiwali w pierwszej kolejności narzędzia do pomnażania kapitału, był model inwestycyjny. Umowy te służyć miały w założeniu, gromadzeniu oszczędności i dokonywaniu inwestycji, przy jednoczesnym zapewnieniu jedynie w ograniczonym zakresie funkcji ochronnych.

Ustosunkowując się do zarzutów powoda wskazującego na naruszenie przez postanowienia umowy przepisów ustawowych, ułożeniu stosunku prawnego przez pozwanego w sposób zmierzający do obejścia prawa należy wyjaśnić, iż sprzeczność czynności prawnej z ustawą polega (w najogólniejszym ujęciu) na tym, że indywidualna i konkretna „norma” postępowania wynikająca z czynności prawnej koliduje z normą generalną i abstrakcyjną wynikającą z ustawy. Sprzeczność taka występuje przede wszystkim wtedy, gdy czynność nie respektuje zakazu ustawowego oraz gdy nie zawiera treści lub innych elementów objętych nakazem wynikającym z normy prawnej.

Przez czynność prawną mającą na celu obejście ustawy należy natomiast rozumieć czynność wprawdzie nieobjęte zakazem ustawowym, ale przedsięwziętą w celu osiągnięcia skutku zakazanego przez ustawodawcę. Czynność mająca na celu obejście ustawy zawiera pozór zgodności z ustawą, ponieważ jej treść nie zawiera elementów wprost sprzecznych z ustawą, ale skutki, które wywołuje i które objęte są zamiarem stron naruszają zakazy lub nakazy ustawowe (zob. wyrok SN z 23 lutego 2006 r., II CSK 101/05, LEX nr 180197). Jako podstawowy wyróżnik obejścia prawa należy więc przyjąć zaistnienie okoliczności, które prowadzą, za pomocą legalnych działań, do sytuacji prawnej sprzecznej z obowiązującymi przepisami, a także należałoby znaleźć normę prawną, która wynikałaby z przepisów prawa i była wskutek powyższych działań naruszona.

Powód wywodziła naruszenie przez sporne umowy art. 58 § 1 k.c., przede wszystkim w tym, iż brak precyzyjnego określenia we wzorcach umownych sposobu określania wysokości Całkowitego Wykupu a także Świadczenia Ubezpieczeniowego w przypadku dożycia do końca umowy. Analiza spornego wzorca umownego poczyniona w

ustaleniach faktycznych, daje jednak w ocenie Sądu podstawy do twierdzenia, że jego konstrukcja normatywna odpowiada wszystkim powołanym wyżej kryteriom ustawowym. Z punktu widzenia swobody kontraktowania (art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c.), ocenianej przez pryzmat cytowanych norm prawnych, nie sposób uznać jako naruszających przepisy ustawowe, okoliczności, iż Świadczenia Ubezpieczeniowe (tudzież Całkowity Wykup) w większym bądź mniejszym stopniu uzależnione były od wyceny UFK dokonywanej przez Ubezpieczyciela, a więc z punktu widzenia prawa zobowiązań – de facto dłużnika, obowiązane do wypłaty na rzecz wierzyciela świadczeń pieniężnych w wysokości i na zasadach określonych w umowie.

W związku z dopuszczeniem przez ustawodawcę do zawierania przez uczestników obrotu gospodarczego danego rodzaju stosunków prawnych, nie sposób przyjąć, aby takie określenie praw i obowiązków z jakim mamy do czynienia na kanwie niniejszego postępowania stanowiło naruszenie zasady swobody kontraktowania, tudzież mogło być kwalifikowane jako wypełniające dyspozycję art. 58 § 1 k.c. Zdaniem Sądu wywieść należy wręcz przeciwny wniosek. Sposób zarządzania cudzym kapitałem, który obecnie kwestionowany jest przez powoda, wpisuje się w kwintesencję ustawowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Powtórzyć należy, iż na gruncie spornego stosunku prawnego, jego celem było przede wszystkim pomnażanie udostępnionego przez Ubezpieczonego kapitału. Istota umawianego stosunku prawnego, jak wynika z treści powołanych przepisów, w tym w szczególności art. 13 ww. ustawy, nigdy nie zakładała rozkładu ryzyka inwestycyjnego w równym stopniu pomiędzy Ubezpieczonego i Ubezpieczyciela nawet w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego. Jediną gwarancją udzielaną przez Ubezpieczyciela było to, iż w przypadku dożycia do końca ubezpieczenia, Ubezpieczony, mimo inwestycyjnego charakteru umowy, bez względu na wartość UFK oraz certyfikatów, otrzyma co najmniej kwotę stanowiącą wartość nominalną Składek Zainwestowanych pomniejszonych o Oplaty Administracyjne.

Cel inwestycyjny umowy przewidywał powierzenie Ubezpieczycielowi, środków finansowych Ubezpieczonego w celu ich ulokowania w określone instrumenty finansowe, określone w Regulaminie. Powód upatrując nieważności umowy z powodu naruszenia bezwzględnie obowiązujących przepisów ustawowych, zarzuca pozwanemu, iż środki te nie były alokowane w instrumenty finansowe objęte powszechnym obrotem rynkowym, których wyceny (weryfikacji) w zasadzie nie sposób dokonać na podstawie postanowień umownych. Zauważyć jednak trzeba, iż według przepisów ustawowych, towarzystwa ubezpieczeniowe oferujące ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, w przeciwieństwie do funduszy inwestycyjnych działających na podstawie ustawy o funduszach inwestycyjnych, nie miały obowiązku inwestowania w aktywa notowane na rynku publicznym, których wycena jest dokonywana w sposób ciągły przez uczestników tego rynku. Brak jest przepisów ustawowych nakładających na pozwanego tego rodzaju obowiązek.

Pozostając przy inwestycyjnym charakterze umowy, powtórzyć należy, iż nawet w przypadku instrumentów finansowych, oferowanych na regulowanym rynku publicznym, inwestor tak naprawdę nie zna sposobu ich wyceny. Może jedynie na podstawie ogólnych informacji, danych statystycznych, ogólnej wiedzy ekonomicznej przewidywać w jaki sposób kształtować będzie się cena danego instrumentu i na tej podstawie podejmować określone decyzje inwestycyjne, nakierowane na osiągnięcie korzystnego bilansu ekonomicznego.

Indeks międzybankowy określony w Regulaminie umowy na podstawie których określana była finalnie wartość certyfikatów a w rezultacie także UFK i Jednostek Uczestnictwa, podobnie jak w przypadku klasycznych indeksów giełdowych, musiał pozostawać zależny od aktualnej koniunktury, popytu, podaży, na inwestowanych rynkach, decyzjach i koncepcjach inwestycyjnych emitenta certyfikatów. Ubezpieczyciel z oczywistych względów nie mógł określić w precyzyjny sposób w umowie tego według jakich kryteriów wspomniany indeks będzie wyceniany przez podmiot trzeci, nie mógł określić czy też przewidzieć ich wahań. Pozwany od początku i założenia nie miał wpływu na wartość tychże indeksów oraz certyfikatów, gdyż nie zarządzał nimi, co jasno wynika z Regulaminu. Umowa wskazywała jedynie zgodnie z art. 13 ust. 4 w jakie instrumenty finansowe wpłacane przez ubezpieczonych środki będą inwestowane, zakreślając w Regulaminie ogólne założenia inwestycyjne, mające na celu maksymalizację zysków przy ograniczaniu ryzyka inwestycyjnego. Wyraźnego podkreślenia wymaga także, iż z punktu widzenia założeń ustawodawczych, dostosowywania polskiego porządku do wymagań unii europejskiej nakreślonych w ww.

dyrektywach, cechą charakterystyczną ubezpieczenia z UFK jest ryzyko związane z inwestowaniem kapitału w instrumenty finansowe, które może poprzez wybór mniej lub bardziej agresywnych rozwiązań inwestycyjnych zostać ograniczone, jednakże w żadnej mierze całkowicie wyłączone. Możliwość osiągnięcia ponad przeciętnego zysku, wiąże się z ryzykiem inwestycyjnym. Umowa do której przystąpił powód, z uwagi na jej treść nie odbiega od założeń ustawodawczych.

Podsumowując powyższe rozważania należy bardzo wyraźnie zaznaczyć, iż czym innym jest badanie spornych umów pod kątem ich zgodności ze wskazywanymi przez powoda przepisami prawa w ramach zarzutów z art. 353<sup>1</sup> k.c., art. 58 § 1 k.c., a czym innym, z uwagi na skomplikowany charakter umów, świadomość Ubezpieczonego co do głównych cech produktów do których przystępuje, wywodzona z treści umowy oraz informacji pozyskanych od Ubezpieczającego. Powód zdaje się traktować obie kwestie zamiennie, gdy tymczasem rozpatrywać należy je zupełnie odrębnie, na podstawie innych przesłanek oraz odrębnych przepisów.

Ubezpieczony wywodził *de facto*, iż wobec braku szczegółowego określenia w umowie zasad ustalania wartości UFK i Jednostek Uczestnictwa, ww. indeksu i certyfikatów, nie był w stanie podjąć świadomej decyzji co do wyboru danego produktu, jako odpowiedniego do jego oczekiwań i potrzeb. Należy powtórzyć jednakże, iż z punktu widzenia przepisów ww. ustawy, umowa czyni zadość minimalnym wymaganiom stawianym przez prawo. Żadna powszechnie obowiązująca ówczesnie norma prawna nie nakładała na ubezpieczycieli formułowania w umowach ubezpieczenia z UFK, precyzyjnego sposobu ustalania wartości UFK, Jednostek Uczestnictwa, indeksów, instrumentów finansowych. Działalność zakładów ubezpieczeń w zakresie umów ubezpieczenia na życie z UFK, ich wyceny, poddana została ustawowo nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

W myśl art. 13 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej w zakresie umów ubezpieczenia z działu I grupa 3 załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do: 1) dokonywania wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie rzadziej niż raz w miesiącu; 2) ogłaszania, nie rzadziej niż raz w roku, w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim wartości jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ustalonej w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym jest dokonywane ogłoszenie; 3) sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Stosownie z kolei do art. 13 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Minister właściwy do spraw instytucji finansowych określi, w drodze rozporządzenia, zakres sprawozdań, o których mowa w ust. 5 pkt 3, a także formę, sposób sporządzania oraz termin i sposób publikacji tych sprawozdań, uwzględniając konieczność właściwego i pełnego poinformowania ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, o ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym. Aktem wykonawczym wskazanym przez ustawodawcę w cytowanym przepisie obowiązującym na dzień przystępowania przez powoda do spornej umowy, było Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 08 grudnia 2003 r. w sprawie rocznych i półrocznych sprawozdań ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (Dz.U.2003.217.2132).

Zwrócić należy także uwagę, iż zgodnie z art. 167 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, zakład ubezpieczeń przedstawia organowi nadzoru roczne sprawozdanie finansowe, sporządzone zgodnie z przepisami o rachunkowości, w terminie 6 miesięcy od ostatniego dnia roku obrotowego (ust. 1). Sprawozdanie finansowe zakładu ubezpieczeń wykonującego działalność w zakresie działu I oraz działu II grupa 10 załącznika do ustawy, obok osób określonych w odrębnych ustawach, podpisuje również aktuariusz (ust. 2).

W kontekście powyższych rozważań i uregulowań prawnych, przywołać należy również treść art. 28 ust. 6 ustawy z 29 września 1994 r. o rachunkowości, stanowiącej, iż za wartość godziwą (przy wycenie aktywów i pasywów – dopisek własny Sądu) przyjmuje się kwotę, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie uregulowane na warunkach transakcji rynkowej, pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi, niepowiązanymi ze sobą stronami. Wartość godziwą instrumentów finansowych znajdujących się w obrocie na aktywnym rynku stanowi cena rynkowa pomniejszona o koszty związane z przeprowadzeniem transakcji, gdyby ich wysokość była znacząca. Cenę rynkową aktywów finansowych posiadanych przez jednostkę oraz zobowiązań finansowych, które jednostka zamierza zaciągnąć, stanowi zgłoszona na rynku bieżąca oferta kupna, natomiast cenę

rynkową aktywów finansowych, które jednostka zamierza nabyć, oraz zaciągniętych zobowiązań finansowych stanowi zgłoszona na rynek bieżąca oferta sprzedaży.

W powołanym świetle nie może ulegać wątpliwości, iż w ramach spornych typów stosunków prawnych, ustawowym mechanizmem kontrolnym nad wyceną przez ubezpieczycieli UFK, od początku i z założenia ustawodawcy były półroczne i roczne sprawozdania finansowe, opracowywane według ściśle określonego wzoru załączonego do ustawy, publikowane w sposób określony w ww. ustawie oraz rozporządzeniu wykonawczym do tejże ustawy. To na podstawie danych zawartych we wspomnianych sprawozdaniach ubezpieczeni, a także organy Komisji Nadzoru Finansowego, miały możliwość zweryfikowania poprawności wycen ubezpieczycieli w przypadku zajścia określonego w umowie Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Całkowitego Wykupu, aktualizujących obowiązek świadczenia pieniężnego na rzecz ubezpieczonych bądź uposażonych. Brak zatem określenia w umowach kryteriów w oparciu o które Ubezpieczyciel dokonywał wyceny na Datę Umorzenia, Jednostek Uczestnictwa w UFK, nie stanowi o nieważności spornej umowy ze względu na jej sprzeczność z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa, nie stanowi naruszenia istoty umowy ubezpieczenia z UFK, nie prowadzi do obejścia żadnego przepisu ustawowego.

Z uwagi na inwestycyjny charakter umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w której wysokość świadczenia z uwagi na wahania rynkowe instrumentów finansowych, może ciągle się zmieniać, Sąd nie widzi także podstaw do unieważnienia objętych sporem umów w oparciu o § 2 art. 58 k.c. tj. jako naruszające zasady współzycia społecznego, równowagę kontraktową, zasady uczciwego obrotu. Z okoliczności braku wiedzy powoda o sposobie wyceny UFK, certyfikatów, indexu, nie sposób wyprowadzać zarzutów o naruszeniu przez postanowienia wzorców umowy kryteriów pozaprawnych. Dla oceny, czy zachodzi wypadek, o jakim mowa w art. 58 § 2 k.c., obok treści czynności prawnej miarodajny jest jej skutek, a w szczególności to, czy w wyniku podjęcia czynności powstanie uprawnienie lub obowiązek, którego wykonanie spowoduje wystąpienie stanu sprzecznego z zasadami współzycia społecznego.

W ocenie Sądu, konstrukcja umowy od początku zakładała jej długoletni charakter, długofalową strategię inwestycyjną, inwestowanie w certyfikaty, wyceniane następnie w oparciu o ściśle określony index. Konstrukcja i cechy charakterystyczne umowy, zakładały od początku występowanie ryzyka inwestycyjnego wyłącznie po stronie ubezpieczonego, możliwość braku osiągnięcia celu inwestycyjnego, a jedynie gwarancję zwrotu Składki Zainwestowanej pomniejszonej o Opłaty Administracyjne. O naruszeniu zasad współzycia społecznego można byłoby mówić dopiero wówczas gdyby powód wykazał, iż certyfikaty, Jednostki Uczestnictwa, wyceniane są w sposób nieuczciwy, odbiegający od kryteriów rynkowych, celowo zaniżane. Tego elementu powodowi nie udało się natomiast wykazać (nie podjął nawet w tym zakresie inicjatywy dowodowej).

Ubezpieczony, przystępując do przedmiotowej umowy z całą pewnością nie znał, nie zdawał sobie sprawy ze sposobów tejże wyceny. Przeciętny konsument nie był w stanie, nawet w przypadku dokładnego zapoznania się z treścią umowy, wywieść informacji o sposobie wyceny UFK, pozwalającą na świadomą ocenę ryzyka inwestycyjnego, ekonomicznej opłacalności przystąpienia do danego stosunku prawnego. Przedmiotowego elementu stanu faktycznego, nie należy jednakże oceniać przez pryzmat sprzeczności z zasadami współzycia społecznego, lecz kwestii udzielenia konsumentowi rzeczowej i rzetelnej informacji o oferowanym produkcie na etapie oferowania go powodowi jako konsumentowi. Zarzuty w tym zakresie winny być natomiast kierowane nie do Ubezpieczyciela, lecz Ubezpieczającego, który przedmiotowy produkt przedstawiał powodowi jako konsumentowi.

Sąd nie podziela również argumentacji powoda, wskazującej, iż w deklaracji z 28 października 2010 r. o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, nie określono wysokości sumy ubezpieczenia, co powoduje zdaniem powoda nieskuteczność oświadczenia o zgodzie na objęcie ubezpieczeniem (art. 829 § 2 k.c.). W przepisie wskazywanym przez powoda określone zostały dodatkowe unormowania dotyczące umów ubezpieczeń na życie zawieranych na cudzy rachunek. Przepis ten wprowadza obowiązek złożenia przez przystępującego do ubezpieczenia wyraźnego oświadczenia woli o zgodzie na przystąpienie do umowy ubezpieczenia złożonego ubezpieczającemu lub ubezpieczycielowi. Rzeczona norma prawna wskazuje także, iż przedmiotowe oświadczenie woli ubezpieczonego powinno obejmować wysokość sumy ubezpieczenia. Nie ulega wątpliwości, iż powód w deklaracji przystąpienia

do umowy złożył wyraźne i jednoznaczne oświadczenie woli o przystąpieniu do spornej umowy. W ocenie Sądu w deklaracji określono także wysokość sumy ubezpieczenia. Nie nastąpiło to w prawdziwie w klasyczny, kwotowy sposób, lecz opisowo poprzez wskazanie parametrów od których uzależniona była wysokość świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (k. 23). Podyktowane było to zdaniem Sądu ubezpieczeniowo – inwestycyjnym charakterem umowy ubezpieczenia. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, na świadczenie wypłacane uposażonemu składały się w istocie dwie wartości. Określona w deklaracji Składka Zainwestowana (a więc kwota którą ubezpieczony miał wnieść w przypadku 15 lat opłacania składek, inwestowanych w UFK – w przypadku powoda kwota 225 000,00 zł) oraz liczba Jednostek Uczestnictwa nabytych przez ubezpieczonego przez okres opłacania składek pomnożona przez wartość Jednostki UFK na dzień śmierci ubezpieczonego, która wszakże nie mogła być znana w momencie przystępowania do umowy grupowego ubezpieczenia na życie. Nie sposób tym samym podzielić zapłaty powoda jakoby w Deklaracja Przystąpienia nie czyniła zadość wymaganiom określonym przez art. 829 § 2 k.c.

Z ostrożności orzeczniczej, mimo, iż powód nie zawarł w petitum pozwu takiego roszczenia, poprzez sformułowanie go zgodnie z brzemieniem art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy z 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (także w uzasadnieniu pozwu nie przedstawiono wysokości roszczeń z tytułu wzajemnego zwrotu świadczeń opartych na ww. przepisie, z wyróżnieniem elementów składowych, określeniem podstaw faktycznych poszczególnych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej) należy odnieść się pokrótce do ogólnego twierdzenia, zawartego w uzasadnieniu pozwu określonego jako „unieważnienie umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń”.

Podstawowym argumentem, przemawiającym za oddaleniem tak sformułowanego roszczenia, jest to, iż w ocenie Sądu przepis art. 12 ust. 1 pkt 4 ww. ustawy, na którym powód je opiera, nie daje podstaw do żądania unieważnienia umowy. W myśl powołanego przepisu w razie dokonania nieuczciwej praktyki rynkowej konsument, którego interes został zagrożony lub naruszony, może żądać naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych, w szczególności żądania unieważnienia umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń oraz zwrotu przez przedsiębiorcę kosztów związanych z nabyciem produktu. Przepis ten stanowi in principio, iż konsument może domagać się naprawienia szkody na zasadach ogólnych, ten fragment jest jasny. Ustawodawca dodał do tego przepisu jeszcze zdanie 2 stwierdzające, iż obowiązek naprawienia szkody może polegać na "żądaniu unieważnienia umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń oraz zwrotu przez przedsiębiorcę kosztów związanych z nabyciem produktu". Stosowanie tego przepisu jest jednakże problematyczne z tego powodu, iż w ustawie o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym brakuje materialnoprawnego przepisu na wzór art. 9 ust. 3 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów stanowiącego, iż czynności prawne będące przejawem nadużywania pozycji dominującej są w całości lub w odpowiedniej części nieważne. Samodzielną podstawą nieważności nie może być art. 12 ust. 1 pkt 4 ww. ustawy, bo jest to przepis proceduralny, zaś art. 58 k.c. nie zawsze znajdzie tutaj zastosowanie, gdyż sama czynność prawna towarzysząca nieuczciwej praktyce rynkowej tak jak przesądzone to w niniejszym postępowaniu może być zgodna z prawem (zob. A. Michalak, Przeciwdziałanie nieuczciwym praktykom rynkowym. Komentarz, Warszawa 2008).

Ponadto należy zauważyć, iż naruszenie przepisów rzeczonyj ustawy, powód upatruje przede wszystkim w działaniach Ubezpieczającego a nie Ubezpieczyciela „powód zdecydował się na przystąpienie do przedmiotowej umowy za namową przedstawiciela pozwanego (...) Bank S.A., który przedstawił powodowi produkt w sposób nierzetelny, nieprawdziwy, zatajając wszelkie informacje dotyczące ryzyka produktu”. Skoro roszczenie zawarte w art. 12 ust. 1 pkt 4 ww. ustawy opiera się na ogólnych zasadach, dotyczących odpowiedzialności odszkodowawczej (art. 415 k.c.) to nie sposób stwierdzić, aby legitymowanym czynnie w tym zakresie pozostawał pozwany, będący na gruncie przedmiotowego stosunku prawnego Ubezpieczycielem, nie uczestniczącym w procesie oferowania powodowi spornego produktu. Ubezpieczającym, oferującym powodowi przedmiotowy produkt, nie był też jak twierdzi powód w pozwie (...) Bank S.A., lecz (...) S.A. Na marginesie, w nawiązaniu do enigmatycznych zarzutów powoda, należy jedynie zaznaczyć, iż Sąd dokonując analizy złożonych przez powoda pism Ubezpieczyciela, nie dopatrył się jakichkolwiek przejawów działania bądź zaniechania, mogących wypełniać dyspozycję ww. ustawy.



Zdaniem Sądu, nawet w przypadku stwierdzenia, iż powodowi przysługiwało roszczenie oparte na art. 12 ust. 1 pkt 4 in fine, pozwany dopuścił się względem powoda nieuczciwej praktyki rynkowej, zastanowić należałoby się czy żądanie unieważnienia umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK, nie stanowi w realiach niniejszej sprawy, nadużycia prawa podmiotowego (art. 5 k.c.). Unieważnienie umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK, z uwagi na wiążącą moc sentencji wyroku, wywierałoby bowiem skutek nie tylko względem konsumenta zgłaszającego w procesie tego rodzaju roszczenie, ale także wszystkich pozostałych ubezpieczonych objętych spornymi ubezpieczeniem.

Mając powyższe na uwadze, zdaniem Sądu, należałoby przyjąć, iż skoro powodowi przysługiwało w ramach sankcji przewidzianych w art. 12 ust. 1 pkt 4 u.p.n.p.r. także inne roszczenie odszkodowawcze, zmierzające do naprawienia tej samej szkody majątkowej, doznanej w wyniku dopuszczenia się przez pozwanego nieuczciwej praktyki rynkowej, a nie wymagające stwierdzenia unieważnienia umowy, to roszczenie to w warunkach przedmiotowego postępowania uznać należałoby jako przejaw nadużycia prawa podmiotowego przez powoda. Wszakże w ramach roszczenia odszkodowawczego na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.), powód zobowiązany byłby do wykazania tożsamyh przesłanek odszkodowawczych, zyskując świadczenie w takiej samej wysokości.

Ponadto zwrócić należy uwagę, iż pozwany w odpowiedzi na pozew podniósł zarzut przedawnienia roszczeń powoda opartych na nieuczciwych praktykach rynkowych (k. 60v, 70v). Termin przedawnienia w przypadku roszczeń opartych na art. 415 k.c., ustalany jest na podstawie art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c. wynosi 3 lata i liczony jest od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się albo przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. W ocenie Sądu, bieg przedmiotowego terminu przedawnienia należy liczyć od dnia otrzymania przez powoda pisma (...) S.A. z 21 marca 2011 r. W przedmiotowym piśmie, zawarto bowiem informacje o produkcie, pozwalające przeciętnemu konsumentowi, a tym bardziej konsumentowi posiadającemu wykształcenie ekonomiczne, zorientować się w głównych cechach produktu, zweryfikować prawdziwość informacji przekazywanych powodowi przez Ubezpieczającego. Zwrócić należy przede wszystkim uwagę, iż w treści przedmiotowego pisma, wyraźnie wskazano, iż produkt ma charakter długoterminowy, wycena w trakcie trwania inwestycji jednostki uczestnictwa Funduszu oparta jest o wycenę certyfikatów, jednak wycena certyfikatów nie jest bezpośrednio związana ze zmianami indeksu przez cały okres inwestycji, certyfikaty nie gwarantują uzyskania zwrotu odpowiadającego zmianom indeksu w okresie inwestycji, a jedynie po jej zakończeniu. Wskazano nadto, iż biorąc pod rozwagę konstrukcję produktu, wartość jednostki uczestnictwa (niska na początku okresu ubezpieczenia), zmienia się w trakcie jego trwania tak, aby na koniec okresu inwestycji zapewnić wypłatę kapitału chronionego, powiększonego o ewentualny zysk. W piśmie wyjaśniono także na czynniki wpływające na wyceny certyfikatów. W tym stanie rzeczy należało przyjąć, iż powód uzyskał informację o cechach charakterystycznych produktu, mogących wpływać na jego decyzję o przystąpieniu do umowy, ponad trzy lata przed wystąpieniem z przedmiotowym powództwem. Żądanie powoda w tym zakresie należałoby uznać za przedawnione.

Sąd przychyliła się natomiast do roszczenia ewentualnego powoda o zapłatę od pozwanego kwoty 18 179,11 zł, opartego na założeniu abuzywności postanowień umownych w zakresie Opłaty Likwidacyjnej.

Aby określone postanowienie umowy mogło zostać uznane za abuzywne stosownie do uregulowań zawartych w art. 385<sup>1</sup> k.c., spełnione muszą zostać cztery zasadnicze warunki: (1) postanowienie umowy nie zostało uzgodnione indywidualnie, (2) postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, (3) rażąco naruszając jego interesy, a (4) postanowienie nie dotyczy „głównych świadczeń stron”.

W realiach niniejszej sprawy w istocie sporne pozostawało to 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. Pozwany w kontekście spornych przesłanek, próbował wykazać, odwołując się do uregulowań ustawowych, iż sporne zapisy umowne na podstawie których potrącił ze świadczenia należnego powodowi Opłatę Likwidacyjną nie są abuzywne i w dalszym ciągu obowiązują, stanowiąc tym samym ważną podstawę do pobrania kwoty dochodzonej przez powódkę.

W świetle powyższych uregulowań prawnych skupić się należało na ostatniej z ww. przesłanek ustawowych. Uznanie bowiem, iż zastrzeżenie dopuszczalności pobrania przez pozwanego Opłaty Likwidacyjnej za główne świadczenie stron, eliminowało w zasadzie możliwość rozpatrywania tych postanowień pod kątem ich niedozwolonego charakteru.

W ocenie Sądu, wbrew twierdzeniom strony pozwanej, postanowienia dotyczące Opłaty Likwidacyjnej nie określały „głównych świadczeń stron”, w związku z czym mogą być one oceniane pod kątem abuzywności. Pojęcie „główne świadczenia stron” należy interpretować ściśle, w nawiązaniu do pojęcia elementów umowy przedmiotowo istotnych (essentialia negotii). W przedmiotowej sprawie, co do zasady, do głównych świadczeń stron należało spełnienie przez Ubezpieczyciela określonego w umowie świadczenia w przypadku zajścia przewidzianego w umowie (...), a ze strony powoda opłacanie składki ubezpieczeniowej (Pierwszej Składki i Składek Bieżących). Tylko postanowienia bezpośrednio regulujące wskazane kwestie można zaliczyć do postanowień określających główne świadczenia stron.

Dla prawidłowej interpretacji „świadczenia głównego” niezbędna może okazać się jednak analiza nie tylko postanowienia umowy, która go definiuje, ale także charakter, ogólna systematyka i całość postanowień danej umowy, a także jej kontekst prawny i faktyczny. Sąd nie powinien przy tym sugerować się jedynie postanowieniem umownym skonstruowanym przez ubezpieczyciela, który arbitralnie przesądza w umowie, co jest świadczeniem głównym. Przyjmując taką argumentację, każdy przedsiębiorca mógłby wyłączyć dowolne postanowienie umowne z kontroli abuzywności, tylko z tego powodu, że zdefiniował je w umowie jako świadczenie główne.

W niniejszym przypadku w oparciu o art. 805 § 1 i § 2 pkt 2 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt 1 k.c., art. 13 ust. 4 pkt. 2 i 5 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej oraz treść umowy ubezpieczenia na życie, należało przyjąć, iż „świadczeniem głównym” ze strony powoda biorąc pod uwagę ubezpieczeniowy aspekt umowy była zapłata Składki Pierwszej i Składek Bieżących, zaś świadczeniem głównym pozwanego Ubezpieczyciela wypłata umówionego świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego bądź upływie okresu obowiązywania ubezpieczenia.

Umowę zawarto na czas określony 180 miesięcy (15 lat). Wysokość świadczenia w zależności od tego który z warunków świadczenia pieniężnego przez Ubezpieczyciela został spełniony uzależniona była od:

- wysokości Składki Zainwestowanej,
- liczby wniesionych przez Ubezpieczonego składek (czasu obowiązywania umowy), nabytych za te środki liczby jednostek uczestnictwa w UFK,
- wartości jednostek UFK na moment ich wyceny (umorzenia), a właściwie Wartości Rachunku w Dacie Umorzenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia,
- wartości certyfikatów o której mowa w § 4 ust. 3 Regulaminu oraz indeksu w dacie  $t^{\text{final}}$  oraz  $t^{\text{initial}}$ .

Strony, jasno sprecyzowały warunki, w których nastąpi wypłata świadczenia ubezpieczeniowego, świadczenia w innych przypadkach, zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela, osobę upoważnioną do odbioru świadczenia, wysokość opłat pobieranych w toku wykonywania umowy, które to elementy składały się na główne świadczenia stron, zważywszy na ubezpieczeniowy i inwestycyjny aspekt przedmiotowej umowy.

Odstępstwem w porównaniu do klasycznej umowy ubezpieczenia jest to, że umowa przypomina zarządzanie powierzonymi aktywami na zlecenie. W takim ujęciu też umowy o charakterze mieszanym, poza ochroną ubezpieczeniową, świadczeniem głównym ubezpieczyciela było zarządzanie środkami pieniężnymi zainwestowanymi w określony fundusz kapitałowy (aspekt kapitałowy umowy).

Taki właśnie sposób zachowania Ubezpieczyciela (świadczenia) został określony przez strony jako zobowiązanie Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego (czy też raczej inwestora), który w zamian zobowiązał się wnosić na rzecz

Ubezpieczyciela (wykonującego przyjęte zlecenie, obsługującego polisę) wynagrodzenie w postaci umówionej z tego tytułu opłaty administracyjnej.

Dopiero po jej odliczeniu pozwany za pozostałe środki pieniężne dokonywał inwestycji (kupna) w jednostek uczestnictwa UFK w postaci ww. certyfikatów. W tak przyjętym układzie stosunków świadczenie jednej strony, było skorelowane z zobowiązaniem drugiej strony tworząc wyżej przedstawiony stosunek prawny z elementami umowy ubezpieczenia oraz umowy inwestycyjnej.

Wyżej wymienione elementy, umowy (rozpoznawane pod kątem umowy ubezpieczenia i umowy o charakterze inwestycyjnym) składały się w ocenie Sądu na treść spornego stosunku prawnego, wyznaczając jego elementy przedmiotowo istotne, których określenie było niezbędne dla oceny abuzywności kwestionowanych postanowień umownych na podstawie art. 385<sup>1</sup> i nast. k.c.

Wartość Umorzonych Jednostek Uczestnictwa w przypadku Całkowitego Wykupu jako „świadczenie” na podstawie którego określano procentową wysokość Opłaty Likwidacyjnej, nie ma natomiast wyodrębnionego, wyraźnie w umowie zobowiązania drugiej strony, któremu odpowiadałoby obowiązek świadczenia pieniężnego Ubezpieczonego na rzecz Ubezpieczyciela w wysokości określonej w umowie oraz Tabeli Opłat i Limitów. Podstawę taką starał się dopiero wykreować pozwany na kanwie niniejszego postępowania, wskazując, iż Opłata Likwidacyjna służyć miała pokryciu kosztów ponoszonych przez Ubezpieczyciela w związku z zawarciem, obsługą i zakończeniem umowy przed upływem obowiązywania umowy. Z powyższych względów nie sposób jednak przyjąć, aby Opłata Likwidacyjna stanowiła świadczenie główne stron.

Zdaniem Sądu wobec dostrzeżonych braków, jej konstrukcja upodabnia ją raczej do stanowiącej dodatkowe zastrzeżenie umowne „kary umownej” z tytułu nienależytego wykonania umowy. Do tego bowiem sprowadza się jej literalna treść, oderwana od wskazania zobowiązania Ubezpieczyciela, któremu to świadczenie Ubezpieczonego w takiej a nie innej wysokości miałoby odpowiadać. Kara umowna może być oczywiście zastrzeżona wyłącznie na wypadek niewykonania zobowiązania o charakterze niepieniężnym, nie mogła więc zostać skutecznie zastrzeżona ze względu na jej sprzeczność z art. 483 i nast. k.c., jednakże porównanie do teże instytucji prawa zobowiązań oddaje zważywszy na treść umowy, najlepiej dodatkowy, a nie główny charakter tegoż zastrzeżenia umownego.

W powołanym świetle należy również zauważyć, iż Opłata Likwidacyjna, w odróżnieniu od pozostałych ww. elementów składających się na sporny stosunek prawny, nie były nieodłącznym elementem umowy, bez którego niemożliwym była wypłata umówionego świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub dożycia końca ubezpieczenia. Naliczenie Opłaty Likwidacyjnej, uzależnione było od zdarzenia przyszłego i niepewnego w postaci rozwiązania umowy przed upływem karencji. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na fakt, iż Ubezpieczony mimo, że umowa w założeniu miała obowiązywać w dłuższej perspektywie czasu, nie zobowiązał się do jej wykonywania przez okres co najmniej 15 lat (w umowie mowa jest wyłącznie o okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z określonymi włączeniami (zob. Rozdział 3 WU – k. 27).

Kwestionowane przez powoda postanowienia umowne określają wyłącznie przyczyny naliczenia Opłaty Likwidacyjnej (rozwiązanie umowy na określonym etapie jej wykonywania), sposób ustalenia wysokości tejże opłaty poprzez odwołanie się do ułamka Wartości Rachunku, bez wskazania kosztów poniesionych przez Ubezpieczyciela (które dopiero obecnie ujawnił pozwany vide: zeznania M. S.), a którym miałyby ona odpowiadać. W umowie nie zdefiniowano nawet spornej opłaty.

Świadczenie z tytułu Całkowitego Wykupu stanowiło natomiast zwrot wpłaconych przez Ubezpieczonego składek w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową, pomniejszonych o Opłatę Administracyjną, zamienionych na Jednostki Uczestnictwa w UFK, które na skutek oświadczenia o rozwiązaniu umowy były następnie zamieniane przez pozwanego w sposób wskazany w ww. zapisach Regulaminu, podważanych przez powoda, powołującego się na dowolność ubezpieczyciela w ustalaniu Wartości Aktywów UFK na podstawie której wyceniane były następnie Jednostki Uczestnictwa w UFK.

W tym stanie rzeczy odmienna konstatacja, co do dodatkowego a nie głównego zastrzeżenia Oplaty Likwidacyjnej, stałaby w sprzeczności z cywilnoprawnym rozumieniem zobowiązania, długu oraz jego korelatu – wierzytelności. Zaistnienie tychże, na podstawie czynności prawnej, wymaga porozumienia stron co do obowiązku spełnienia świadczenia oraz jego wysokości (w tym podstaw do jej ustalenia). W ocenianej umowie dwustronnie zobowiązującej nie ujawniono jakiemu zobowiązaniu drugiej strony umowy ma odpowiadać świadczenie w postaci Oplaty Likwidacyjnej, nadając jej tym samym cechy głównego świadczenia. Pozwany nie wykazał także aby powódka w momencie zawierania umowy miał świadomość pokryciu jakich kosztów (de facto także zobowiązań Ubezpieczyciela) ma służyć Oplata Likwidacyjna potrącana z kwoty Całkowitego Wykupu.

Upada z tego względu w ocenie Sądu także teza pozwanego, że dopiero długi okres utrzymywania środków sprawić może, że zostanie wypracowany zysk pozwalający Ubezpieczycielowi na skompensowanie kosztów zawarcia umowy. Do wypracowania tego zysku wcale nie musiało dojść. Kompensacja zaś tych kosztów wyłącznie z kapitału wpłaconego przez Ubezpieczonego sprawia, że to w istocie Ubezpieczony płaci m.in. za zawarcie umowy za pośrednictwem agenta (właściwie Ubezpieczającego), nie zaś Ubezpieczyciel za wyszukanie klienta przez agenta ubezpieczeniowego (Ubezpieczającego). Z tego też względu Sąd oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego akcjonariusza. Wykazanie przez pozwanego wysokości poniesionych kosztów nie miało żadnego znaczenia zważywszy na treść spornego stosunku prawnego, w którym brak jest zobowiązania powoda do poniesienia tychże kosztów.

Na gruncie powołanej umowy, mając na uwadze jej systematykę, sposób pobierania opłat, semantykę którą posługiwano się we wzorcu umownym, a także ww. mieszany charakter umowy, należało przyjąć, iż pokryciu bieżących kosztów administrowania umowy, inwestycji w wybrany fundusz służyć miała Oplata Administracyjna. Powyższego zastrzeżenia mając na uwadze powołane motywy nie sposób natomiast odnieść do Oplaty Likwidacyjnej. To bowiem jaką koncepcję prowadzenia działalności gospodarczej (jaka była jej wykładnia zysków i strat, przyjęty model funkcjonowania, sposób ustalania bieżących opłat za zawarcie, obsługę i zakończenie umowy) pozwany przyjął dla omawianego produktu ubezpieczeniowego, o ile nie zostało to ujawnione w treści umowy, pozostaje na gruncie niniejszego postępowania, irrelevantne. Z treści stosunku prawnego, a także okoliczności towarzyszących jego zawarciu, nie wynika bowiem aby konsensusem stron objęta była kwestia zwrotu przez Ubezpieczonego, kosztów poniesionych przez Ubezpieczyciela w związku z rozwiązaniem umowy przed upływem 15 roku polisowego. Wyłącznie w takiej sytuacji sporne zastrzeżenie umowne można było uznać za główne świadczenie stron. Sąd podziela tym samym zbliżony pogląd wyrażony w wyrokach Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 26 czerwca 2012 r. VI ACa 87/12 (LEX nr 1220721) oraz z 06 września 2012 r., VI ACa 458/12 (LEX nr 1240299), gdzie również stwierdzono, iż oplaty likwidacyjne nie stanowią głównego świadczenia stron umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Podsumowując rozważania w zakresie głównych świadczeń stron należy wskazać, iż w prawidłowym układzie stosunków (bez ww. uchybienia) na treść łączącej strony umowy ubezpieczenia z UFK składało się:

I. z punktu widzenia ubezpieczeniowego charakteru tej umowy:

- zobowiązanie Ubezpieczyciela do udzielenia określonej ochrony ubezpieczeniowej na zasadach i wymiarze określonym w umowie, któremu odpowiadało świadczenie wzajemne Ubezpieczonego w postaci wnoszenia Składki Pierwszej i Składek Bieżących przez Ubezpieczonego za okres udzielonego ubezpieczenia, pobieranie opłaty od ryzyka stanowiącej część Oplaty Administracyjnej;

II. z punktu widzenia inwestycyjnego, kapitałowego charakteru tej umowy:

- zobowiązanie Ubezpieczyciela do lokowania składek wnoszonych przez Ubezpieczonego w fundusz kapitałowy, obracanie tymi środkami, któremu odpowiadał wskazany w umowie obowiązek świadczenia w postaci ponoszenia przez Ubezpieczonego Oplaty Administracyjnej, pobieranej przez Ubezpieczyciela przed zainwestowaniem tychże środków poprzez potrącenie ich ze składek wnoszonych przez Ubezpieczonego.

Należy przy tym na marginesie wyjaśnić, iż spodziewaną korzyścią ze strony Ubezpieczonego wynikającą z kapitałowego charakteru umowy było potencjalne wypracowanie przez Ubezpieczyciela z tego tytułu zysku przewyższającego wartość nominalną wnoszonych w okresie ubezpieczenia składek oraz pobranych opłat, zaś w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uzyskania dla uposażonego świadczenia w wysokości określonej w Deklaracji Przystąpienia oraz ww. postanowieniach umownych.

Ze strony Ubezpieczyciela natomiast poza pobraniem ww. opłaty wymierną korzyścią była także niewątpliwie możliwość inwestowania środków finansowych podmiotu trzeciego we własny instrumenty finansowy w postaci UFK, stanowiący wyłączną własność Ubezpieczyciela, a zatem jego dofinansowanie, bez ryzyka poniesienia z tego tytułu straty, gdyż ryzyko takie zostało przerzucone w całości na inwestora.

Pozwany określając sposób określenia Opłaty Likwidacyjnej z jednej strony przyjął więc, iż będzie pobierał m.in. wysoką Opłatę Administracyjną (1,28% w skali roku liczonej od kwoty 225 000,00 zł), z drugiej natomiast nie będzie ponosić ryzyka inwestowania składki podstawowej w instrumenty finansowe, a także przerzuci na Ubezpieczonego (co zostało ujawnione dopiero w toku niniejszego postępowania) wszelkie koszty prowadzenia własnej działalności gospodarczej (ubezpieczeniowej) obciążonej wszakże ryzykiem ekonomicznym, mogąc przynosić zarówno zyski jak i straty.

Powyższe rozważania stanowią więc de facto nie tylko o dodatkowym charakterze zastrzeżonej Opłaty Likwidacyjnej, ale także w kontekście ich oceny pod kątem przesłanek pozytywnych określonych w art. 385<sup>1</sup> k.c., stanowią transparentny przykład jednostronnych sprzecznych z dobrymi obyczajami postanowień umownych, naruszających przy tym rażąco interesy konsumenta o czym szerzej w dalszej części uzasadnienia.

W ramach omawianego zagadnienia, należało także rozstrzygnąć czy kwestionowane przez powoda postanowienia umowne w zakresie Opłaty Likwidacyjnej kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, albowiem jedynie w takim wypadku można mówić, iż dane postanowienie nie jest dla konsumenta (powoda) wiążące.

Powołane przez powoda wyroki Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów pomimo podobnego stanu faktycznego niewątpliwie nie rozciągają swojej prawomocności na niniejsze postępowanie. Sąd nie podziela linii orzeczniczej zaprezentowanej przez powoda. Wszelkie wątpliwości w tym zakresie zostały rozstrzygnięte w uchwale Sądu Najwyższego [7] z 20 listopada 2015 r., III CZP 17/15 (LEX nr 1916698).

Tym niemniej całkowita negacja znaczenia tego orzecznictwa dla rozstrzygnięcia sprawy niniejszej również nie byłaby uzasadniona, zważywszy chociażby na funkcję jaką w sądownictwie powszechnym spełnia ta jednostka organizacyjna Sądu Okręgowego w Warszawie oraz właściwy Wydział Sądu Apelacyjnego w Warszawie. Rolą tą jest m.in. właśnie kontrola abstrakcyjna stosowanych przez przedsiębiorców w stosunkach z konsumentami postanowień wzorców umownych. Wypowiedzi tych jednostek, nie mając waloru normatywnego, w rozumieniu źródła powszechnie obowiązującego prawa, stanowią jednak podstawową wskazówkę kontroli wzorców umownych dokonywanej przesłankowo, w ramach zarzutu stosowania niedozwolonych postanowień umownych w indywidualnych sprawach konsumentów.

Kwestie obydwu przesłanek do uznania abuzywności danego postanowienia zostały już dostatecznie opracowane zarówno w doktrynie jak i judykaturze, nie ma więc potrzeby szczegółowego przytaczania wyrażonej tam argumentacji (w tym zakresie zob. wyrok SN z 13 lipca 2005 r., I CK 832/04, LEX nr 159111; wyrok SA w Warszawie z 17 kwietnia 2013 r., VI ACa 1096/12, LEX nr 1335762; E. Łętowska, Prawo umów konsumenckich, Wydawnictwo C.H.Beck 2001, s. 341 oraz G. Bieniek, H. Ciepla, St. Dmowski, J. Gudowski, K. Kołakowski, M. Sychowicz, T. Wiśniewski, Cz. Żuławska, Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania, tom 1, Wielkie Komentarze, Lexis Nexis 2009).

W powołanym orzecznictwie jak i w doktrynie przyjmuje się, że istotą „dobrego obyczaju” jest szeroko rozumiany szacunek do drugiego człowieka. Dobre obyczaje odwołują się do takich wartości, jak uczciwość, szczerowość, zaufanie, lojalność, rzetelność i fachowość. Sprzeczne z dobrymi obyczajami będą działania uniemożliwiające realizację tych wartości, w tym również takie, które zmierzają do niedoinformowania, dezinformacji, wykorzystania naiwności lub niewiedzy konsumenta. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazuje się, że działanie wbrew dobrym obyczajom wyraża się w tworzeniu klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stosunku obligacyjnego.

Jeśli chodzi o przesłankę „rażącego naruszenia interesów konsumenta” to znaczenie mają nie tylko (choć w przeważającym zakresie) interesy o charakterze ekonomicznym, lecz także takie dobra konsumenta jak jego czas, prywatność, wygoda, zdrowie konsumenta i jego bliskich, rzetelne traktowanie, prywatność, poczucie godności osobistej, satysfakcja z zawarcia umowy o określonej treści. Naruszenie jest „rażące”, jeśli poważnie i znacząco odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron.

Dla oceny abuzywności danego postanowienia umownego miarodajny jest test polegający na ustaleniu hipotetycznego stanu faktycznego, w którym kwestionowany zapis nie zostałby zastrzeżony i ustalenie, jak wówczas wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta. Jeżeli konsument byłby w lepszej sytuacji, gdyby konkretnego postanowienia wzorca nie było, należy przyjąć, że ma ono charakter nieuczciwy (por. wyrok SA w Warszawie z 11 października 2011 r., VI ACa 421/11, LEX nr 1171445).

Przenosząc powyższe na grunt przedmiotowej sprawy uznać należy, że zastrzeżenie przez pozwanego pobrania Oplaty Likwidacyjnej ustalonej jako w istocie ryczałtowy ułamek od Wartości Rachunku na wypadek jej rozwiązania przed upływem 15 lat od daty zawarcia, pozostaje w sprzeczności z dyspozycją art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że umowa na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy do kategorii umów z zakresu ubezpieczeń osobowych. Zgodnie z umową jej przedmiotem jest życie ubezpieczonego. W wypadku powoda zakresem ubezpieczenia objęto jego śmierć, lub dożycie końca okresu ubezpieczenia, co wprost wyartykułowano w treści przedmiotowego stosunku prawnego.

Umowę ubezpieczenia osobowego z mocy bezwzględnie obowiązującego przepisu prawa (art. 830 § 1 k.c.) ubezpieczony może wypowiedzieć w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku – ze skutkiem natychmiastowym.

Przepis ten ma charakter *ius cogens* a co za tym idzie, niedopuszczalne byłoby wyłączenie możliwości wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego w jej treści lub w treści ogólnych warunków ubezpieczenia. Możliwość wypowiedzenia jest prawem podmiotowym, z którego ubezpieczający może skorzystać bez względu na umowny czas trwania takiego stosunku ubezpieczenia osobowego a zatem zarówno w umowach zawartych na czas nieokreślony jak i na czas oznaczony.

Zdaniem Sądu, pozwany w Ogólnych Warunkach ubezpieczenia zapewnił w sposób jedynie formalny możliwość skorzystania z omawianego uprawnienia. Jest ono iluzoryczne a to z uwagi na to, że w razie rozwiązania umowy, pozwany dokonuje wypłaty Wartości Rachunku (Całkowity Wykup) z potrąceniem wysokiej Oplaty Likwidacyjnej, stanowiącej istotną barierę psychiczną dla konsumenta przed skorzystaniem z tegoż uprawnienia.

Zasadniczą przesłanką decydującą o abuzywnym charakterze ww. postanowień umownych jest zaakcentowany już fakt, iż wzorzec umowny stosowany przez pozwanego w żadnym miejscu nie definiuje, za jakie świadczenia wzajemne opłata jest pobierana, ewentualnie jakie wydatki pozwanego i za co są z niej pokrywane.

W braku definicji umownej, zasadne jest zatem sięgnięcie do Słownika Języka Polskiego, w którym pojęcie „opłata” to określona kwota pieniężna wypłacana za pewne świadczenia, czynności, usługi, za prawo do czegoś itp. (Słownik Języka Polskiego PWN, pod red. M. Szymczaka, Warszawa 1979, t. II, s. 529). Według Wielkiej Encyklopedii Prawa

przez „opłatę” rozumie się świadczenie pieniężne, w zamian za które podmiot ją uiszczający ma prawo żądać usługi, towaru lub działania (J. Stankiewicz (w:) E. Smoktunowicz (red.), Wielka Encyklopedia Prawa, s. 587).

W ocenie Sądu konieczność sprecyzowania tej instytucji była obowiązkiem pozwanego wynikającym z powinności, jakie nakłada nań art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. co do jednoznacznego i przejrzystego konstruowania wzorca. Na wagę precyzyjnego zdefiniowania opłat tożsamyh z tą, którą pobrano od powoda, zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z 18 grudnia 2013 r. I CSK 149/13 (LEX nr 1413038), wskazując, iż wyjaśnienie konsumentowi w postanowieniach WU mechanizmu wyliczania opłaty likwidacyjnej pozwoliłoby realnie ocenić ubezpieczającemu wszystkie aspekty proponowanej przez pośrednika umowy ubezpieczenia i ocenić, czy zawarcie umowy jest dla konsumenta rzeczywiście korzystne z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, które mogą nastąpić w przyszłości, a które mogą go skłonić do ewentualnego wcześniejszego rozwiązania tej umowy. Sąd Najwyższy dodał również, iż skoro brak jest jednoznacznego wskazania, że opłata likwidacyjna służy pokryciu znacznych kosztów ponoszonych przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem umowy, w tym kosztów akwizycji i prowizji pośrednika, a nadto ma na celu zrównoważenie szczególnego prawa przysługującego ubezpieczającemu w postaci prawa wykupu, takie więc ukształtowanie obowiązku nałożonego na konsumenta jest niezgodne z dobrymi obyczajami, zakładającymi lojalność przedsiębiorcy wobec konsumenta oraz konstruowanie jasnych i przejrzystych postanowień umownych bez zatajania jakichkolwiek okoliczności wpływających na prawną i ekonomiczną sytuację konsumenta w razie zawarcia umowy.

W ocenie Sądu stanowisko pozwanego co do pokrywania ponoszonych przez niego kosztów nie jest przekonujące ze względu na wskazywane przez niego wydatki, których poniesienie miało zostać zrekomensowane poprzez potrącenie spornej opłaty ze środków finansowych zgromadzonych na rachunku umownym powoda. Analiza twierdzeń pozwanego wskazuje, iż wydatki te nie były w żadnym razie powiązane z kosztami stricte towarzyszącymi rozwiązaniu umowy ubezpieczenia na życie. Wręcz przeciwnie, zdaniem Sądu, pozwany w ten sposób przerzuca na konsumentów koszty poniesione przy zawarciu umowy czy wręcz koszty ogólne prowadzenia działalności gospodarczej.

Godzi się wskazać, że to pozwany posiada pełną autonomię co do podejmowanych decyzji o zorganizowaniu swej działalności. To on decyduje o strategii sprzedaży produktów ubezpieczeniowych, o tym, w jakim stopniu korzystać będzie z własnych zasobów a w jakim z usług akwizycyjnych innych firm. Pozwany a nie konsument bierze udział w ustalaniu prowizji dla pośredników. Na powyższą okoliczność powód nie miał żadnego wpływu. To strona pozwana decyduje także o innych aspektach swej działalności w tym co do liczby otwartych placówek, zatrudnionych tam pracowników, czy wydatkach związanych z reklamą i promocją a zatem o tzw. kosztach pośrednich. Pozwany nie wykazał, by którakolwiek z tych kwestii mogła mieć adekwatny związek z kosztami rezygnacji powoda z umowy ubezpieczenia. Ogólne Warunki Ubezpieczenia nie wskazują nadto pokrywaniu dokładnie jakich kosztów służy sporna w niniejszym procesie Opłata Likwidacyjna.

W ocenie Sądu, dążenie do pomniejszenia start bądź zapewnienia zysków dla strony pozwanej nie może prowadzić do obciążenia tymże ryzykiem oraz wszelkimi ponoszonymi przez nią kosztami ubezpieczonego. Usprawiedliwienia dla powyższego nie stanowi nawet akcentowany przez pozwanego fakt, że umowy ubezpieczenia na życie, ze swej natury, mają długoterminowy charakter, co pozwala na rozłożenie w czasie kosztów ponoszonych przez zakład ubezpieczeń.

Przypomnieć należy ponownie, że pozwany pobierał w trakcie trwania umowy stosunkowo wysoką Opłatę Administracyjną. Sama zastosowana semantyka sugeruje, że służy ona pokrywaniu bieżących wydatków, stąd też uwagi pozwanego o ponoszonych kosztach, uznać należy za budzące dodatkowe wątpliwości. W licznych orzecznictwie sądowym dotyczącym opłat likwidacyjnych bądź podobnych klauzul umownych, nie zakwestionowano w prawdzie samej możliwości zastrzeżenia i pobrania opłat likwidacyjnych przez ubezpieczycieli. Za niedozwolone uznano jednakże klauzulę kształtującą jej wysokość ryczałtowo, w oderwaniu od kosztów faktycznie ponoszonych z zastrzeżeniem, iż we wzorcu umownym przedsiębiorca powinien dokładnie określić pokryciu jakich kosztów ma ona służyć.

Mimo, że pozwany miał prawo zagwarantować sobie zabezpieczenia na wypadek odstąpienia od umowy przez Ubezpieczonego, to nie może zyskać akceptacji fakt, że uczynił to w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Pozwany

jako profesjonalista powinien bowiem skonstruować warunki umowy w taki sposób, aby jak najbardziej jasno i przejrzysto wskazywały one konsumentowi, jakie będą realne koszty związane z funkcjonowaniem umowy, a także jakie będą realne koszty związane z wcześniejszym jej rozwiązaniem. Generalnie zatem już w samej umowie powinno być ustalone, np. w jakiej konkretnie kwocie prowizja w związku z zawarciem umowy została wypłacona pośrednikowi, który skierował powoda do tego towarzystwa i doradził mu zawarcie umowy. Wówczas rzeczywiście mogłaby być to podstawa do tego, aby pewne kwoty potrącić ze zwracanego świadczenia, tym bardziej, że konsument znając te kwoty, mógłby ocenić ryzyko, jakie wiązałyby się z wycofaniem się z umowy. O tym wszystkim powinien on być jednak powiadomiony już na etapie zawierania umowy. Nie wystarcza tu ogólnikowe powołanie się na rzekomo powszechnie znany fakt, że koszt wykupu alokowanych środków jest w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia wyższy niż w następnych. Nie stanowi też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter.

Sąd nie odmawia pozwanemu prawa do rozliczenia kosztów akwizycji i innych poniesionych w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy, wskazując jedynie na konieczność ich konkretyzacji i rzetelnego poinformowania klienta przed zawarciem umowy, czego pozwany w realiach niniejszej sprawy nie dopełnił (samo poinformowanie przez Ubezpieczającego o istnieniu Opłaty Likwidacyjnej oraz odwołanie się do procentowej wysokości zawartej w Tabeli Opłat nie spełnia tego wymogu). Na marginesie należy także dodać, iż pozwany nie wyjaśnił czy stosunek prawny łączący go z Ubezpieczającym, nie przewidywał zwrotu wypłaconej pośrednikowi prowizji (w całości lub części) w przypadku wcześniejszej rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia. Z doświadczenia zawodowego Sądu wynika, iż tego rodzaju zastrzeżenia, towarzystwa ubezpieczeń stosują powszechnie. Mimo to pobierają od Ubezpieczonych pełne opłaty likwidacyjne.

W realiach niniejszej sprawy brak jest także możliwości określenia wydatków połączonych z funkcjonowaniem przedsiębiorstwa pozwanego mianem szkody podlegającej naprawieniu w ramach odpowiedzialności kontraktowej za niewykonanie zobowiązania. Przedstawione przez pozwanego wydatki są zwykłymi wydatkami związanymi bądź z pozyskiwaniem klientów (prowizja) bądź z bieżącym funkcjonowaniem (koszty administracyjne koszty aktywizacji, reklama itp.). Powód w żadnym miejscu umowy po pierwsze nie zobowiązał się do ich poniesienia, po wtóre nie zobowiązał się od wykonywania umowy przez okres co najmniej 15 lat, zapewniając Ubezpieczycielowi zwrot poniesionych przez niego kosztów, o których poniesieniu nie miał na moment zawierania umowy świadomości.

Podsumowując, należy skonstatować, iż powód wykazał w sposób niebudzący wątpliwości wszystkie przesłanki abuzywności zapisów wzorca umownego w zakresie Opłaty Likwidacyjnej, a tym samym zasadność powództwa o zapłatę, co do kwoty 18 179,11 zł (Wartość rachunku na dzień umorzenia: 60 597,03 zł x 30% - k. 95), która wobec bezskuteczności ww. zapisu umownego została pobrana bez podstawy prawnej, stanowiąc nienależne świadczenie (art. 410 k.c.).

O odsetkach ustawowych od zasądzonych świadczeń pieniężnych orzeczono na podstawie art. 455 k.c. Konkretyzacja przez powoda roszczenia co do wysokości nastąpiła dopiero w pozwie, w związku z czym o odsetkach orzeczono od dnia następującego po dniu doręczenia pozwanemu (07 lipca 2016 r. – k. 59) odpisu pozwu z załącznikami, traktując tenże fakt jako wezwanie do zapłaty.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 zd. 1 in fine k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c.

Powód utrzymał się ze swoimi żądaniami w 22,87% (18 179,11 zł z 79 462,08 zł) ulegając pozwanemu w pozostałych 77,13%.

Na koszty poniesione przez powoda w łącznej kwocie 11 191,00 zł złożyły się: opłata sądowa od pozwu – 3 974,00 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17,00 zł, koszty zastępstwa procesowego w stawce minimalnej – 7 200,00 zł.

Pozwany poniósł koszty zastępstwa procesowego w kwocie 7 200,00 zł oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa 17 zł.



Dokonując zatem stosunkowego rozdzielenia tychże kosztów, zważywszy na ich wysokość oraz stosunek w jakim strony utrzymały się ze swoimi żądaniami należało zasądzić od powoda na rzecz pozwanego kwotę 3 007,09 zł ( $[7 217,00 \text{ zł} \times 77,13\%] - [11 191,00 \text{ zł} \times 22,87\%] = 5 566,47 \text{ zł} - 2 559,38 \text{ zł}$ ).

Z powołanych względów rozstrzygnięto, jak w sentencji wyroku.

(...)