

Sygn. akt **XXV C 562/17**

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 grudnia 2018 r.

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

Przewodniczący:	SSR del. Michał Jakubowski
Protokolant:	Karolina Knieć – Owczarek

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 12 grudnia 2018 r. w Warszawie

sprawy z powództwa **T. J.**

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

o zapłatę

1. Zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz powoda T. J. kwotę 70 315,94 zł (siedemdziesiąt tysięcy trzysta piętnaście złotych dziewięćdziesiąt cztery grosze) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 6 grudnia 2016 r. do dnia zapłaty.
2. Oddała powództwo w pozostałym zakresie.
3. Zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz powoda T. J. kwotę 5 050,12 zł (pięć tysięcy pięćdziesiąt złotych dwanaście groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt **XXV C 562/17**

UZASADNIENIE

Pozwem z 27 marca 2017 r. (data nadania przesyłki pocztowej) T. J. wystąpił przeciwko Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą we W. o zapłatę kwoty 109 754,46 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 29 listopada 2016 r. do dnia zapłaty oraz kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Podstawy swojego roszczenia o zapłatę powód opierał na twierdzeniach o nieważności umowy na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (nie wyjaśniono jak obliczana jest wartość aktywów netto funduszu kapitałowego, co przekłada się na wysokość wypłacanego świadczenia, brak oznaczenia świadczenia – uprawnienie to zostało scedowane na pozwanego, co jest niezgodne z prawem zobowiązań, wysoka opłata administracyjna przy jednoczesnym przerzuceniu ryzyka inwestycyjnego na ubezpieczonych, skomplikowany instrument pochodny – sprzeczność z naturą stosunku obligacyjnego i zasadami współżycia społecznego), wskazując dodatkowo na abuzywności postanowień umownych o opłacie likwidacyjnej (pozew – k. 2-24).

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

Pozwany zaprzeczył wszelkim twierdzeniom powoda poza wyraźnie przyznanymi. Ubezpieczyciel wyjaśnił sposób wyceny Jednostek Uczestnictwa, nabywania certyfikatów, a także mechanizmy wyceny Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Zwrócił uwagę, iż ochrona Składki Zainwestowanej zagwarantowana jest na koniec okresu odpowiedzialności, produkt ma długoletni charakter. Pozwany nigdy nie miał wpływu na wartość indeksu bazowego. Przepisy prawa dopuszczają zawieranie umów ubezpieczenia na życie z UFK, nie sposób przyjąć więc aby Umowa była sprzeczna z prawem. Pozwany zaprzeczył także aby Umowa naruszała zasady współżycia społecznego, skoro miała ona charakter inwestycyjny, wypłacane świadczenie uzależnione było od wielu czynników zewnętrznych. W ocenie pozwanego, Umowa nie zawiera także żadnych postanowień abuzywnych (Opłata Likwidacyjna stanowi główne świadczenie stron, postanowienia określającej jej wysokość nie naruszają dobrych obyczajów, równowagi stron, zastrzeżenie Opłaty Likwidacyjnej znajduje potwierdzenie w ustawach) (odpowiedź na pozew – k. 120-137).

W toku procesu powód dodatkowo wskazywał, iż za nieważnością Umowy przemawia także to, iż nie definiuje ona w sposób ścisły wysokości sumy ubezpieczenia – art. 831 § 1 k.c., cel Umowy jest sprzeczny ze stosunkiem prawnym ubezpieczenia, jego naturą. Powód upatrywał zasadności swoich roszczeń również w oświadczeniu o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia o przystąpieniu do umowy – wystąpienia wady oświadczeń woli po stronie powoda (pismo procesowe powoda z 19 lipca 2017 r. – k. 218-223; pismo procesowe powoda z 21 czerwca 2018 r. – k. 278-286).

Sąd ustalił, co następuje.

T. J. posiadał konta oszczędnościowe i bieżący rachunek bankowy w (...) Bank S.A. Opiekun klienta na odrębnym spotkaniu zaproponował powodowi alternatywne dla tradycyjnych lokat bankowych rozwiązanie w postaci umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Według deklaracji pracownika banku, oferowany produkt zapewniał gwarantowaną ochronę kapitału oraz wyższe odsetki niż w przypadku tradycyjnej lokaty, wyższe korzyści finansowe (około 10% rocznie). Powód oferowanego produktu nie traktował jako ubezpieczenia, lecz jako formę inwestycji, lokaty i pomnażania kapitału. Powód został poinformowany, iż produkt obliczony jest na okres 15 lat, nie wglębiał się jednak w konstrukcję ekonomiczną produktu, zasady jego funkcjonowania (dowód: zeznania T. J. w charakterze strony – k. 219v-220).

W dniu 02 września 2009 r. T. J. jako Ubezpieczony i jednocześnie konsument w rozumieniu art. 22 k.c., przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) o numerze certyfikatu nr (...). Ubezpieczającym był (...) Bank S.A. zaś Ubezpieczycielem Towarzystwo (...) S.A. (okoliczności bezsporne; dowód: odpis deklaracji przystąpienia – k. 39-40; odpis certyfikatu – k. 38).

Integralną część umowy stanowiły: Warunki (...) kod: (...), Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...), Tabela Opłat i Limitów do Umowy (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) – których otrzymanie przed przystąpieniem do ww. Umowy T. J. potwierdził własnoręcznym podpisem (dowód: odpis deklaracji przystąpienia – k. 39-40; odpis Załącznika nr 1 do Deklaracji Przystąpienia (...) – k. 48; odpis certyfikatu – k. 38; odpis Warunków (...) – k. 41-48; odpis Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) – k. 49-51; odpis Tabeli Opłat i Limitów Składek – k. 52).

Według deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia: Składka Zainwestowana wynosiła 506 250,00 zł; Składkę Pierwszą ustalono na 101 250,00 zł; Składkę Bieżącą na 2 655,00 zł; Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu = 1% x Składka Zainwestowana + 100% Wartość Rachunku; Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia: 100% Wartości Rachunku. Alokacja środków miała nastąpić w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...); Długość Okresu odpowiedzialności: 180 miesięcy; Data początku Okresu odpowiedzialności: 5 Dzień roboczy po zakończeniu Okresu Subskrypcji; Okres Subskrypcji, w którym Klient ma możliwość przystąpienia do ubezpieczenia od 11 sierpnia 2009 r. do 06 września 2009 r.; daty obserwacji: $t^{initial}$: 11 września 2009 r., t^{final} : 11 września 2024 r.; Osoba Uprawnionego: K. J..

Powód w deklaracji przystąpienia złożył nadto oświadczenie, iż wyraża zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W. (dowód: odpis deklaracji przystąpienia – k. 39-40; odpis Załącznika nr 1 do Deklaracji Przystąpienia (...) – k. 48).

Warunki (...) posługiwały się m.in. następującymi pojęciami zdefiniowanymi w Rozdziale 1: Aktywa ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego – środki pieniężne z tytułu wpłat Składek Pierwszych i Składek Bieżących po pomniejszeniu o Opłatę Administracyjną oraz prawa nabyte przez Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy oraz pożytki wynikające z tych praw; Alokacja – nabycie jednostek Uczestnictwa Funduszu za część Składki Pierwszej oraz Składki Bieżącej; Całkowity Wykup – zamiana przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu zapisanych na Rachunku na środki pieniężne na zasadach określonych w Rozdziale 14. Data Umorzenia – data zamiany przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu na środki pieniężne; Jednostki Uczestnictwa Funduszu – wyodrębniona część Aktywów UFK, jednostki Uczestnictwa Funduszu posiadają jednakową wartość i reprezentują prawa majątkowe uczestników UFK, Jednostki Uczestnictwa Funduszu nie stanowią odrębnego od Umowy prawa, nie mogą być zbywane na rzecz osób trzecich, nie są oprocentowane; Składka Zainwestowana – wskazana w Deklaracji Przystąpienia kwota, która zostanie zainwestowana w UFK w ciągu całego Okresu odpowiedzialności; Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy – wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze Składek Pierwszych i Składek Bieżących, inwestowany zgodnie z przyjętą w Regulaminie UFK strategią inwestycyjną; Wartość Aktywów Netto – wartość wszystkich Aktywów UFK pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ustalona zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie UFK; Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu – Wartość aktywów netto UFK dzielona przez liczbę wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu; Wartość Rachunku – bieżąca liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu znajdująca się na Rachunku pomnożona przez aktualną na dany dzień Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu; Zdarzenie Ubezpieczeniowe – zgon Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub dożycie przez Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności (d: Rozdział 1 Warunków (...) – k. 41-42).

Przedmiotem i zakresem 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. Celem ubezpieczenia było nadto gromadzenie i inwestowanie środków finansowych Ubezpieczonego przy wykorzystaniu UFK (d: Rozdział II ust. 1 i 2 Warunków ubezpieczenia (...) – k. 42).

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy podzielony jest na jednostki Uczestnictwa Funduszu reprezentujące udziały Ubezpieczonych w Aktywach Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Jednostki Uczestnictwa Funduszu nie przyznawały Ubezpieczonemu prawa do aktywów Ubezpieczyciela. Zasady Funkcjonowania ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, w szczególności sposób lokowania środków UFK oraz sposób wyceny jednostek Uczestnictwa Funduszu regulował Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (d: Rozdział 7 ust. 1 i 2 Warunków (...) – k. 44).

Ubezpieczyciel pobierał opłaty: Administracyjną, w ramach której pobierana była Opłata za ryzyko; Likwidacyjną – wysokość których określa Tabela Opłat i Limitów Składek.

Opłata Administracyjna naliczana była procentowo zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek od wartości Składki Zainwestowanej i pobierana była miesięcznie ze Składki Bieżącej w Dniu zapłaty Składki Bieżącej.

Opłata Likwidacyjna naliczana i pobierana była, w przypadku Całkowitego wykupu, procentowo zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek od wartości umorzonych Jednostek Uczestnictwa Funduszu z Rachunku. Pobranie następowało poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej Ubezpieczonemu o wartość Opłaty Likwidacyjnej.

Opłata za ryzyko była opłatą pobieraną z tytułu udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, pobieraną w ramach Opłaty Administracyjnej (d: Rozdział 8 ust. 1-5 Warunków (...) – k. 44-45).

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek do Umowy z (...) opłata likwidacyjna przez pierwsze trzy lata trwania okresu odpowiedzialności wynosiła 100% Wartości Rachunku. W latach następnych jej wysokość malała wynosząc po okresie 4 lat – 75%, 5 lat – 50%, 6 lat – 30%, 7 lat – 20%, 8 lat – 15%, 9 lat – 10%, 10 lat – 5%, 10 lat – 4%, 12 lat – 3%, 13 lat

– 2%, 14 – 15 lat – 1% wartości rachunku. Opłata Administracyjna wynosiła 0,96% w skali roku zaś Opłata za ryzyko 0,05% w skali roku – naliczane od Składki Zainwestowanej (d: Tabela Opłat i Limitów (...) – k. 52).

W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel wypłacał Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu Świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności wynosiła 100% Wartości Rachunku w Dacie Umorzenia, ustalonej zgodnie z zapisami §4 ust. 5 Regulaminu. Wysokość świadczenia z tytułu dożycia ustalana jest po umorzeniu na Rachunku Jednostek Uczestnictwa Funduszu.

Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ustalana jest po umorzeniu na Rachunku Jednostek Uczestnictwa Funduszu. Umorzenie wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, według wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu z daty zgonu. Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu wynosiła: 1% x Składka Zainwestowana + 100% Wartości Rachunku w Dacie Umorzenia (d: Rozdział 10 Warunków (...) – k. 45).

Klient w Okresie Subskrypcji lub Ubezpieczony po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej mógł zrezygnować z ubezpieczenia z zachowaniem formy pisemnej. W razie rezygnacji Klienta z ubezpieczenia w Okresie Subskrypcji, Ubezpieczyciel, w terminie 5 Dni roboczych od dnia otrzymania oryginału oświadczenia, zwracał Klientowi zapłaconą Składkę Pierwszą oraz pierwszą Składkę Bieżącą na rachunek bankowy wskazany przez Klienta.

W razie Całkowitego Wykupu, Ubezpieczyciel wypłacał Ubezpieczonemu kwotę równą Wartości Rachunku pomniejszoną o stosowny podatek (w przypadku wypracowania zysku) oraz o Opłatę Likwidacyjną. Umorzenie wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu na Rachunku następowało najpóźniej 10 Dnia roboczego po dniu otrzymania przez Ubezpieczonego oryginału oświadczenia o rezygnacji, według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu obowiązującej w Dacie Umorzenia (d: Rozdział 14 ust. 1,2,6,7 Warunków (...) – k. 47).

Ubezpieczający, nie rzadziej niż raz w roku, zobowiązał się pisemnie informować Ubezpieczonego o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących na określony dzień z tytułu Umowy, ustalonych przy założeniu, że w tym dniu nastąpiłoby Zdarzenie ubezpieczeniowe lub ustalana byłaby wartość Całkowitego wykupu, niezwłocznie po otrzymaniu o tym informacji od Ubezpieczyciela (d: Rozdział 15 ust. 6 Warunków (...) – k. 47).

Zganie z postanowieniami Regulaminu (...) Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy powstawał ze Składek Pierwszych i Składek Bieżących, wpłacanych przez Ubezpieczonych po pomniejszeniu o Opłatę Administracyjną.

Celem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego było powiększanie wartości aktywów UFK w wyniku wzrostu wartości lokat UFK. Ubezpieczyciel nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego (d: §3 ust. 1-3 Regulaminu (...) – k. 49).

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy jest wydzielona rachunkowo częścią aktywów Ubezpieczyciela, podzieloną na Jednostki Uczestnictwa Funduszu. Aktywa netto UFK są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny.

Środki Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego lokowane są do 100% w certyfikaty wyemitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...) Return I. (Kod B.: (...)). Certyfikaty emitowane przez (...) wyceniane są w PLN. (...) Return stworzony przez Bank (...) umożliwia zdywersyfikowaną ekspozycję na rynek akcji europejskich, amerykańskich, japońskich i rynków rozwijających się, nieruchomości europejskich, obligacji europejskich i surowców

Po zakończeniu Okresu odpowiedzialności, certyfikaty gwarantują zwrot kwoty odpowiadającej Składce Zainwestowanej powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę Indeksu (...) Return I.. Po zakończeniu Okresu

odpowiedzialności Wartość Rachunku miała zostać obliczona wzorem: Składka Zainwestowana x (100% + MAX [0%: I. dzielony przez I. – 1]) (d: § 4 ust. 1-5 Regulaminu (...) – k. 49-50).

Wartość jednostki Uczestnictwa Funduszu ustalana jest w Dniach wyceny – obliczana jako iloraz Wartości aktywów netto UFK w Dniu wyceny i liczby Wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dniu wyceny. Wartość jednostki Uczestnictwa Funduszu publikowana jest nie rzadziej niż raz w roku w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim oraz na stronie internetowej (...) (d: §6 ust. 1-4 Regulaminu (...) – k. 50).

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy podzielony jest na jednostki Uczestnictwa Funduszu o jednakowej wartości nabywane za Składkę Pierwszą oraz Składki Bieżące po pomniejszeniu o Opłatę Administracyjną, alokowane w UFK.

Nabyta liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu równa była ilorazowi kwoty przekazywanej do UFK z tytułu opłacenia przez Ubezpieczonego Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących po pomniejszeniu o Opłatę Administracyjną i wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie nabycia.

Wartość początkowa Jednostki Uczestnictwa Funduszu wynosiła 200,00 zł. Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszy zmieniała się zgodnie ze zmianą Wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego przypadających na Jednostkę Uczestnictwa Funduszu (d: §7 ust. 1-4 Regulaminu (...) – k. 50).

Umorzenie jednostek Uczestnictwa Funduszu następowało w razie: likwidacji Rachunku; likwidacji UFK. Umorzenie Jednostek Uczestnictwa Funduszu polega na zamianie Jednostek Uczestnictwa Funduszu na kwotę pieniężną według Wartości jednostki Uczestnictwa Funduszu obowiązującej w Dacie Umorzenia (d: §8 ust. 1 i 2 Regulaminu (...) – k. 51).

Likwidacja Rachunku polegała na umorzeniu wszystkich zgromadzonych przez Ubezpieczonego Jednostek Uczestnictwa Funduszu i następowała w przypadku:

- a. Rezygnacji z ubezpieczenia,
- b. Rozwiązania stosunku ubezpieczenia,
- c. Wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu,
- d. Wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia (d: §9 ust. 1 i 2 Regulaminu (...) – k. 51).

T. J., przed przystąpieniem do Umowy, nie zapoznał się szczegółowo z powyższymi postanowieniami umownymi, nie wglębiał się w konstrukcję produktu, nie dopytywał od czego zależy oprocentowanie, nie miało to dla niego znaczenia, decyzja została podjęta wobec deklaracji banku o wyższej rocznej stopie oprocentowania aniżeli w przypadku lokat bankowych. Powód przy podejmowaniu decyzji o przystąpieniu do Umowy, opierał się przede wszystkim na informacjach przekazywanych przez pracownika banku, przedstawianych przez niego wykresach wzrostu inwestycji. Powód uważał, iż pracownik banku jako specjalista i jego osobisty doradca, działa w interesie klienta. T. J. nie pytał o to, co stanie się w przypadku wcześniejszej rezygnacji z produktu, gdyż nie brał takiej możliwości pod uwagę (dowód: zeznania T. J. w charakterze strony – k. 219v-220).

Decyzją nr (...) z dnia 31 grudnia 2013 r., po przeprowadzeniu wszczętego z urzędu postępowania administracyjnego w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów:

„I. na podstawie art. 27 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331 ze zm., zwanej dalej „ustawą o ochronie konkurencji i konsumentów” lub „u.o.k.i.k.”) uznał za naruszającą zbiorowe interesy konsumentów praktykę, o której mowa w art. 24 ust. 1 i ust. 2 pkt 3 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, stosowaną przez (...) Bank S.A. z siedzibą w W. polegającą na przekazywaniu w trakcie prezentowania informacji dotyczących możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z

ubezpieceniowym funduszem kapitałowym cech produktów w placówkach Banku oraz placówkach franchisingowych w sposób mogący wprowadzać konsumentów w błąd w zakresie ryzyka związanego z inwestowaniem środków pieniężnych w ramach przedmiotowych produktów poprzez wyeksponowanie korzyści związanych z inwestycją kosztem informacji dotyczących okoliczności, w których inwestycja może nie przynieść zysku lub wygenerować straty, a także kosztów związanych z rozwiązaniem umowy w trakcie jej trwania, co stanowi nieuczciwą praktykę rynkową, o jakiej mowa w art. 5 ust. 3 pkt 2 w związku z art. 5 ust. 1 oraz art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. Nr 171, poz. 1206, zwanej dalej „ustawą o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym” lub „u.p.n.p.r.”) i stwierdził zaniechanie jej stosowania z dniem 3 grudnia 2012 r.

II. na podstawie art. 26 ust. 2 w związku z art. 27 ust. 4 w związku z art. 27 ust. 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, określił środek usunięcia trwających skutków naruszenia zbiorowych interesów konsumentów w postaci publikacji punktu pierwszego sentencji decyzji na stronie internetowej przedsiębiorcy (...) Bank S.A. przez okres jednego miesiąca”.

(...) (...) Bank zaskarżył przedmiotową decyzję do sądu, który wyrokiem z 21 czerwca 2016 r., sygn. akt XVII AmA 129/14 oddalił odwołanie banku. Od wydanego rozstrzygnięcia (...) Bank S.A. wniósł apelację, która została oddalona wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 23 stycznia 2018 r., sygn. akt VII AGa 808/18 (dowód: decyzja Prezesa UOKiK nr (...) dostępna na stronie internetowej Urzędu; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 23 stycznia 2018 r., VII AGa 808/18 dostępny na Portalu Orzeczeń Sądu Apelacyjnego w Warszawie).

Zgodnie ze strategią inwestycyjną opisaną w Regulaminie, składki ubezpieczonych lokowane były w certyfikaty strukturyzowane i obligacje emitowane przez bank (...) z siedzibą w Holandii. Certyfikaty miały gwarancję banku (...) z siedzibą w P.. Certyfikaty miały 15 letni okres zapadalności licząc od daty emisji. W dacie zapadalności wypłacają nominal posiadaczowi certyfikatu powiększony o zysk, jeżeli ten się pojawił z indeksu powiązanego z certyfikatem. Zysk kalkulowany był na zasadzie zmiany procentowej indeksu pomiędzy dwoma datami, datą początkowa ubezpieczenia i datą końcową. Jeżeli indeks nie wzrośnie pomiędzy dwiema ww. datami, wówczas każdy uczestnik funduszu w dacie zapadalności tego funduszu, czyli po 15 latach otrzymywał nominal certyfikatu, będący tak naprawdę ekwiwalentem Składki Zainwestowanej przez klienta. Klient ryzykował w okresie 15 lat inwestycji opłaty administracyjne pobierane przez cały okres ubezpieczenia od Składki Zainwestowanej.

Wartość aktywów w certyfikatach strukturyzowanych przez pierwsze lata wyznaczana była przez agenta kalkulacyjnego. Jest to podmiot wskazany przez bank (...), który wyznacza na bazie dziennej, wyceny tych certyfikatów w oparciu o wycenę aktywów, składników tych certyfikatów. Ubezpieczyciel bazując na tej wycenie, mógł dokonywać jedynie jej weryfikacji, raz w miesiącu, na każdą datę bilansową za pomocą danych z systemu B..

Okoliczność, że rzeczony wyceny dokonywał agent kalkulacyjny wynikała z umowy zawartej między Ubezpieczycielem a bankiem inwestycyjnym. Zakład ubezpieczeń nie znał dokładnie modelu wyceny stosowanego przez agenta kalkulacyjnego. Metody wyceny stosowane przez agenta kalkulacyjnego oraz Ubezpieczyciela prawdopodobnie są jednakże bardzo zbliżone. W 2014 r. opracowanie stosownego modelu wyceny, Ubezpieczyciel zlecił profesjonalnemu podmiotowi, zajmującemu się budowaniem tego rodzaju modeli, wyceniając je według wartości godziwej. Ubezpieczyciel nie miał wpływu zarówno na wycenę certyfikatów jak i indeksu zarówno w okresie wyceny dokonywanej przez agenta kalkulacyjnego jak i obecnie, przy stosowaniu modelu wyceny. Ubezpieczyciel ani żaden inny podmiot nie publikują modelu wyceny dla opcji, innych instrumentów strukturyzowanych. Przeciętny konsument, bez wiedzy specjalistycznej nie byłby w stanie samodzielnie zweryfikować stosowanej wyceny w oparciu o informacje publikowane w powszechnie dostępnych serwisach finansowych.

Wartość certyfikatów wpływała na wartość wyceny funduszu z UFK, przekładając się na wycenę rachunku klienta, zwłaszcza w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy. Instrumenty finansowe nabywane przez ww. fundusze nie są notowane na rynku giełdowym, publicznym lecz są przedmiotem obrotu na rynku międzybankowym. Zakład

ubezpieczeń nabywając certyfikaty zobowiązany jest zapłacić składkę pierwszą w wysokości 20% wartości certyfikatu, plus pierwszą składkę bieżącą. Pozostałe prawie 80%, dzielone jest na równe miesięczne raty na okres 15 lat.

Powyższy sposób opłacenia wykupywanych certyfikatów (stopniowe opłacanie wartości nominalnej przez 15 lat - dźwignia finansowa) powodował, iż na wartość certyfikatów, zwłaszcza na początku obowiązywania umów z UFK, miały wpływ czynniki rynkowe takie jak: wysokość stóp procentowych. Wpływ tych czynników neutralizował się wraz z upływem czasu, stopniem opłacenia certyfikatów, w dniu zapadalności nie miał on już żadnego wpływu na wartość certyfikatów, które były opłacone w całości, osiągając wartość nominalną. Następnie wartość ta przemnażana będzie po 15 latach na zasadach określonych w Umowie, przez wartość indexu i wypłacana ubezpieczonemu z zastrzeżeniem, iż wypłacone środki nie mogą być niższe aniżeli Składka Zainwestowana (dowód: zeznania R. P. – k. 258-259, transkrypcja – k. 262-271).

Po upływie około 5 lata od daty przystąpienia do Umowy, powód postanowił się dowiedzieć jak działa zaoferowany mu produkt. Zaczęły bowiem docierać do niego negatywne doniesienia medialne o polisolokatach. Powód pod koniec 2014 roku zwrócił się do banku z prośbą o wyjaśnienie jak działa nabyty przez niego produkt (ile udało się zarobić). Okazało się wówczas, iż zamiast nominalnej wartości wpłaconych środków plus odsetki, rachunek opiewa na znacznie niższą kwotę (około 60% płaconych środków), co było sprzeczne z deklaracjami pracownika banku przy przystępowaniu do Umowy. Pracownicy banku, nie byli w stanie wytłumaczyć powodowi powstałych rozbieżności między deklaracjami pracownika a Wartością Rachunku. Nie byli również w stanie wyjaśnić czy obecny trend spadkowy jest wyłącznie chwilowy, czy też wartość rachunku, mimo regularnych wpłat w dalszym ciągu będzie spadać. Po konsultacji z żoną, powód podjął decyzję o rezygnacji z Umowy (dowód: zeznania T. J. w charakterze strony – k. 219v-220).

W dniu 27 stycznia 2015 r. T. J. złożył oświadczenie o rezygnacji z Umowy (okoliczność bezsporna; dowód: odpis oświadczenia z 27 stycznia 2015 r. – k. 54-55).

Powód w okresie obowiązywania Umowy wpłacił kwotę w łącznej wysokości 273 825,00 zł. Pozwany wypłacił powodowi z tytułu Całkowitego Wykupu kwotę 164 070,54 zł. Umarzając Jednostki Uczestnictwa a następnie wypłacając powodowi ww. kwotę, pozwany potrącił Oplatę Likwidacyjną w wysokości 70 315,94 zł – co stanowiło 30% Wartości Rachunku wynoszącego na dzień 10 lutego 2015 r. łącznie 234 386,48 zł (dowód: wydruk z potwierdzenia przelewu – Wykup Całkowity – k. 56, zestawienie operacji na rachunku ubezpieczenia – k. 57; wydruki z potwierdzeń wpłat i przelewów – k. 58-98; kalkulacja całkowitego wykupu – k. 103-104).

Pismem z 21 listopada 2016 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 109 754,46 zł, stanowiącej różnicę między wpłaconą przez powoda kwotą 273 825,00 zł a wypłaconą przez pozwanego kwotą 164 070,54 zł – zakreślając jednocześnie pozwanemu termin 7 dni od otrzymania wezwania na spełnienie świadczenia. W odpowiedzi z 20 grudnia 2016 r. pozwany odmówił spełnienia żądań powoda (dowód: odpis wezwania do zapłaty – k. 99-100; odpis potwierdzenia odbioru z 28 listopada 2016 r. – k. 102; odpis pisma z 20 grudnia 2016 r. – k. 103-104).

T. J. w pismach datowanych na dzień 06 czerwca 2018 r. złożył pozwanemu oraz (...) Bank S.A. oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...). Jako podstawę oświadczenia wskazano: wywołanie błędnego przeświadczenia, co do charakterystyki aktywów, w które miały być inwestowane środki funduszu, zasad, terminów i sposobów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (tym samym zasad ustalania wartości wykupu ubezpieczenia), a także niepoinformowanie mnie o wszystkich ryzykach związanych z przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia. Powód dodał, iż błędne przeświadczenie zostało wywołane w szczególności działaniami osób oferujących produkt ubezpieczeniowy z ramienia (...) Bank S.A. oraz uregulowaniami Warunków ubezpieczenia (...) oraz Regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, które zostały zredagowane przez Towarzystwo (...) S.A. (dowód: odpisy oświadczeń o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli o przystąpieniu do umowy wraz z potwierdzeniami nadania – k. 287-296).

Za podstawę ustaleń faktycznych w rozpoznawanej sprawie Sąd przyjął dokumentację zgromadzoną w aktach sprawy, a załączoną przez strony w postaci dokumentów prywatnych, wydruków z rachunku bankowego – złożonych w

uwiaryzelnionych odpisach. Wartość dowodowa rzeczonych dokumentów i wydruków nie była podważana przez żadną ze stron. Sąd również nie znalazł podstaw do kwestionowania ich wiarygodności.

Złożone przez pozwane Towarzystwo (...) opinie prywatne sporządzone na zlecenie pozwanego były irrelewantne 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.

Czyniąc ustalenia faktyczne istotne dla rozstrzygnięcia Sąd oparł się także na zeznaniach przesłuchanego w sprawie świadka R. P.. Oceniając je, Sąd miał na względzie, iż miały one jedynie na celu przybliżenie sposobu ustalania przez pozwanego wysokości świadczeń ubezpieczeniowych w przypadkach wskazanych we wzorcach umownych. Poza potwierdzeniem przez świadka informacji zawartych w postanowieniach umownych, nie sposób było zweryfikować ich prawdziwości w pełnym zakresie. Skoro jednakże powód nie wnioskuje o przedstawienie dokumentów potwierdzających informacje przekazywane przez świadka, Sąd włączył je do podstaw rozstrzygnięcia jako spójne i logiczne.

Sąd zważył, co następuje.

Powództwo w przeważającej części zasługiwało na uwzględnienie.

Pochylając się nad roszczeniami powoda, punktem wyjścia dla ich oceny jest ustalenie czy powód składając na piśmie oświadczenia woli z 06 czerwca 2018 r. skutecznie uchylił się od skutków prawnych oświadczeń woli zawartych w Deklaracjach Przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK. Skuteczne uchylenie się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu czyni bowiem dany stosunek prawny nieważnym *ex tunc*. Świadczenia spełnione w jego wykonaniu są świadczeniami nienależnymi (art. 410 § 2). Podstawą żądania ich zwrotu są natomiast 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 złożonyby oświadczenia tej treści (błąd istotny) (§2).

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).

Przy ocenie koncepcji powoda, wdrożonej do procesu w następstwie zeznań świadka R. P. zaakcentować należy dwie istotne kwestie. Po pierwsze wyraźnie odróżnić należy badanie spełnienia przez pozwanego ustawowych obowiązków informacyjnych spoczywających na Ubezpieczycielu, wynikających z konstrukcji prawnej umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK (zgodność z prawem – ta nastąpi w dalszej części uzasadnienia) od kwestii badania wad oświadczeń woli konsumenta, który przystąpił do stosunku prawnego o określonych cechach. Po wtóre odtworzyć należało, jakie konkretne zewnętrzne czynniki, wyeksponowane cechy oferowanego produktu zadecydowały o tym, iż powód zdecydował się na przystąpienie do Umowy, co zadecydowało o mylnym wyobrażeniu powoda o treści czynności prawnej. Nie można również zapominać, że błąd dotyczyć musi stanu istniejącego w momencie przystępowania do Umowy, nie zaś okoliczności, które nastąpiły w toku wykonywania Umowy, doprowadzając stronę do przekonania, że decyzja o jej zawarciu była błędna.

Mając na względzie powyższe rozważania oraz wynik postępowania dowodowego, w ocenie Sądu, zasadnicza przyczyna błędnego przekonania powoda, co do treści stosunku prawnego do którego przystępuje, mylnego wyobrażenia o rzeczywistym stanie rzeczy, nie leżała w braku szczegółowego opisu mechanizmów ustalania Wartości Rachunku, zasad wyceny UFK i Jednostek Uczestnictwa w treści Umowy, lecz informacjach przekazywanych powodowi przez doradcę klienta w (...) Bank S.A., który zaproponował powodowi sporny produkt, jako formę bezpiecznego, stabilnego oszczędzania.

Jak wynika z zeznań powoda w charakterze strony, w momencie przystępowania do Umowy, powoda nie interesowały szczegółowe mechanizmy ekonomiczne działania produktu. Powód nie dopytywał o nie swojego doradcy bankowego. Mimo, iż niechętnie, powód zeznając przed Sądem, przyznał, że nie analizował szczegółowo postanowień umownych. Oparł się przede wszystkim na cechach produktu, przedstawionych mu przez doradcę. Z treści zeznań powoda wynika, iż nawet mimo wniesienia powództwa (z pomocą profesjonalnego pełnomocnika), nadal nie potrafił określić rzeczywistych cech produktu, dających się wyodrębnić z analizy treści Umowy. Powód postrzegał sporny produkt jako swoistą długoterminową lokatę bankową, zapewniającą mu stały stabilny zysk, w postaci odsetek (według deklaracji pracownika banku, nawet do 10% rocznie), bez ryzyka straty (powód nadal dla określenia produktu, posługiwał się sformułowaniem „lokata”). Pracownik banku – instytucji zaufania publicznego, winien obiektywnie i uczciwie przedstawić ofertę pozwanego. Tymczasem jak ustalono, sposób postrzegania przez powoda treści Umowy, a zatem jej cech przedmiotowo istotnych z punktu widzenia jej inwestycyjnego charakteru, został wypaczony przez pracownika banku, który wprowadził powoda w błąd, w zakresie okoliczności wpływających na podjęcie decyzji o przystąpieniu do Umowy.

Powyższą konstatację (jak i wiarygodność zeznań powoda) potwierdza prawomocna decyzja Prezesa UOKiK nr (...) z dnia 31 grudnia 2013 r., w której stwierdzono, iż sposób prezentowania przez (...) Bank S.A. (obecnie (...) Bank S.A.) informacji dotyczących możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym cech produktów w placówkach banku oraz placówkach franchisingowych mógł wprowadzać konsumentów w błąd w zakresie ryzyka związanego z inwestowaniem środków pieniężnych w ramach przedmiotowych produktów poprzez wyeksponowanie korzyści związanych z inwestycją kosztem informacji dotyczących okoliczności, w których inwestycja może nie przynieść zysku lub wygenerować straty, a także kosztów związanych z rozwiązaniem umowy w trakcie jej trwania, co stanowi nieuczciwą praktykę rynkową, o jakiej mowa w art. 5 ust. 3 pkt 2 w związku z art. 5 ust. 1 oraz art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym. Mimo, że powołana decyzja jest wiążąca dla sądów powszechnych, w procesach konsumentów opartych m.in. na art. 12 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (zob. uzasadnienie postanowienia SN z 23 kwietnia 2015 r., III SK 61/14, LEX nr 1712832 oraz uzasadnienie uchwały SN z 23 lipca 2008 r., III CZP 52/08, LEX nr 408406 – uchwała dotyczy nadużycia pozycji dominującej, ale poruszono w niej problem prejudycjalnego charakteru decyzji Prezesa UOKiK) istota uregulowań zawartych w art. 5 ust. 1 oraz art. 4 ust. 1 i 2 u.p.n.p.r. opiera się na założeniu, iż przedsiębiorca oddziałuje na sferę decyzyjną konsumenta, prowadząc do zniekształcenia jego decyzji rynkowych. Wprowadzenie w błąd przez praktykę rynkową zawsze zmierza do wytworzenia w świadomości

konsumenta mylnego obrazu rzeczywistości. Dyspozycja ww. przepisów w zakresie postrzegania oraz istoty błędu przy dokonywaniu czynności prawnych pozostaje bardzo zbliżona z dyspozycją art. 84 k.c. Na marginesie należy dodać, iż jak wynika z doświadczenia zawodowego Sądu, uzyskanego w podobnych sporach, mylne wyobrażenie o cechach produktu (długoterminowa lokata bankowa) wywołane przez podmiot oferujący umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK, zostało wywołane nie tylko u powoda, ale również innych konsumentów, co także potwierdza pośrednio, nieprawidłowości w procesie oferowania produktu oraz trafność decyzji Prezesa UOKiK.

Istotną z punktu widzenia omawianej wady oświadczenia woli okolicznością było ustalenie momentu w którym powód uświadomił sobie, iż został na etapie przystępowania do Umowy, wprowadzony w błąd. Zdaniem Sądu powód zdał sobie sprawę z tego, iż Umowa nie posiada cech o których zapewniał go pracownik banku w momencie gdy w zaniepokojony doniesieniami medialnymi o polisokatkach, udał się do placówki banku w celu ustalenia, co dzieje się z zainwestowanymi środkami. Gdy pracownik banku przedstawił powodowi Wartość Rachunku, która odzwierciedlała jedynie ułamek wartości zainwestowanych środków, powód zrozumiał, iż produkt nie stanowi alternatywy dla lokat bankowych, nie działa on na takich zasadach jak lokata bankowa (wplacona kwota + odsetki za określony okres). Przedmiotowe przeświadczenie stanowiło zasadniczy motyw, którym kierował się powód, decydując się na sporny produkt, rezygnując z tradycyjnych form oszczędzania na lokatach bankowych. To właśnie w tym momencie, a nie w związku z zeznaniami świadka R. P., powód zorientował się, iż jego wyobrażenie o treści Umowy, powstałe na etapie oferowania mu produktu było błędne. Powoda nie interesowały ekonomiczne mechanizmy działania produktu (co kilkakrotnie podkreślał w trakcie zeznań w charakterze strony), które powodowały, iż produkt w pierwszych latach inwestowania, był wrażliwy na zewnętrzne czynniki rynkowe takie jak m.in. wysokość stóp procentowych. Na etapie oferowania spornej Umowy, czynnikami wpływającymi na decyzje powoda było bezpieczeństwo inwestowanych środków, mechanizm działania podobny do lokaty bankowej zapewniający jednakże wyższe roczne oprocentowanie. Na skutek działań pracownika banku, powód pozostawał w przeświadczeniu, iż produkt co roku wraz z regularnym opłacaniem Składek Bieżących, generować będzie określony zysk w postaci odsetek od zainwestowanego kapitału (przeświadczenie powoda jak wynika z wiedzy zawodowej Sądu, nie było odosobnionym przypadkiem, także w innych sporach przed tut. Sądem konsumenci opisują w ten sposób swoje przeświadczenia o cechach spornego produktu). Stan wiedzy powoda uległ weryfikacji na przełomie 2014 i 2015 roku, kiedy powód po wizycie w placówce bankowej odkrył, iż produkt generuje straty, nie posiada istotnych dla powoda cech o których zapewniał go sprzedawca, a które były decydujące przy podjęciu decyzji o przystąpieniu do Umowy. Efektem wykrycia błędu przez powoda było złożenie po konsultacji z żoną, oświadczenia z 27 stycznia 2015 r. o rezygnacji z Umowy (k. 54-55). Błędne wyobrażenie powoda o cechach produktu nie wynikało bezpośrednio z treści Umowy (powód nie analizował jej postanowień, zapoznał się nią jedynie pobieżnie) lecz zapewnień pracownika banku, osobistego doradcy klienta, którego zapewnieniom powód w pełni zaufał. Składając tymczasem w dniu 05 czerwca 2018 r. oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia z UFK (k. 287-289), powód opierał się bezpośrednio na treści Umowy, mechanizmach ekonomicznych jej funkcjonowania, deficytach informacyjnych wynikających z treści stosunku prawnego. Elementy te jednakże na etapie oferowania mu produktu, powód zupełnie zignorował, nie miały one wpływu na podjęcie przez niego decyzji o przystąpieniu do spornej Umowy. Z treści zeznań powoda w charakterze strony (skrócony protokół rozprawy nie oddaje ich pełnego wydźwięku), wywieść wręcz należy wniosek, iż powoda w momencie przystępowania do Umowy, nie interesowało to w jaki sposób owy produkt działa (z ekonomicznego punktu widzenia). Liczyło się wyłącznie to, iż według zapewnień sprzedawcy produkt jest bezpieczny, zapewnia stały zysk w postaci odsetek od zainwestowanego kapitału, wyższych aniżeli na lokacie bankowej.

Reasumując, w ocenie Sądu, okoliczności na które powołuje się obecnie strona powodowa w treści swojego oświadczenia z dnia 06 czerwca 2018 r., w momencie składania oświadczenia woli o przystąpieniu do Umowy, z punktu widzenia powoda nie miały znaczenia dla zaakceptowania przedstawionej mu oferty długoletniego oszczędzania. Wywołanie u powoda błędnego przekonania co do treści czynności prawnej było wynikiem zupełnie innych okoliczności, aniżeli powoływane w treści ww. oświadczenia, a które to okoliczności zostały wykryte przez powoda już na przełomie 2014 i 2015 roku. Dlatego też Sąd uznał oświadczenie powoda z 06 czerwca 2018 r. za nieskuteczne, wykreowane wyłącznie na potrzeby niniejszego postępowania. Okoliczności na które powołuje się powód w treści oświadczenia z 06 czerwca 2018 r. – zważywszy na przedstawiony przez powoda w czasie przesłuchania

w charakterze strony mechanizm podejmowania decyzji o przystąpieniu do Umowy, nie były subiektywnie istotne, co było warunkiem skuteczności tegoż oświadczenia. Skoro powód zaniechał samodzielnego, szczegółowego zapoznania się z treścią stosunku prawnego do którego przystępuje, opierając się wyłącznie na deklaracjach doradcy klienta, nie będąc zupełnie zainteresowanym wyjaśnieniem przez doradcę mechanizmów ekonomicznych działania produktu, nie może obecnie z okoliczności deficytu informacyjnego wywodzić korzystnych dla siebie skutków prawnych.

Sąd nie podziela także argumentacji powoda opartej na twierdzeniu o nieważności umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK, opartej na zasadach ogólnych wynikających z art. 58 k.c.

Wyraźnego zaznaczenia wymaga, 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, tudzież 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 techniczno – 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 (...) (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 (...) – 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 i 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, który w brzemieniu obowiązującym na datę przystępowania przez powódkę do spornych umów (porównaj Dz.U.2005.143.1204 i tekst jednolity Dz.U.2010.11.66) stanowiły:

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 cytowanego przepisu nie może ulegać wątpliwości, iż objęty sporem stosunek prawny 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 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 wskazujących na naruszenie przez postanowienia przedmiotowej 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 nieobjęta 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 wywodził naruszenie przez sporną Umowę art. 58 § 1 k.c., przede wszystkim w braku precyzyjnego określenia we wzorcu umownym sposobu określania wysokości Świadczeń Ubezpieczeniowych oraz Całkowitego Wykupu, co stanowi w ocenie powoda naruszenie art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1206, 1273 i 1348). Analiza wzorca umownego poczyniona w ustaleniach faktycznych, daje jednak w ocenie Sądu podstawy do twierdzenia, że jego konstrukcja normatywna odpowiada wszystkim powołanym wyżej kryteriom ustawowym. Powtórzyć należy, iż na gruncie spornego stosunku prawnego, jego celem (wynikającym z treści Umowy) było przede wszystkim pomnażanie udostępnionego przez Ubezpieczonego kapitału. W Umowie dominował cel inwestycyjny a nie ubezpieczeniowy, na co powód niewątpliwie się godził, co objęte było jego głównym zamiarem przy doborze produktu finansowego. 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 Opłaty Administracyjne.

Okoliczność pobierania stosunkowo wysokiej Opłaty Administracyjnej, potrącaniej ze Składek Bieżących nie zmienia powyższego zapatrywania. Opłata Administracyjna stanowi bowiem główne świadczenie powoda na rzecz pozwanego, zaś jej wysokość została precyzyjnie określona we wzorcu umownym, pozwalając przy pomocy prostych obliczeń matematycznych na samodzielne ustalenie jej wysokości zarówno w stosunku rocznym jak i na przestrzeni 15 lat wykonywania Umowy, jeszcze przed przystąpieniem do spornego stosunku prawnego.

Cel inwestycyjny Umowy przewidywał powierzenie Ubezpieczycielowi, środków finansowych Ubezpieczonego w celu ich ulokowania w określone instrumenty finansowe, określone w Regulaminie. Powód upatrując nieważności spornego stosunku prawnego z powodu naruszenia bezwzględnie obowiązujących przepisów ustawowych, zarzuca de facto 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. Pozwany zarówno na podstawie Umowy jak i ustawy, był uprawniony do inwestowania w instrumenty finansowe oferowane na rynku międzybankowym. Ustawodawca nie wprowadził w tym zakresie żadnych obostrzeń czy ograniczeń. Wręcz przeciwnie, z treści ww. dyrektyw jak i ustawy, wynika, iż od początku taka konstrukcja umów, była przewidywana.

Pozostając przy inwestycyjnym charakterze Umowy, zwrócić należy nadto uwagę, 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. Umowa o charakterze inwestycyjnym w odróżnieniu od stabilnych form lokowania kapitału jak lokata bankowa czy też obligacje Skarbu Państwa, ze swej natury nie zawiera zero jedynkowej i z góry znanej odpowiedzi w zakresie mechanizmu wyceny. Wsuwane przez powoda zarzuty, co do oznaczenia wysokości świadczenia zakładają natomiast obowiązek zawarcia w treści umowy przez pozwanego wszelkich okoliczności, wytycznych, metod, które brane są pod rozwagę przy wycenie spornych

elementów Umowy, a które podlegają ciągłym zmianom i modyfikacji. Spełnienie zakładanych obecnie przez powoda założeń, jest wręcz niemożliwe.

Indeks międzybankowy określony w Regulaminie na podstawie którego określana była finalnie wartość certyfikatów a w rezultacie także UFK i Jednostek Uczestnictwa, podobnie jak w przypadku klasycznych indeksów giełdowych, był 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 jego wahań. Pozwany od początku i założenia nie miał wpływu na wartość indeksu oraz certyfikatów, gdyż nie zarządzał nimi. 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. Sporna Umowa, z uwagi na jej treść, nie odbiega od założeń ustawodawczych.

Ubezpieczony w kontekście nieważności Umowy, zarzutu z art. 58 § 1 k.c. (a także na dalszym etapie procesu wad oświadczeń woli) wywodził, iż wobec braku szczegółowego określenia w Umowie zasad ustalania wartości UFK i Jednostek Uczestnictwa, Indeksu i certyfikatów, nie był w stanie zweryfikować wyliczeń Ubezpieczyciela, skontrolować sposobu dokonywanych wycen, wpływających na wartość wypłacanych świadczeń, Wartość Rachunku na danym etapie wykonywania Umowy. Należy powtórzyć jednakże, iż z punktu widzenia przepisów ww. ustawy, Umowa czyni zadość minimalnym wymaganiom stawianym przez prawo. Żadna powszechnie obowiązująca na dzień przystąpienia przez powoda do Umowy norma prawna nie nakładała na ubezpieczycieli obowiązku formułowania w umowach ubezpieczenia z UFK, precyzyjnego sposobu ustalania wartości UFK, Jednostek Uczestnictwa, Indeksów, instrumentów finansowych. Działalność zakładów ubezpieczeń w zakresie umów ubezpieczenia na życia z UFK, ich wyceny, poddana została 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 powódkę do spornych umów, 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 spornego typu stosunku prawnego, ustawowym mechanizmem kontrolnym nad wyceną przez ubezpieczycieli UFK, od początku i z założenia ustawodawcy były półroczne i roczne sprawozdania finansowe Ubezpieczyciela, 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, bądź innych zdarzeń aktualizujących obowiązki świadczenia pieniężnego na rzecz ubezpieczonych bądź uposażonych. Brak zatem określenia w Umowie kryteriów w oparciu o które Ubezpieczyciel dokonywał wyceny na Datę Umorzenia, Jednostek Uczestnictwa w UFK, nie stanowi o nieważności 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.

Sąd nie znajduje również podstaw do uznania Umowy za nieważną z uwagi na naruszenie art. 829 § 2 k.c. (powód zdaje się mylnie wskazywać na art. 831 § 1 k.c. – k. 221). Z uwagi na charakter umowy ubezpieczenia na życie z UFK, występowanie elementów inwestycyjnych, stałej zmieniającej się wyceny UFK oraz Jednostek Uczestnictwa, nie sposób oczekiwać, aby suma ubezpieczenia na wypadek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego została zawarta w polisie w sposób kwotowy, jak zdaje się tego oczekiwać powód. Powtórzyć należy, iż stosunek prawny ubezpieczenia na życie z UFK, nie jest klasyczną umową ubezpieczenia. Rozwiązaniem tej kwestii, wynikającej z natury spornego stosunku prawnego, jest posłużenie się opisowym modelem określającym wysokość Świadczenia Ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego (k. 39). Ustawodawca w art. 829 § 2 k.c. nie wprowadził obowiązku kwotowego określania granicy odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wszystkie natomiast elementy składowe, jak wyjaśniono powyżej, mogły zostać obiektywnie zweryfikowane, pozwalając na kwotowe określenie sumy ubezpieczenia w przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, czy to z tytułu zgonu Ubezpieczonego, czy też z tytułu dożycia Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.

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 umów 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. O naruszeniu zasad współżycia społecznego można byłoby mówić dopiero wówczas gdyby powód wykazał, iż certyfikaty, Jednostki Uczestnictwa, index wyceniane są w sposób nieuczciwy, odbiegający od kryteriów rynkowych, celowo zaniżane. Tego elementu powodowi nie udało się wykazać (nie poczynił w tym zakresie również żadnej inicjatywy dowodowej, opierając się na przypuszczeniach, ogólnym zaprzeczeniu wyjaśnieniom pozwanego). Z zeznań świadka R. P. wynika, iż pozwany nie miał i nie ma wpływu na wycenę wartości certyfikatów, indexu, na podstawie których ustalana jest następnie przez podmiot zewnętrzny wartość UFK, która poddawana jest kontroli Komisji Nadzoru Finansowego. Powód natomiast dowodu przeciwnego, obalające w tym zakresie zeznania świadka nie przeprowadził.

Podsumowując powyższe rozważania, zdaniem Sądu sporna Umowa zważywszy na jej treść spełnia wszelkie wymogi ustawowe, nie jest sprzeczna z prawem, ani zasadami współżycia społecznego.

Na uwzględnienie zasługiwały natomiast zarzuty powoda kierowane w stosunku do pozwanego w zakresie abuzywności, zastrzeżonej w Umowie Opłaty Likwidacyjnej, potrąconej przez pozwanego z kwoty Całkowitego Wykupu w wysokości 70 315,94 zł (30% Wartości Rachunku).

Aby określone postanowienie umowy mogło zostać uznane za abuzywne stosownie do uregulowań zawartych w art. 385¹ 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 świadczeń należnych powodowi Opłatę Likwidacyjną nie są abuzywne i w dalszym ciągu obowiązują, stanowiąc tym samym ważną podstawę do pobrania kwot dochodzonych przez powoda.

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 pozwanego, 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 składek ubezpieczeniowych (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^{final} oraz t^{intial} .

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 umów, które to elementy składały się na główne świadczenia stron, zważywszy na ubezpieczeniowy i inwestycyjny aspekt przedmiotowych umów.

Odstępstwem w porównaniu do klasycznej umowy ubezpieczenia jest to, że Umowa, jak już zaznaczono, przypomina zarządzanie powierzonymi aktywami na zlecenie. W takim ujęciu, 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 umówionych z tego tytułu Opłat administracyjnych. Dopiero po odliczeniu Opłat Administracyjnych, pozwany za pozostałe środki pieniężne dokonywał inwestycji (kupna) jednostek uczestnictwa UFK w postaci opłacania 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. 385¹ i nast. k.c.

Wartość Umorzonych Jednostek Uczestnictwa w przypadku Całkowitego Wykupu jako „świadczenie” na podstawie którego określano procentową wysokość Opłat Likwidacyjnych, nie ma natomiast wyodrębnionego, wyraźnie w umowach zobowiązania drugiej strony, któremu odpowiadałoby obowiązek świadczenia pieniężnego Ubezpieczonego na rzecz Ubezpieczyciela w wysokości określonej w Umowie oraz Tabeli Opłat. 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 okresu jej obowiązywania. Z powyższych względów nie sposób jednak przyjąć, aby Opłata Likwidacyjna stanowiła świadczenie główne stron.

W powołanym świetle należy również zauważyć, iż Opłata Likwidacyjna, w odróżnieniu od pozostałych ww. elementów składających się na sporny stosunek prawny, nie była nieodłącznym elementem umowy, bez którego niemożliwym była wypłata umówionego świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego lub dożycia końca okresu ubezpieczenia. Naliczenie Opłaty Likwidacyjnej, uzależnione było od zdarzenia przyszłego i niepewnego

w postaci rezygnacji z ubezpieczenia przed upływem subskrypcji. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na fakt, iż Ubezpieczony mimo, że Umowa w założeniu miała obowiązywać w dłuższej perspektywie czasu, nie zobowiązał się do ich wykonywania przez okres co najmniej 15 lat (Umowy stanowi o okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z określonymi włączeniami).

Postanowienia umowne zawarte w Rozdziale 14 ust. 7 Ogólnych Warunków Umowy (k. 47) oraz Tabeli Opłat (k. 52) określają wyłącznie przyczyny naliczenia Opłaty Likwidacyjnej (rozwiązanie Umów na określonym etapie jej wykonywania), sposób ustalenia wysokości tejże opłaty poprzez odwołanie się do ułamka Wartości Rachunku, bez wskazania kosztów poniesionych przez Ubezpieczyciela, a którym miałyby one odpowiadać. W Umowie nie zdefiniowano także spornej opłaty.

W kontekście abuzywności ww. postanowień, zwrócić należy uwagę, iż świadczenie z tytułu Całkowitego Wykupu stanowiło 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 Umowie.

W tym stanie rzeczy odmienna konstatacja, co do dodatkowego a nie głównego zastrzeżenia Opłaty Likwidacyjnej, stałaby w sprzeczności z cywilnoprawnym rozumieniem zobowiązania, długu oraz jego korelatu – wierzytelności. 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).

Na gruncie 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, inwestycji w wybrane fundusze służyć miała Opłata Administracyjna. Powyższego zastrzeżenia mając na uwadze powołane motywy nie sposób natomiast odnieść do Opłaty 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 umów) pozwany przyjął dla omawianego produktu ubezpieczeniowego, o ile nie zostało to ujawnione w treści umowy, pozostaje na gruncie niniejszego postępowania, irrelevantne. 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 opłaty likwidacyjne nie stanowią głównego świadczenia stron umowy ubezpieczenia z UFK.

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 Opłaty 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 Opłaty 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.

Pozwany określając sposób określenia Opłaty Likwidacyjnej z jednej strony przyjął więc, iż będzie pobierał Opłatę Administracyjną, z drugiej natomiast nie będzie ponosić ryzyka inwestowania Składek Pierwszych i Bieżących w instrumenty finansowe, a także przeczuci na Ubezpieczonego (co zostało ujawnione dopiero w toku niniejszego postępowania) wszelkie koszty prowadzenia własnej działalności gospodarczej (ubezpieczeniowej) obarczonej wszakże ryzykiem ekonomicznym, mogąc przynosić zarówno zyski jak i straty. 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 w ocenie Sądu 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 tejże instytucji prawa zobowiązań oddaje zważywszy na treść stosunku prawnego łączącego strony, najlepiej dodatkowy, a nie główny charakter tegoż zastrzeżenia umownego.

Ze względu na wyżej przedstawione rozumienie pojęcia głównego świadczenia stron oraz powołane zapisy wzorca umownego, nie może zostać uznane za trafne odwołanie się przez pozwaną do treści art. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t. j. Dz. U. z 2013 r., poz. 950 ze zm.).

Przepis ten określa wyłącznie konieczne elementy treści umowy ubezpieczenia w sensie technicznym, wskazuje, jakie elementy stosunku prawnego strony obowiązane są uregulować. Wymóg ten nie jest jednak jednoznaczny z określeniem głównego świadczenia stron, stanowiącego materialną treść zobowiązania. Z powołanego przepisu nie wynika bynajmniej, by strony obowiązane były przewidzieć w umowie, że w razie jej wypowiedzenia w określonym terminie ubezpieczony powinien uiścić ubezpieczycielowi opłatę za wcześniejsze rozwiązanie umowy.

Za chybione uznać należy również w powołanym świetle, a także w zakresie wskazywanej zasadności naliczenia spornej opłaty likwidacyjnej, powołanie się przez pozwanego na art. 16 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji oraz art. 18 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Unormowania te nie miały znaczenia dla oceny ewentualnej abuzywności spornych zapisów wzorca umownego. Tracą one bowiem swój zasadniczy charakter w odniesieniu do umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, gdzie faktycznie przedmiotem świadczenia ubezpieczeniowego jak już zaakcentowano są środki zainwestowane przez ubezpieczonego wraz z ewentualnie wypracowanym przez nie zyskiem. Ubezpieczony w tym układzie powierza ubezpieczycielowi pieniądze w celu inwestycji i to te środki tworzą kapitał, który obracany przez ubezpieczyciela może przynieść zysk. Ryzyko zaangażowania kapitału obciąża ubezpieczonego i tylko jego, albowiem zasada repartycji ryzyka ubezpieczeniowego, przy takim modelu konstrukcyjnym tej umowy nie znajduje zastosowania. Ten model opiera się na węźle łączącym ubezpieczonego z zarządzającym jego pieniędzmi (model inwestor – zarządzający), a zajęcie wypadku ubezpieczeniowego zasadniczo nie dotyka innych ubezpieczonych, skoro świadczeniem zakładu w takim wypadku jest wartość zainwestowanych przez danego ubezpieczonego środków w chwili zajścia przewidzianego w umowie warunku.

Powyższe rozważania stanowią de facto nie tylko o dodatkowym charakterze zastrzeżonej Opłaty Likwidacyjnej, ale także w kontekście ich oceny pod kątem przesłanek pozytywnych określonych w art. 385¹ k.c., stanowią transparentny przykład jednostronnych sprzecznych z dobrymi obyczajami postanowień umownych, naruszających przy tym rażąco interesy konsumenta.

W ramach omawianego zagadnienia, należało kolejno rozstrzygnąć czy kwestionowane przez powódkę 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 wiążące.

Kwestie obydwu przesłanek do uznania abuzywności danego postanowienia zostały już dostatecznie opracowane zarówno w doktrynie jak i w judykaturze (wykładnia przepisów prawnych), 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. Ciepła, 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 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 Opłat Likwidacyjnych ustalonej jako w istocie ryczałtowy ułamek od Wartości Rachunku na wypadek rezygnacji z umów przed upływem 15 lat od daty ich zawarcia, pozostaje w sprzeczności z dyspozycją art. 385¹ § 1 k.c.

W pierwszym rzędzie wskazać należy, że umowa na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy do kategorii umów z zakresu ubezpieczeń osobowych. Zgodnie z Umową jej przedmiotem jest nie tylko cel inwestycyjny ale również życie ubezpieczonego. W wypadku powoda zakresem ubezpieczenia objęto jego śmierć, lub dożycie końca okresu ubezpieczenia, co wprost wyartykułowano w treści przedmiotowego stosunku prawnego. Ubezpieczeniowy aspekt Umowy miał wprawdzie drugorzędne znaczenie, jednakże mimo wszystko, choć wypłata Świadczenia Ubezpieczeniowego uzależniona była od aktualnej na Dzień Umorzenia wartości nabytych Jednostek Uczestnictwa, sporny model Umowy przewidywał w swojej konstrukcji udzielenie ochrony ubezpieczeniowej.

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 nieoznaczony 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 wysokich Opłat Likwidacyjnych, stanowiących istotną barierę psychiczną dla konsumenta przed skorzystaniem z tegoż uprawnienia.

W ocenie Sądu stanowisko pozwanego co do pokrywania ponoszonych przez niego kosztów, nie jest przekonywujące ze względu na wskazywane przez niego wydatki, których poniesienie miało zostać zrekompensowane poprzez potrącenie spornych opłat ze środków finansowych zgromadzonych na rachunkach umownych powoda. Analiza twierdzeń i deklarowanych wydatków wskazuje, iż nie były one 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 własnej działalności gospodarczej, próbując całkowicie wyłączyć ryzyko finansowe związane z prowadzoną działalnością.

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. Pozwany także nie wykazał poza własnymi twierdzeniami, aby w związku z wcześniejszą rezygnacją z Umowy, w 6 roku jej obowiązywania faktycznie poniósł koszty w kwocie ponad 70 000,00 zł.

W ocenie Sądu, dążenie do pomniejszenia start bądź zapewnienia zysków dla pozwanego nie może prowadzić do obciążenia tymże ryzykiem oraz wszelkimi ponoszonymi przez niego 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 okresie obowiązywania Umowy stosunkowo wysoką Opłatę Administracyjną, pobieraną od Składki Zainwestowanej, a nie faktycznie wpłaconych środków. Sama zastosowana semantyka sugeruje, że służyła ona pokrywaniu bieżących wydatków, stąd też uwagi pozwanego o ponoszonych kosztach, uznać należy za budzące dodatkowe wątpliwości. W licznym 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 klauzule kształtujące jej wysokość ryczałtowo, w oderwaniu od kosztów faktycznie ponoszonych.

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 umów 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 wiązałoby 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.

W realiach niniejszej sprawy brak jest także możliwości określenia wydatków połączonych z funkcjonowaniem przedsiębiorstwa pozwanego mianem szkody podlegającej naprawieniu w ramach reżimu odpowiedzialność kontraktowej za niewykonanie zobowiązania. Przedstawione przykładowo przez pozwanego wydatki są zwykłymi wydatkami związanymi bądź z pozyskiwaniem klientów (prowizja) bądź z bieżącym funkcjonowaniem przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego. Powód w żadnym miejscu Umowy po pierwsze nie zobowiązał się do ich poniesienia, po wtóre nie zobowiązał się do jej wykonywania 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 70 315,94 zł, która wobec bezskuteczności ww. zapisów umownych została pobrana bez podstawy prawnej, stanowiąc nienależne świadczenie (art. 410 k.c.).

O odsetkach ustawowych za opóźnienie orzeczono na podstawie art. 455 k.c. w zw. z art. 481 k.c. Wezwanie do zapłaty doręczono pozwanemu 28 listopada 2016 r. (k. 102) zakreślając dodatkowo 7 dni na spełnienie świadczenia. W tym stanie rzeczy o odsetkach orzeczono od 06 grudnia 2016 r., a nie jak wnosił powód od 29 listopada 2016 r.

O kosztach procesu rozstrzygnięto zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 100 zd. 1 in fine k.p.c., stosunkowo je rozdzielając.

Powód utrzymał się ze swoimi żądaniami w 64,07% (70 315,94 zł z 109 754,46 zł) ulegając pozwanemu w pozostałych 35,93%.

Na koszty poniesione przez powoda złożyła się uiszczona opłata sądowa od pozwu w kwocie 5 488,00 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa 17,00 x 2 zł, koszty zastępstwa procesowego w kwocie 5 400,00 zł.

Pozwany poniósł koszty opłaty skarbowej od pełnomocnictwa 17,00 zł oraz koszty zastępstwa procesowego w kwocie 5 400,00 zł.

Zważywszy na stosunek w jakim strony utrzymały się ze swoimi żądaniami należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5 050,12 zł tytułem zwrotu kosztów procesu ($[10\ 920\ \text{zł} \times 64,07\%] - [5\ 417\ \text{zł} \times 35,93\%] = 6\ 996,44\ \text{zł} - 1\ 946,32\ \text{zł}$).

Z powołanych względów, orzeczono jak w sentencji wyroku.

(...)