

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 marca 2021 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	Sędzia Elżbieta Lucyna Mojsa
Protokolant:	Sekretarz sądowy Dorota Wolicka

po rozpoznaniu w dniu 19 lutego 2021 r. w Warszawie

sprawy z powództwa

J. N.

przeciwko

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

o zapłatę

1. Zasądza od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz J. N. 94. 685 (dziewięćdziesiąt cztery tysiące sześćset osiemdziesiąt pięć) złotych wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 23 października 2017 r. do dnia zapłaty.
2. Zasądza od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz J. N. 10. 152 (dziesięć tysięcy sto pięćdziesiąt dwa) złote tytułem zwrotu kosztów postępowania w tym kwotę 5. 400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

Sygn. akt **XXV C 2094/17**

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 18 października 2017 r. (data nadania w placówce pocztowej – k. 32) powódka J. N. wystąpił przeciwko pozwanemu Towarzystwu (...) S.A. we W. o zapłatę kwoty 94.685 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia złożenia pozwu do dnia zapłaty oraz kosztów postępowania wraz z kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych w kwocie 6.642 zł (5400 zł + 1.242 zł tytułem VAT 23%).

Uzasadniając wywodzone roszczenie, powódka wskazała, iż wynika ono z tytułu nieważności umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie, w których ubezpieczycielem jest pozwany: (...) zawartej pomiędzy Towarzystwem (...) S.A., a (...) Bank S.A. Powódka nieważności umowy ubezpieczenia grupowego (...), upatrywała w braku precyzyjnego określenia zasad wyceny aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, będących podstawą do ustalenia wysokości świadczenia należnego ubezpieczonemu, co stanowi naruszenie art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 k.c. (brak określenia przyjętego modelu wyceny). Przedmiotowa umowa jest także sprzeczna z naturą zobowiązania oraz zasadami współżycia społecznego. Powódka jako podstawę prawną wywodzonych roszczeń wskazała art. 410 § 2 k.c. Niezależnie od podnoszonej nieważności przedmiotowej umowy powódka wskazała również na abuzywność

postanowień umownych zawartych w produkcie (...) przewidujących pobranie od ubezpieczonego zryczałtowanej opłaty likwidacyjnej oraz opłat administracyjnych (pozew – k. 2-11).

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

Pozwany podniósł zarzut braku legitymacji powódki do żądania unieważnienia umowy grupowego ubezpieczenia na życie, gdyż nie posiada statusu strony tejże umowy. W ocenie pozwanego zawarta przez powódkę umowa grupowego ubezpieczenia jest zgodna z zasadami współżycia społecznego, jest dopuszczona prawem i nie jest nieważna, a kwestionowane postanowienia umowne nie kształtują praw i obowiązków powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jej interesy. Pozwany wskazał, że żaden przepis prawa nie nakłada na ubezpieczyciela obowiązku indywidualnego uzgadniania treści umowy ubezpieczenia z ubezpieczonymi w umowach ubezpieczenia grupowego. Zaznaczył, iż powódka przystępując do umowy ubezpieczenia umowy ubezpieczenia wyraziła zgodę na brzmienie ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z UFK. Według pozwanego umowa ubezpieczenia z UFK nie zawiera także postanowień abuzywnych, gdyż opłata likwidacyjna jest ekonomiczną konsekwencją konieczności zabezpieczenia interesów ubezpieczyciela oraz pozostałych klientów (odpowiedź na pozew – k. 41-59).

Na rozprawie w dniu 19 lutego 2021 r. strony postępowania podtrzymały dotychczasowe stanowiska (protokół rozprawy z dnia 19.02.2021 r. – k. 257).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W 2010 r. J. N. poszukiwała kredytu celem pozyskania środków na rozwój prowadzonej działalności gospodarczej. W związku z tym powódka spotkała się z doradcą kredytowym B. D., pracownikiem (...) Banku S.A., który poinformował powódkę, iż możliwość uzyskania kredytu uzależniona jest w jej przypadku od wykupienia produktu inwestycyjnego z oferty banku. Podczas spotkań powódka została zapoznana z konsekwencjami zaprzestania spłacania składek lub rezygnacji z tytułu umowy (...). W momencie przystępowania do umowy, powódka nie miała możliwości negocjowania warunków umowy, którą otrzymała w formie polisy po dokonaniu pierwszej wpłaty (d: zeznania J. N. w charakterze strony – nagranie rozprawy z 13.06.2018 r., godz. 00:04:45-00:08:03 – k. 146-146v., 00:25:32 – k. 147-147v., zeznania B. D. w charakterze świadka – nagranie rozprawy z 12.04.2019 r., godz. 00:18:36 – k. 195v., 00:28:40 – k. 196).

Przystępując do powyższej grupowej umowy ubezpieczenia, powódka miała świadomość ryzyka inwestycyjnego, które było przedmiotem rozmów podczas spotkań informacyjnych (d: zeznania J. N. w charakterze strony – nagranie rozprawy z 13.06.2018 r., godz. 00:39:46 – k. 147v., zeznania B. D. w charakterze świadka – nagranie rozprawy z 12.04.2019 r., godz. 00:28:40 – k. 196).

W dniu 24 sierpnia 2010 r. J. N. jako Ubezpieczony i jednocześnie konsument w rozumieniu art. 22 k.c., przystąpiła do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) o numerze certyfikatu (...). Ubezpieczającym był (...) Bank S.A. Ubezpieczycielem Towarzystwo (...) S.A. Integralną część umowy stanowiły Warunki Ubezpieczenia (...), Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...), Tabela Opłat i Limitów Składek, Załącznik nr 1 do Deklaracji Przystąpienia – których otrzymanie przed przystąpieniem do ww. Umowy J. N. potwierdziła własnoręcznym podpisem (d: deklaracja przystąpienia (...) – k. 15, Załącznik nr 1 do Deklaracji Przystąpienia – k. 16, Certyfikat – k. 14, Warunki Ubezpieczenia (...) (...) – k. 18-21v., Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) – k. 23-24, Tabela Opłat i Limitów (...) – k. 47).

Według deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia: Składka Zainwestowana wynosiła 348.750,00 zł; Składkę Pierwszą ustalono na kwotę 69.750,00 zł; Składkę Bieżącą na kwotę 1.922,00 zł; Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu = 1% x Składka Zainwestowana + liczba jednostek uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia x wartość jednostki uczestnictwa funduszu w dacie zgonu ubezpieczonego. 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. W myśl Załącznika nr 1 do Deklaracji Przystąpienia, Okres Subskrypcji, w którym Klient ma możliwość przystąpienia do ubezpieczenia został ustalony od 1 sierpnia 2010 r. do 31 sierpnia 2010 r. Daty obserwacji: t^{initial} : 7 września 2010 r., t^{final} : 8 września 2025 r. Powódka w deklaracji przystąpienia złożył nadto oświadczenie, iż wyraża zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W. (d: deklaracja przystąpienia (...)) – k. 15; Załącznik nr 1 do Deklaracji Przystąpienia (...) – k. 16).

Warunki Ubezpieczenia (...) 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 – zmiana 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 Ubezpieczenia (...)) – k. 18).

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. 18v.).

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 Ubezpieczenia (...)) – k. 19v.-20).

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 z tytułu udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, pobieraną w ramach Opłaty Administracyjnej (d: Rozdział 8 ust. 1-5 Warunków Ubezpieczenia (...)) – k. 20).

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%, 11 lat – 4%, 12 lat – 3%, 13 lat – 2%, 14 – 15 lat – 1% wartości rachunku. Opłata Administracyjna wynosiła 1,28% w skali roku zaś Opłata za ryzyko 0,033% w skali roku – naliczane od Składki Zainwestowanej (d: Tabela Opłat i Limitów (...) – k. 22).

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 ubezpieczeniowego z tytułu zgonu wynosiła 1% x składka zainwestowana + liczba jednostek uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia x wartość jednostki uczestnictwa funduszu w dacie zgonu ubezpieczonego (d: Rozdział 10 Warunków Ubezpieczenia (...) – k. 20; §4 ust. 5 Regulaminu (...) – k. 23v.).

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 30 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 Ubezpieczenia (...) – k. 21-21v.).

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. 3 Warunków Ubezpieczenia (...) – k. 21v.).

Zgodnie 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. Ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego (d: § 3 ust. 1-3 Regulaminu (...) – k. 23).

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów Ubezpieczyciela, składającą się z Jednostek Uczestnictwa Funduszu. Aktywa netto UFK są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny. Środki UFK lokowane są do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) S.A. z których wypłata oparta jest na indeksie (...) ((...)) (...) ((...)) Obligacje emitowane przez (...) S.A. wyceniane są w PLN. (...) ((...)) (...)stworzony przez Bank (...) umożliwia zdywersyfikowaną ekspozycję na rynek akcji europejskich, amerykańskich, japońskich i rynków rozwijających się, nieruchomości europejskich, obligacji europejskich i surowców. Wartość rachunku na dzień zakończenia okresu odpowiedzialności zostać miała obliczona w oparciu o wartość obligacji (d: § 4 ust. 1-5 Regulaminu (...) – k. 23v.).

Wartość jednostki Uczestnictwa Funduszu ustalana była 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 była nie rzadziej niż raz w roku w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim oraz na stronie internetowej (...) (d: § 6 ust. 2-4 Regulaminu (...) – k. 23v.).

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy podzielony jest na jednostki Uczestnictwa Funduszu o jednakowej wartości. Jednostki Uczestnictwa Funduszu tworzone były w momencie ich zapisania na Rachunku Ubezpieczonego w zamian

za przekazane środki pieniężne do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Jednostki Uczestnictwa Funduszu nabywane były za Składkę Pierwszą oraz za Składki Bieżące pomniejszone o Opłatę Administracyjną. Nabyta liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu równa jest ilorazowi kwoty przekazywanej do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego z tytułu zapłacenia przez Ubezpieczonego Składki Pierwszej lub Składek Bieżących pomniejszonych o Opłatę Administracyjną i wartości jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie nabycia. Wartość początkowa Jednostki Uczestnictwa Funduszu wynosiła 200,00 zł. Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu zmieniała się zgodnie ze zmianą Wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego przypadających na Jednostkę Uczestnictwa Funduszu. Nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje w dniu wskazanym w Certyfikacie (d: § 7 ust. 1-5 Regulaminu (...) – k. 23v.).

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. 23v.-24).

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
- e. Likwidacji Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „(...)

(...)

Likwidacja Rachunku w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia, następuje według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu najpóźniej 35 dnia po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela oryginału „Oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia” (d: § 9 ust. 1-3 Regulaminu (...) – k. 24).

Umową kredytu hipotecznego – (...) sporządzoną w dniu 16 listopada 2010 r., zawartą pomiędzy J. N. i A. N. a (...) Bank S.A., powódka otrzymała 2.251.129,05 zł, na którą składały się: 2.200.000,00 zł tytułem budowy systemem gospodarczym nieruchomości komercyjnej, 478,64 zł tytułem opłat okołokredytowych, 43.897,02 zł tytułem ubezpieczenia ochrony prawnej tytułu prawnego do nieruchomości (...), 6.753,39 zł tytułem prowizji bankowej (d: umowa nr (...) sporządzona w dniu 16.11.2010 r. – k. 244-245v., zeznania J. N. w charakterze strony – nagranie rozprawy z 13.06.2018 r., godz. 00:33:45 – k. 147v.).

Ubezpieczony sam decydował jaką wysokość inwestycji chce opłacać. Świadczenie wynosiło 70% a opłata likwidacyjna 30%. W przypadku wykupu koszty dystrybucji wypłacane były ze środków własnych zakładu ubezpieczeń i rozliczane w ramach opłat administracyjnych, natomiast w przypadku przedterminowej rezygnacji ubezpieczonego rozliczenie następowało w ramach opłaty likwidacyjnej (d: zeznania M. S. w charakterze świadka – nagranie rozprawy z 20.06.2018 r., godz. 00:23:53 – k. 155v.).

Stosunek ubezpieczenia (...) potwierdzony certyfikatem nr (...) został rozwiązany w 2015 r. w związku z nieopłaceniem składki. Powódka zaniechała uiszczania składki miesięcznej z uwagi na zaprzestanie uzyskiwania świadczenia rentowego (d: zeznania J. N. w charakterze strony – nagranie rozprawy z 13.06.2018 r., godz. 00:19:20 – k. 147, zeznania J. N. w charakterze strony – nagranie rozprawy z 12.04.2019 r., godz. 00:49:50 – k. 196v.).

Pismem z dnia 22 lutego 2017 r. powódka wezwała pozwanego do zapłaty kwoty 181.226 zł z tytułu nieważności umowy w terminie 30 dni od dnia otrzymania wezwania. Niniejsze pismo zostało doręczone pozwanemu w dniu 28 lutego 2017 r. W odpowiedzi na powyższe pismo, pozwany oświadczył, że nie podziela opinii powódki i stwierdza, że twierdzenia przedstawione ww. piśmie uznaje za bezprzedmiotowe (d: wezwanie do zapłaty – k. 27, pismo pozwanego z 24.03.2017 r. – k. 25-26v.).

Za podstawę ustaleń faktycznych w rozpoznawanej sprawie Sąd przyjął dokumentację zgromadzoną w aktach sprawy, a załączoną przez strony w postaci dokumentów prywatnych złożonych w uwierzytelnionych odpisach. Wartość dowodowa rzeczonych dokumentów nie była podważana przez żadną ze stron. Zważywszy, iż ich treść została potwierdzona przez przesłuchanych w toku postępowania świadków, Sąd również nie znalazł podstaw do kwestionowania ich zgodności z rzeczywistością, dlatego uznał je za wiarygodne źródło dowodowe.

Sąd pominął natomiast złożone przez pozwane Towarzystwo Ubezpieczeń opinie i analizy prywatne sporządzone na zlecenie pozwanego jako irrelevantne dla wyniku niniejszego postępowania. Nie dotyczyły one bowiem okoliczności faktycznych, a jedynie przedstawiały oceny osób trzecich w spornym zakresie. Ocena ta była natomiast w niniejszym postępowaniu zastrzeżona dla Sądu.

Czyniąc ustalenia faktyczne istotne dla rozstrzygnięcia Sąd oparł się także na zeznaniach: świadka B. D. – doradcy kredytowego oferującego powódce sporną umowę z ramienia Ubezpieczającego (...)Bank S.A. oraz świadka M. S. i T. K. posiadającego wiedzę w zakresie konstrukcji spornego produktu oraz sposobu jego kalkulacji przez Ubezpieczyciela.

Pochylając się nad zeznaniami B. D., są one zdaniem Sądu logiczne i spójne. Świadek przedstawił w sposób rzetelny mechanizm oferowania powódce spornego produktu, przedstawiając stosownie do posiadanej wiedzy oraz własnej pamięci, okoliczności korzystne jak i nie korzystne z punktu widzenia oceny działań i procedur stosowanych przez doradcę kredytowego za pośrednictwem, którego doszło do przystąpienia przez powódkę do spornej umowy ubezpieczenia.

W ocenie Sądu na walor wiarygodności zasługiwały również wyjaśnienia powódki w charakterze strony, która w sposób logiczny i rzeczowy przedstawiła okoliczności w jakich doszło do zawarcia spornej umowy, jak również motywów jakimi kierowała się podejmując decyzję o zainwestowaniu środków w długiej perspektywie czasowej.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie.

Poza sporem pozostawało, iż objęta postępowaniem umowa ubezpieczenia była zawierana przez (...) Bank S.A. z pozwanym Towarzystwem (...) SA. Powódka występowała jako Ubezpieczony, pozwany jako Ubezpieczyciel. Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Stosownie do art. 805 § 2 k.c., przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Umowa, w związku z którą powódka sformułowała roszczenia objęte pozwem, jest umową ubezpieczenia osobowego zawieraną przez ubezpieczającego z towarzystwem ubezpieczeń na cudzy rachunek, uregulowaną w art. 808 k.c. Ubezpieczony nie jest stroną takiej umowy, ale jest stroną stosunku ubezpieczeniowego i może żądać spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela na podstawie art. 808 § 3 k.c. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, przepisy art. 805 § 1 k.c. i art. 808 § 2 k.c., zgodnie z którymi na ubezpieczającym spoczywa obowiązek zapłaty składki a ubezpieczycielowi przysługuje roszczenie o jej zapłatę wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu, nie stanowią przeszkody do przeniesienia ciężaru finansowego opłacania składek na ubezpieczonego niebędącego stroną umowy. Poniesienie przez ubezpieczonego ekonomicznego ciężaru

zapłaty składki ubezpieczeniowej nie oznacza, że uzyskuje on przez to status ubezpieczającego, tj. status strony umowy ubezpieczenia.

Odnosząc się do kwestii zarzucanej przez powódkę nieważności umowy ubezpieczenia, do której przystąpiła (stosunku ubezpieczenia nawiązanego z pozwanym) wskazać należy w pierwszym rzędzie, że nie miał racji pozwany podnosząc brak legitymacji czynnej po stronie powódki do żądania umowy grupowej za nieważną. Pochylając się nad przedmiotową kwestią, trzeba zauważyć, że powódka nie domaga się wprost stwierdzenia w wyroku nieważności przedmiotowej umowy, lecz wywodzi przesłankowo z tegoż faktu zasadność roszczenia o zapłatę od pozwanego kwoty pieniężnej określonej w pozwie. Tak skonstruowane roszczenie w żaden sposób nie mogło rozciągać się na prawa i obowiązki pozostałych ubezpieczonych.

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

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

Tytułem wstępu do właściwych rozważań w zakresie przedmiotowej umowy, zważywszy na fakt, iż zarzuty powódki w zakresie ważności tejże czynności prawnej dwustronnie zobowiązującej, opierają się na wspólnej koncepcji o braku dostatecznego doprecyzowania sposobu w jaki Ubezpieczyciel określa wysokość należnego Ubezpieczonemu świadczenia pieniężnego w przypadku wcześniejszej rezygnacji z umowy – należy naświetlić w pierwszym rzędzie ogólne unormowania ustawowe w zakresie prawa zobowiązań, zawarte w Księdze III, Tytule I, Kodeksu cywilnego. Przedstawiona poniżej wykładnia prawa, stanowi punkt wyjścia dla oceny twierdzeń podnoszonych przez pozwanego, a także oceny zgodności kwestionowanych zapisów umownych z przepisami powszechnie obowiązującymi, zawartymi także w innych aniżeli Kodeks cywilny aktach prawnych.

Przepis art. 353 § 1 k.c. definiuje zobowiązanie jako stosunek prawny polegający na tym, że jedna osoba (wierzyciel) jest uprawniona do żądania spełnienia świadczenia, natomiast druga (dłużnik) jest obowiązana świadczenie spełnić. Świadczeniem jest takie zachowanie dłużnika, które jest zgodne z treścią zobowiązania. Dłużnik ma wykonać zobowiązanie nie tylko zgodnie z jego treścią ale jednocześnie w sposób odpowiadający jego celowi społeczno - gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeśli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje, w sposób odpowiadający tym zwyczajom (art. 354 § 1 k.c.). Przypomnieć należy również, że umowa jest wzajemna, gdy obie strony zobowiązują się w taki sposób, że świadczenie jednej z nich ma być odpowiednikiem świadczenia drugiej (art. 487 § 2 k.c.).

Pośród wymienionych kryteriów określających powinność dłużnika jak i uprawnienia wierzyciela, zasadnicze znaczenie ma więc treść zobowiązania, które określa źródło jego powstania, a więc w przypadku zobowiązań umownych - umowa, w razie potrzeby dookreślana przez przepisy Kodeksu cywilnego albo innych ustaw.

W związku z tak pojmowanym świadczeniem w stosunkach zobowiązaniowych, kluczowym elementem jest to aby świadczenie w momencie powstania zobowiązania było oznaczone lub chociażby oznaczalne. W tym drugim wypadku muszą być wskazane obiektywnie dostrzegalne oraz weryfikowalne kryteria (parametry), niezależne od woli stron stosunku prawnego, wedle których ustalane będzie umówione świadczenie w przypadkach określonych w treści danego zobowiązania.

Przepisem, który ogranicza swobodę umów stron jest art. 353¹ k.c., który pozostawia stronom swobodę ułożenia stosunku umownego, co do kwestii regulowanych w przepisach dyspozytywnych. Naruszenie jednak któregośkolwiek z wymienionych w nim kryteriów, powoduje nieważność czynności prawnej, która zgodnie z art. 58 k.c. zostanie uznana za sprzeczną z prawem, zmierzającą do obejścia prawa bądź sprzeczną z zasadami współżycia społecznego.

W celu rozwiania jakikolwiek wątpliwości należy wyjaśnić, iż sprzeczność czynności prawnej z ustawą polega (w najogólniejszym ujęciu) na tym, że indywidualna i konkretna „norma” postępowania wynikająca z czynności prawnej koliduje z normą generalną i abstrakcyjną wynikającą z ustawy. Sprzeczność taka występuje przede wszystkim wtedy, gdy czynność nie respektuje zakazu ustawowego oraz gdy nie zawiera treści lub innych elementów objętych nakazem wynikającym z normy prawnej.

Przez czynność prawną mającą na celu obejście ustawy należy natomiast rozumieć czynność wprawdzie nieobjęte zakazem ustawowym, ale przedsięwziętą w celu osiągnięcia skutku zakazanego przez ustawodawcę. Czynność mająca na celu obejście ustawy zawiera pozór zgodności z ustawą, ponieważ jej treść nie zawiera elementów wprost sprzecznych

z ustawą, ale skutki, które wywołuje i które objęte są zamiarem stron naruszają zakazy lub nakazy ustawowe (zob. wyrok SN z 23 lutego 2006 r., II CSK 101/05, LEX nr 180197). Jako podstawowy wyróżnik obejścia prawa należy więc przyjąć zaistnienie okoliczności, które prowadzą, za pomocą legalnych działań, do sytuacji prawnej sprzecznej z obowiązującymi przepisami, a także należałoby znaleźć normę prawną, która wynikałaby z przepisów prawa i była wskutek powyższych działań naruszona.

Co do zasady, regulacje dotyczące umowy ubezpieczenia, jako typu umowy, są zawarte w Kodeksie cywilnym (Dział III Tytuł XXVII). Jednakże Kodeks cywilny, poza ogólnym nakreśleniem zakresu ubezpieczeń osobowych, do których zalicza się ubezpieczenia na życie lub dożycie (829-834 k.c.), nie zawiera szczegółowych przepisów, które szerzej odnosiłyby się do treści zobowiązania w ubezpieczeniach na życie i dożycie, czy też umowie ubezpieczenia na życie i dożycie z UFK. Brak szczegółowych regulacji tych konkretnych rodzajów ubezpieczenia w Kodeksie cywilnym, nie oznacza, że regulacje zawarte w innych aktach prawnych równorzędnych nie mają takiej samej mocy prawnej, a 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 powódki 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.

W myśl art. 13 ust. 1 powyższej ustawy: „W zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do zawarcia w umowie ubezpieczenia:

- 1) definicji poszczególnych świadczeń;
- 2) wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym;
- 3) zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, w szczególności sposobu kalkulacji i przyznawania premii, rabatów i udziału w zyskach ubezpieczonego, określenia stopy technicznej, wskazania wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, o ile są one gwarantowane, określenia kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez zakład ubezpieczeń przy wypłacie świadczeń;
- 4) opisu tych czynników w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń;
- 5) wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń.

Pochylając się nad zasadnością roszczenia wywodzonego z tytułu nieważności umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie (...), poza już poczynionymi wyżej ustaleniami, co do natury stosunku zobowiązaniowego, wymagań ustawowych, co do minimalnej treści umów objętych Załącznikiem nr 1 do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, nadmienić należy, iż Regulacje dotyczące ubezpieczeń na życie z UFK zostały zawarte zarówno we wspomnianej ustawie o działalności ubezpieczeniowej jak i dyrektywie 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.).

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

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

Wymagane przez ustawodawcę, minimalne elementy w zakresie treści umowy ubezpieczenia na życie z UFK zawiera art. 13 ust. 4 i 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, który w brzemieniu obowiązującym na datę przystępowania przez powódkę do spornej Umowy (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 powołanych przepisów nie może ulegać wątpliwości, iż omawiany 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.

Powódka wywodził naruszenie przez sporną umowę art. 58 § 1 k.c., przede wszystkim ze względu na brak precyzyjnego określenia we wzorcu umownym, sposobu określania wysokości Świadczeń Ubezpieczeniowych, Całkowitego Wykupu - co stanowi naruszenie art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

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 spornej umowy, było Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 08 grudnia 2003 r. w sprawie rocznych i półrocznych sprawozdań ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (Dz.U. z 2003 r. nr 217 poz. 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 przyjmuje się kwotę, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie uregulowane na warunkach transakcji rynkowej, pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi, niepowiązаныmi 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.

Zważywszy na całokształt przedstawionych okoliczności, w ocenie Sądu prawo Ubezpieczyciela do kształtowania stosunku prawnego w ramach określonych w ustawach nie może służyć takiemu ukształtowaniu jego treści, aby z formalnego punktu widzenia nie sprzeciwiał się ustawie, ale w rzeczywistości zmierzał do zrealizowania celu ustawowo zakazanego. Sytuacja, w której Ubezpieczony w żaden sposób, bazując na postanowieniach umownych, okresowych raportach, nie może zweryfikować czy wycena zastosowana w jego przypadku przez Ubezpieczyciela odpowiada wartości godziwej, obiektywnej wartości rynkowej nie może być akceptowana. Z tego względu Sąd uznał żądanie powódki

w omawianym zakresie za słuszne, zasługujące na ochronę prawną. Umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie (...) jest ex tunc przesłankowo nieważna na podstawie art. 58 § 1 k.c., w związku z czym pozwany jest bezpodstawnie wzbogacony kosztem powódki (art. 410 § 2 k.c.), winien mu zwrócić w całości zatrzymaną sumę, którą wpłacił powód, a która odpowiada wysokości 94.685 zł.

Celem wyczerpania wszystkich zarzutów podnoszonych w toku instancji odnieść należy się także do zarzutu abuzywności postanowień umowy (...) przewidujących pobranie zryczałtowanej Opłaty Likwidacyjnej.

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 (powódki) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Pozwany w kontekście spornych przesłanek, próbował wykazać, odwołując się do uregulowań ustawowych, iż sporne zapisy umowne na podstawie których potrącił ze świadczenia należnego powodowi Opłatę Likwidacyjną nie są abuzywne i w dalszym ciągu obowiązują, stanowiąc tym samym ważną podstawę do pobrania kwoty dochodzonej z tego tytułu przez powódkę.

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

W ocenie Sądu, wbrew twierdzeniom 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 warunku/ów, a ze strony powódki 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 powódki 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 obligacji o których mowa w § 4 ust. 3 Regulaminu oraz indeksu w dacie t^{final} oraz t^{initial} .

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

Odstępstwem w porównaniu do klasycznej umowy ubezpieczenia jest to, że Umowa, 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) w jednostek uczestnictwa UFK

w postaci ww. certyfikatów. W tak przyjętym układzie stosunków, świadczenie jednej strony było skorelowane z zobowiązaniem drugiej strony tworząc wyżej przedstawiony stosunek prawny z elementami umowy ubezpieczenia oraz umowy inwestycyjnej.

Wyżej wymienione elementy, umowy (rozpoznawane pod kątem umowy ubezpieczenia i umowy o charakterze inwestycyjnym) składały się w ocenie Sądu na treść spornego stosunku prawnego, wyznaczając jego elementy przedmiotowo istotne, których określenie było niezbędne dla oceny abuzywności kwestionowanych postanowień umownych na podstawie art. 385¹ i nast. k.c.

W powołanym świetle należy również zauważyć, iż Oplata Likwidacyjna, w odróżnieniu od pozostałych ww. elementów składających się na sporne stosunki prawne, nie była nieodłącznym elementem Umowy, bez którego niemożliwym była wypłata umówionego świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego lub dożycia końca okresu ubezpieczenia. Naliczenie Opłat Likwidacyjnych, 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 stosunek prawny w założeniu miał obowiązywać w dłuższej perspektywie czasu, nie zobowiązał się do jego wykonywania przez okres co najmniej 15 lat (Umowa stanowi o okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z określonymi włączeniami).

Kwestionowane przez powódkę postanowienia umowne określają wyłącznie przyczyny naliczenia Opłaty Likwidacyjnej (rozwiązanie Umowy na określonym etapie jej wykonywania), sposób ustalenia wysokości tejże opłaty poprzez odwołanie się do ułamka Wartości Rachunku, bez wskazania kosztów poniesionych przez Ubezpieczyciela, a którym miałyby one odpowiadać. W umowie nie zdefiniowano także Opłaty Likwidacyjnej.

Świadczenie z tytułu Całkowitego Wykupu stanowiło natomiast zwrot wpłaconych przez Ubezpieczonego składek w okresie objęcia ochroną ubezpieczeniową, pomniejszonych o Oplatę Administracyjną, zamienionych na Jednostki Uczestnictwa w UFK, które na skutek oświadczenia o rozwiązaniu umowy były następnie zamieniane przez pozwanego w sposób wskazany w ww. zapisach Regulaminu, podważanych przez powódkę, powołującego się na dowolność Ubezpieczyciela w ustalaniu Wartości Aktywów UFK na podstawie której wyceniane były następnie Jednostki Uczestnictwa w 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 ustalenia 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 przerzuci na Ubezpieczonego (co zostało ujawnione dopiero w toku niniejszego postępowania) wszelkie koszty prowadzenia własnej działalności gospodarczej (ubezpieczeniowej) obciążonej wszakże ryzykiem ekonomicznym, mogąc przynosić zarówno zyski jak i straty.

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

W ramach omawianego zagadnienia, należało także rozstrzygnąć czy kwestionowane przez 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 judykaturze, nie ma więc potrzeby szczegółowego przytoczenia 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 takie dobra konsumenta jak jego czas, prywatność, wygoda, zdrowie konsumenta i jego bliskich, rzetelne traktowanie, prywatność, poczucie godności osobistej, satysfakcja

z zawarcia umowy o określonej treści. Naruszenie jest „rażące”, jeśli poważnie i znacząco odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron.

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

Przenosząc powyższe na grunt przedmiotowej sprawy uznać należy, że zastrzeżenie przez pozwanego pobrania Opłat Likwidacyjnych ustalonych jako w istocie ryczałtowy ułamek od Wartości Rachunku na wypadek rezygnacji z Umowy przed upływem 15 lat od daty jej zawarcia, pozostaje w sprzeczności z dyspozycją art. 385¹ § 1 k.c.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że umowa na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy do kategorii umów z zakresu ubezpieczeń osobowych. Zgodnie z umową jej przedmiotem jest życie ubezpieczonego. W

wypadku powódki zakresem ubezpieczenia objęto śmierć Ubezpieczonego, 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 wysokiej Opłaty Likwidacyjnej, stanowiącej istotną barierę psychiczną dla konsumenta przed skorzystaniem z tegoż uprawnienia.

W ocenie Sądu stanowisko pozwanego co do pokrywania ponoszonych przez niego kosztów, nie jest przekonujące ze względu na wskazywane przez niego wydatki, których poniesienie miało zostać zrekompensowane poprzez potrącenie spornych opłat ze środków finansowych zgromadzonych na rachunku umownym powódki. Analiza twierdzeń i deklarowanych wydatków wskazuje, iż nie były one powiązane z kosztami *stricto* 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 powódki z ubezpieczenia.

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.

Powódce należą się również odsetki ustawowe za opóźnienie od powyższej kwoty. Stosownie do art. 481 § 1 i 2 k.c., jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności, a jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych. Termin zapłaty dochodzonych należności nie był oznaczony, ani nie wynikał z właściwości zobowiązania, zatem świadczenie to powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu pozwanego do zapłaty (art. 455 k.c.). Ponieważ 30-dniowy termin zapłaty wskazany w wystosowanym przez powódkę przedsądowym wezwaniu do zapłaty minął w dniu 30 marca 2017 r. (ww. wezwanie doręczone zostało pozwanemu w dniu 28 lutego 2017 r.) to od dnia następnego po tym dniu pozwany pozostaje w opóźnieniu i od tego też dnia powódka była uprawniona do domagania się odsetek ustawowych od pozwanego. Jednakże powódka w taki sposób wniosła o zasądzenie odsetek, że ostatecznie domagała się ich od dnia

wniesienia powództwa tj. 23 października 2017 r. Mając na uwadze powyższe Sąd orzekł w zakresie odsetek zgodnie z żądaniem powódki, uwzględniając zakaz orzekania ponad żądanie określony w art. 321 k.p.c.

Mając to wszystko na uwadze, Sąd na podstawie powołanych przepisów orzekł jak w pkt. I sentencji wyroku.

O kosztach postępowania Sąd orzekł w pkt. II sentencji wyroku, zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik sprawy wyrażoną w art. 98 k.p.c. Strona pozwana jako przegrywająca sprawę, zobowiązana jest zwrócić powódce koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw w kwocie 10.152 zł na co składają się: uiszczona opłata sądowa od pozwu w wysokości 4.735 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa 17 zł oraz wynagrodzenie pełnomocnika procesowego w wysokości 5.400 zł ustalonej stosownie do § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radcowskie.