

Sygn. akt I C 399/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 marca 2020 roku

Sąd Okręgowy w Warszawie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: **Sędzia (del.) Andrzej Vertun**

Protokolant: **Katarzyna Stefanou**

po rozpoznaniu w dniu 11 lutego 2020 roku w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. K.**

przeciwko **Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą we W.**

o zapłatę

- zasądza od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą we W. na rzecz A. K. kwotę 197.078,99 (sto dziewięćdziesiąt siedem tysięcy siedemdziesiąt osiem 99/100) złotych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej za opóźnienie od dnia 7 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty;
- zasądza od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą we W. na rzecz A. K. kwotę 17.971 (siedemnaście tysięcy dziewięćset siedemdziesiąt jeden) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 8.100 (osiem tysięcy sto) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

I C 399/19

UZASADNIENIE

Pozwem złożonym w dniu 18 stycznia 2019 r. A. K. wniosła o zasądzenie od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. kwoty 197.078,99 zł wraz z odsetkami w wysokości ustawowej od dnia 4 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty oraz kosztami procesu.

Podana, że w dniu 3 stycznia 2011 r. przystąpiła do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) (dalej zwanej również: „umowa (...)”, „produkt”, „ubezpieczenie”). Wyjaśniła, że nie otrzymała dokumentów określających treść stosunku ubezpieczenia. Podniosła, że ubezpieczenie było oferowane jako produkt regularnego oszczędzania. W listopadzie 2014 r. powódka zorientowała się, że kwestionowany produkt nie jest oszczędnościowym a skomplikowaną inwestycją finansową. W kwietniu 2017 r. doszło do wypłacenia środków zgromadzonych na rachunku polisy, powódka otrzymała 227.604 zł. Powódka zarzuciła pozwanemu stosowanie nieuczciwych praktyk rynkowych sprzedażowych, poprzez podanie informacji nieprawdziwych, niejasnych i niepełnych co do charakterystyki sprzedawanego produktu; nieważność oświadczenia o wyrażeniu zgody na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z uwagi na brak wskazania sumy ubezpieczenia; niedozwoloną zmianę warunków ubezpieczenia w zakresie tabeli opłat; nieważność postanowień umowy z uwagi na określenie treści stosunku prawnego w sposób niezgodny z naturą stosunku zobowiązaniowego – powołała się w tym względzie na nieczytelność warunków ubezpieczenia, brak określenia sposobu wyceny aktywów,

oparcie aktywów o instrumenty finansowe nienotowane publicznie; stosowanie niedozwolonych postanowień umownych w zakresie opłaty likwidacyjnej.

(pozew, k. 1 – 170)

Od wydanego w dniu 1 lutego 2019 r. nakazu zapłaty w postępowaniu upominawczym pozwany wniósł sprzeciw, domagając się oddalenia powództwa i zasądzenia na swoją rzecz kosztów procesu. Zarzucił brak legitymacji powódki do żądania stwierdzenia nieważności umowy grupowego ubezpieczenia na życie. Wskazał, że ryzyko lokaty w umowie ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym co do zasady ponosi ubezpieczony. Wyjaśnił mechanizm funkcjonowania instrumentów finansowych, w które lokowane były środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Wskazał, że świadczenie pozwanego nie musiało być oznaczone w chwili zawarcia umowy, wystarczyło, by było oznaczalne najpóźniej w chwili wymagalności świadczenia. Z art. 829 § 2 zd. 2 k.c. nie wynika nakaz ustalenia sumy ubezpieczenia z góry. Pozwany zakwestionował swoją legitymację bierną w zakresie odpowiedzialności z tytułu nieuczciwych praktyk rynkowych, podnosząc, że odpowiedzialność tę winien ponosić podmiot, który nakłonił powódkę do zawarcia umowy, tj. (...) S.A. Podniósł zarzut przedawnienia roszczenia wywodzonego z tego tytułu. Zakwestionował abuzywność opłaty likwidacyjnej oraz opłaty administracyjnej.

(sprzeciw, k. 262 – 341)

Strony podtrzymały swoje stanowiska w dalszych pismach procesowych i na rozprawie.

(pismo powódki, k. 346 – 360; pismo pozwanego, k. 363 – 368)

Sąd uznał za ustalone następujące fakty.

A. K. jest z wykształcenia ekonomistką. W 2010 r. sprzedała nieruchomości i postanowiła środki uzyskane jako cenę sprzedaży zainwestować. W tej kwestii udała się po poradę do (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W.. W procesie podejmowania decyzji wspierał ją mąż S. Z., który sam udał się na rozmowę wstępną. Działający jako przedstawiciel (...) S.A. A. P. przyjął zainteresowanych na dwóch spotkaniach. W pierwszym uczestniczył wyłącznie S. Z., któremu A. P. przedstawił alternatywy co do przedmiotu inwestycji i przekonał, że najlepszym sposobem jest inwestycja na rynku kapitałowym. Na kolejnym spotkaniu, w dniu 3 stycznia 2011 r., na którym obecna była A. K. A. P. przedstawił opracowany plan inwestycji. Plan ten składał się z kilku lub kilkunastu produktów inwestycyjnych krótko i długoterminowych. Część środków została przeznaczona na zakup produktów krótkoterminowych a reszta została zainwestowana w umowę (...), która miała być docelowym sposobem inwestycji. Podstawowym argumentem mającym przekonać zainteresowanych był fakt, że wskutek wykorzystania mechanizmu dźwigni finansowej całość zadeklarowanych w momencie zawierania umowy środków przynosi zyski, mimo, że opłacona została dopiero część składki. Cały plan inwestycyjny miał przynieść efekty w postaci zysku, A. K. została natomiast uprzedzona, że gwarancją nie jest objęty poziom tych zysków, co przyjęła ze zrozumieniem. A. K. była natomiast zainteresowana gwarancją ochrony wpłaconego kapitału i informację o takiej gwarancji otrzymała od A. P.. W trakcie rozmowy A. K. otrzymała informację, że wcześniejsze rozwiązanie umowy związane jest z kosztami. A. K. otrzymała tabelę opłat i ogólne warunki ubezpieczenia przy podpisaniu deklaracji przystąpienia, które miało miejsce w dniu 3 stycznia 2011 r.

(dowód: zeznania świadków S. Z., k. 451 – 453; zeznania świadka A. P., k. 459 – 461; przesłuchanie powódki w charakterze strony, k. 453 – 455)

Podpisana w dniu 3 stycznia 2011 r. deklaracja przystąpienia (...) zawierała informację o tym, że ubezpieczającym jest (...) S.A., ubezpieczycielem zaś Towarzystwo (...) S.A., ubezpieczoną A. K.. Wskazano w niej wartość składki bieżącej – 4.557 zł, składki pierwszej – 110.250 zł; składki zainwestowanej – 551.250 zł. Opisano wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu wzorem: $1\% \times \text{składka zainwestowana} + (\text{liczna Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia} \times \text{Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu Ubezpieczonego})$. Określono wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia na 100% Wartości Rachunku w Dacie Umorzenia. Alokacja środków pieniężnych następowała w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...). Długość okresu odpowiedzialności wynosiła

120 miesięcy, datą początku Okresu odpowiedzialności był 5. dzień roboczy po zakończeniu Okresu Subskrypcji. Uprawnionym z tytułu umowy ubezpieczenia był S. Z.. A. K. podpisała oświadczenie, z którego wynikało, że zapoznała się z Warunkami (...) (kod: (...)) i wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową zgodnie z tymi warunkami, a także potwierdziła odbiór Warunków Ubezpieczenia (...), Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (kod: (...)) zatwierdzonego uchwałą Zarządu Towarzystwa (...) S.A. nr (...) z dnia 21 grudnia 2010 r. oraz Tabeli Opłat i Limitów Składek (kod: (...)) przed przystąpieniem do ubezpieczenia i zapoznanie się z ich treścią, ich zrozumienie i akceptację.

(dowód: deklaracja, k. 21 – 22)

W dniu 3 stycznia 2011 r. A. K. wpłaciła na rzecz (...) S.A. kwotę odpowiadającą sumie pierwszej składki oraz jednej składki bieżącej (114.807 zł). Następnie regularnie co miesiąc od dnia 14 marca 2011 r. do dnia 3 października 2016 r. uiszczała miesięcznie kwoty po 4.557 zł tytułem składki bieżącej. Łącznie wysokość wpłat na poczet składek wyniosła 424.683 zł.

(dowód: lista operacji, potwierdzenie przelewu, k. 59 – 67)

Po podpisaniu deklaracji został jej wydany certyfikat o serii i numerze (...) z dnia 7 lutego 2011 r., wskazujący daty obserwacji tinitial: 07.02.2011 i tfinal: 05.02.2021 r.

(dowód: certyfikat, k. 25)

W piśmie z dnia 26 czerwca 2013 r. (...) S.A. określał (...) jako plan systematycznego oszczędzania (...), produkt regularnego oszczędzania, świetny sposób na zabezpieczenie swoich przyszłych potrzeb finansowych. Podnosił zalety regularnego oszczędzania. Wskazywał, że istnieje 100 procentowa ochrona składki zainwestowanej na koniec okresu ubezpieczenia.

(dowód: pismo, k. 26 – 28)

Decyzją z dnia 15 października 2014 r. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, działając 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.) uznał za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów bezprawne działanie (...) S.A. polegające na przekazywaniu w trakcie prezentowania cech produktów informacji dotyczących możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w sposób wprowadzający konsumentów w błąd w zakresie ryzyka związanego z zainwestowaniem 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 zw. 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 ze zm. – dalej „u.p.n.p.r.”) i stwierdził zaniechanie jej stosowania z dniem 28 października 2013 r.

(dowód: decyzja, k. 29 – 51)

Pismem z dnia 31 października 2014 r. (...) S.A. poinformowała A. K., że wprowadza zmiany polegające na określeniu definicji opłat pobieranych przez Towarzystwo związanych ze stosunkiem ubezpieczenia oraz dodanie w „Tabeli Opłat i Limitów Składek” ograniczenia wysokości Opłaty Likwidacyjnej naliczanej od wysokości składki zainwestowanej. Dodatkowo zmianie miała ulec wysokość świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek zgonu w wyniku nieszczyśliwego wypadku, bez wpływu na dotychczasową wysokość opłaty za ryzyko. Świadczenie Ubezpieczeniowe wypłacane z tytułu zgonu w wyniku nieszczyśliwego wypadku miało nie być niższe niż suma zapłaconych składki pierwszej i bieżących do dnia zgonu, pomniejszonych o opłatę administracyjną. Zmienione

warunki miały zastosowanie od 1 stycznia 2015 r. Do pisma załączono wykaz zmian oraz Tabelę w zakresie opłaty likwidacyjnej.

(pismo, k. 52 – 58)

W piśmie datowanym na dzień 17 listopada 2014 r. (...) S.A. określiła produkt jako długoterminowe ubezpieczenie inwestycyjne umożliwiające systematyczne oszczędzanie i określiła wartość rachunku na kwotę 214.258,66 zł. W dalszej części pisma zaznaczała, że celem ubezpieczenia jest zapewnienie ubezpieczonym ochrony 100% składki zainwestowanej w momencie dożycia oraz zachęcała do dalszego opłacania składek, stanowiącego gwarancję ochrony 100% składek zainwestowanych powiększonych o ewentualny zysk.

(dowód: pismo, k. 68 - 69)

W tym czasie, m. in. z treści powyższego pisma A. K. zorientowała się, że składka zainwestowana przewidziana w całym okresie inwestycji jest niższa niż suma wszystkich wpłaconych z tytułu składek kwot. Wystąpiła z pismem datowanym na dzień 29 kwietnia 2015 r., w którym zwróciła się z propozycją polubownego rozwiązania umowy (...), wskazując, że doszło do rażącego naruszenia jej interesów konsumenckich.

(dowód: zeznania świadka S. Z., przesłuchanie powódki w charakterze strony, pismo, k. 70 - 72)

W odpowiedzi Spółka odrzuciła zarzut wprowadzenia w błąd przez doradcę oraz braku doręczenia warunków ubezpieczenia i innych dokumentów określających treść stosunku ubezpieczenia. Za nieuzasadnione uznała zarzuty stosowania niedozwolonych postanowień umownych.

(dowód: pismo, k. 73 – 76)

Pismem doręczonym Towarzystwu w dniu 25 października 2016 r. pełnomocnik A. K. wystąpił o zapłatę kwoty 429.240 zł oraz o wydanie duplikatów wszystkich dokumentów związanych z przystąpieniem A. K. do umowy ubezpieczenia.

(dowód: pismo, k. 77 – 84)

W piśmie z dnia 18 listopada 2016 r. Spółka poinformowała A. K. o uznaniu zarzutów za bezzasadne i przesłała kopię deklaracji oraz certyfikatu.

(dowód: pismo, k. 85 – 91)

Kolejne pisma Towarzystwa skierowane do ubezpieczonej zawierało informację o wysokości rachunku oraz wezwanie do uiszczenia składki bieżącej.

(dowód: pisma, k. 92 – 95)

W reakcji na wezwanie do zapłaty składki bieżącej A. K. wskazała, że uiszczone przez nią do tej pory świadczenia są nienależne.

(dowód: pismo, k. 96 – 98)

Do pisma z dnia 23 stycznia 2017 r. Spółka dołączyła Warunki Ubezpieczenia w obu wersjach („OWU”, Regulamin Ubezpieczenia („Regulamin”) oraz Tabele Opłat i Limitów w obu wersjach („Tabela”).

(dowód: pismo z załącznikami, k. 101 – 125)

Stosownie do treści Warunków Ubezpieczenia (...) o kodzie (...) składka bieżąca oznaczała składkę wpłacaną miesięcznie w wysokości określonej w Deklaracji Przystąpienia, nie niższa niż określona w Tabeli Opłat i Limitów składek minimalna wysokość tej składki; składka pierwsza oznaczała składkę opłacaną do pierwszego dnia roboczego

po zakończeniu okresu subskrypcji, stanowiącą 20% składki zainwestowanej, w wysokości nie niższej niż określona w Tabeli; składka zainwestowana oznaczała wskazaną w deklaracji przystąpienia kwotę, która zostanie zainwestowana w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) (dalej „UFK”) w ciągu całego okresu odpowiedzialności, o którym mowa w Rozdziale 3 pkt 1. Stosownie do punktu 30 Rozdziału 1 OWU wartość aktywów netto określona była przez wartość wszystkich aktywów UFK, pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ustalonej zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie UFK. Wartość jednostki uczestnictwa UFK stanowiła iloraz wartości aktywów netto UFK oraz liczby wszystkich jednostek UFK. Wartość rachunku określona była przez iloczyn liczby jednostek uczestnictwa UFK znajdujących się na rachunku oraz aktualnej wyceny na dany dzień wartości jednostki. Zdarzeniem ubezpieczeniowym był zgon ubezpieczonego lub dożycie końca okresu odpowiedzialności. Stosownie do punktu 1. Rozdziału 1 OWU aktywa UFK tworzyły środki pieniężne z tytułu wpłat składek pierwszych i bieżących, pomniejszonych o opłatę administracyjną, prawa nabyte przez UFK oraz pożytki z tych praw. Zgodnie z Rozdziałem 2. OWU przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego, ochrona ubezpieczeniowa udzielana była na wypadek zgonu w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub dożycia ubezpieczonego końca okresu odpowiedzialności. Ponadto celem ubezpieczenia było gromadzenie i inwestowanie środków finansowych przy wykorzystaniu UFK. Do zapłaty składek bieżących oraz składki pierwszej zobowiązany był ubezpieczający – tj. (...) S.A. ,przy czym dopuszczono możliwość sfinansowania przez Ubezpieczonego zadeklarowanych składek. Składka bieżąca ustalana była jako iloraz sumy: różnicy pomiędzy składką zainwestowaną a składką pierwszą i iloczynu składki zainwestowanej oraz stopy opłaty administracyjnej pomnożonej przez 10 oraz liczby miesięcy okresu odpowiedzialności (w tym przypadku 120). Z kolei wartość jednostek uczestnictwa nabywanych za składkę bieżącą wynosiła różnicę wartości tej składki oraz iloczynu stawki opłaty administracyjnej i dwunastej części składki zainwestowanej. Stosownie do Rozdziału 8. Ubezpieczyciel pobierał opłaty: administracyjną i likwidacyjną. Opłata administracyjna pobierana była według stawki procentowej określonej w Tabeli, liczonej od wartości składki zainwestowanej, pobieranej miesięcznie ze składki bieżącej. Opłata likwidacyjna pobierana była w przypadku całkowitego wykupu stosownie do stawki określonej w Tabeli od wartości umorzonych jednostek UFK. Stosownie do Rozdziału 10. wysokość świadczenia z tytułu dożycia końca okresu odpowiedzialności wynosiła 100% wartości rachunku w dacie umorzenia, ustalonego po umorzeniu na rachunku jednostek uczestnictwa. Wysokość świadczenia z tytułu zgonu określona była jako sumę 1% składki zainwestowanej i wartości rachunku ubezpieczenia.

(dowód: OWU, k. 104 – 111)

Stosownie do § 3 Regulaminu celem UFK było zwiększenie wartości aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w wyniku wzrostu wartości lokat UFK. W szczególności celem UFK była ochrona 100% kwoty odpowiadającej składce zainwestowanej, przy czym ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia tego celu inwestycyjnego. Stosownie do § 4 ust. 3 Regulaminu środki UFK lokowane były do 100% w certyfikaty wyemitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...), z których wypłata oparta była na indeksie (...) (kod (...): (...)). Certyfikaty wyemitowane przez (...) wyceniane były w złotych polskich. Inwestycja wiązała się z ryzykiem kredytowym emitenta, tj. możliwością wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności do obsługi zadłużenia, w tym wykupu wyemitowanych certyfikatów. Wartość jednostki uczestnictwa ustalana była na dzień wyceny i obliczana jako iloraz wartości aktywów netto funduszu na dzień wyceny i liczby wszystkich jednostek UFK w dniu wyceny.

(dowód: Regulamin, k. 112 – 114)

Stosownie do Tabeli o kodzie (...) opłata administracyjna wynosiła 1,92% w skali roku, zaś opłata likwidacyjna 100% w pierwszych dwóch latach odpowiedzialności, 80% w roku trzecim i z każdym kolejnym ulegała obniżeniu o 10% aż do 7 roku odpowiedzialności, zaś od 8 roku ulegała obniżeniu o 5% w każdym kolejnym roku aż do końca okresu odpowiedzialności.

(dowód: Tabela, k. 115)

W dniu 17 marca 2017 r. A. K. wystąpiła do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o zbadanie sprawy związanej z reklamacją wniesioną do Towarzystwa. Rzecznik zwrócił się do podmiotu o udzielenie informacji, co do przyczyn nierozpatrzenia reklamacji zgodnie z wolą ubezpieczonej i po ich uzyskaniu przedstawił A. K. swój pogląd w sprawie.

(dowód: pisma, k. 126 – 144)

Uznając umowę za rozwiązana Towarzystwo w dniu 4 kwietnia 2017 r. wypłaciło A. K. kwotę 227.604,01 zł tytułem wartości jednostek uczestnictwa UFK. Wartość opłaty administracyjnej pobranej w trakcie trwania umowy wynosiła 60.858 zł. W dacie uznanej za datę całkowitego wykupu wartość jednostek uczestnictwa na rachunku wynosiła 325.148,58 zł, od tej kwoty Towarzystwo pobrało opłatę likwidacyjną wynoszącą 30%, tj. 97.544,57 zł.

(dowód: potwierdzenie przelewu, k. 133; rozliczenie, k. 387)

Pismem doręczonym adresatowi 19 września 2017 r. A. K. zwróciła się do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązania sporu z podmiotem rynku finansowego. Postępowanie zakończyło się wydaniem przez Rzecznika opinii na podstawie ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 892 ze zm.).

(dowód: pisma, k. 145 – 161)

Z tytułu usług pośrednictwa finansowego w zakresie subskrypcji UFK w lutym 2011 r. (...) S.A. wypłaciło (...) S.A. kwotę 5.140.410,86 zł tytułem premii z polisy (...).

(dowód: faktura, rachunek, potwierdzenie przelewu, k. 206 – 210)

Powyższe ustalenia zostały poczynione na podstawie wymienionych wyżej dokumentów, które Sąd uznał za nośniki informacji istotnych dla rozstrzygnięcia. Pozostałe dokumenty bądź nie dotyczyły okoliczności mogących stanowić przedmiot dowodu (treść orzecznictwa, wykładnia prawa) bądź nie były istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, ze względu na jej okoliczności oraz przyjętą przez Sąd kwalifikację prawną okoliczności towarzyszących zawarciu umowy ubezpieczenia. Z tych samych przyczyn Sąd uznał za nieistotny dla sprawy dowód z opinii biegłego, zgłoszony w sprzeczności przez pozwanego.

Za wiarygodne Sąd uznał zeznania świadka S. Z. oraz dowód z przesłuchania powódki. Oboje, zwłaszcza świadek, nie taili celów towarzyszących powódce przy zawarciu umowy, przyznali, że umowa miała cel inwestycyjny oraz określili, czego oczekiwali od zaoferowanego produktu. Korespondował z tym opis sposobu prezentacji ubezpieczenia, uwiarygodniony opisującą podobne praktyki decyzją Prezesa UOKiK z 15 października 2014 r. Relacje te były szczerze, spontaniczne, jednoznaczne. W konfrontacji z tymi zeznaniami znacznie mniejszą moc dowodową należało przydać dowodowi z zeznań świadka A. P., który nie pamiętał okoliczności zawarcia umowy a swoją relację oparł na rutynowym postępowaniu w podobnych do analizowanego przypadkach.

Kwestią sporną, której ustaleniu służyć mógł wyłącznie dowód z osobowych źródeł dowodowych, był problem doręczenia powódce dokumentów obrazujących treść stosunku prawnego przed jej zawarciem. Powódka twierdziła, że żadnego z dokumentów wymienionych w oświadczeniu załączonym do deklaracji w istocie nie otrzymała, pomimo, że złożyła podpis potwierdzający ich odbiór. Okoliczność tę pośrednio przyznał sam świadek A. P. podając, że nie wydawał klientom OWU przed podpisaniem deklaracji przystąpienia, bo nie miał takiego obowiązku. Oświadczenie takie w sposób istotny uwiarygodniało tezę powódki i jednocześnie podważało treść złożonego w formie pisemnej oświadczenia. Doświadczenie życiowe nakazuje zresztą z dystansem traktować takie oświadczenia. Obserwacja otoczenia społeczno – gospodarczego w czasie kiedy doszło do zawarcia umowy dostarczała wielu przykładów, że nagminną praktyką w obrocie konsumenckim było bagatelizowanie obowiązków dostawców usług na rynku finansowym związanych z procesem zawierania umowy w zakresie doręczania wzorców, spotykające się zresztą zazwyczaj z aprobatą i zrozumieniem konsumentów którzy również obowiązki takie uznawali za zbytni formalizm i

„papierologię”. Konsekwentnie za wiarygodną uznał Sąd tezę powódki, że w istocie żaden z dokumentów, którego otrzymanie przed zawarciem umowy miała powódka potwierdzić, nie został jej przed zawarciem umowy doręczony.

Za niemające znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy uznał Sąd zeznania świadka T. K.. Obszerne przesłuchanie świadka dostarczyło poglądu co do mechanizmu funkcjonowania ubezpieczenia. Ze względu na podstawę rozstrzygnięcia kwestia ta nie miała jednak ostatecznie znaczenia w sprawie.

Sąd zważył, co następuje.

Podstawą roszczenia w sprawie były tezy akcentujące nieważność umowy grupowego ubezpieczenia na życie, do której przystąpiła powódka, tezy o abuzywności jej postanowień oraz twierdzenie o braku związania tymi postanowieniami wzorca umowy stosowanymi przez pozwanego, które nie zostały powódce doręczone w warunkach określonych w art. 384 § 1 k.c., tj. przed zawarciem umowy. Tak szeroko zakrojone podstawy prawna żądania, niektóre wręcz wykluczające się wzajemnie, wymagały poczynienia szeregu uwag wstępnych, odnoszących się do generalnego charakteru stosunku prawnego ubezpieczenia na życie i dożycie z UFK, jego stron, treści tego stosunku a także oceny okoliczności jego zawarcia.

Generalnie zarzuty leżące u podstaw tezy o nieważności umowy można było podzielić na dwie grupy. Pierwsza związana była z samą treścią stosunku prawnego, w jej ramach pozostawały supozycje powódki o niezgodności treści umowy z jej naturą oraz zasadami współżycia społecznego; druga odnosiła się natomiast do okoliczności zawarcia umowy a ściślej dezinformacji powódki co do istotnych warunków umowy. Pierwszą z płaszczyzn akcentował również Rzecznik Finansowy, który wskazywał ponadto, że nieważność umowy wynika jeszcze z niemożności określenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Tak rozumiany zarzut sytuować należy w grupie tez o nieważności umowy ze względu na jej sprzeczność z naturą stosunku zobowiązaniowego, cechującego się normatywnie równością sytuacji prawnej jego stron.

Nieważność umowy ze względu na sprzeczność z naturą stosunku zobowiązaniowego powódka wywodziła z samej jej konstrukcji polegającej na możliwości kształtowania wielkości świadczenia pozwanego w sposób arbitralny, w przeciwieństwie do świadczenia powódki. Ten sam wydzźwięk miało uzasadnienie takiego samego zarzutu podniesionego przez Rzecznika Finansowego, który ponadto podniósł, że obarczenie strony umowy ubezpieczenia całością ryzyka inwestycyjnego jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego. Rozważenie tych zarzutów wymaga analizy konstrukcji umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, dla której w sprawie relevantnym będzie stan prawny istniejący w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia – w styczniu 2011 r. Wchodząca w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844) nie mogła zatem znaleźć zastosowania w zakresie regulacji treści umowy (por. art. XLIX § 1 p.w.k.c.). Właściwą w tym względzie była ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 1206 ze zm.).

Analizowana w sprawie umowa była umową ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Jej treść uregulowana była przepisami znajdującymi się w szczególności w tytule XXVII, dziale I i III Kodeksu cywilnego oraz zawartymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Umowa ubezpieczenia na życie ma charakter umowy dwustronnie zobowiązującej i odpłatnej – po obu stronach powstają określone prawa oraz obowiązki. Stronami analizowanej umowy są ubezpieczyciel i ubezpieczający. Zgodnie z treścią 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. Ubezpieczycielem może być zarówno krajowy jak i zagraniczny zakład ubezpieczeń, spełniający wymogi określone ustawą o działalności ubezpieczeniowej. Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest umową mieszaną z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Ubezpieczony wpłaca składkę w zamian za co otrzymuje gwarancję spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. W zależności od typu umowy całość albo część składki ulega konwersji na jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu

kapitałowym. Spełnienie świadczenia przez ubezpieczyciela z kolei następuje po konwersji tych jednostek na pieniądź. W odróżnieniu od klasycznych umów ubezpieczenia wartość tego świadczenia w chwili zawarcia umowy nie jest znana, albowiem jest ono częściowo pochodną wartości jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym.

Dopuszczalność zawierania umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wynikała z treści art. 13 ust. 4 u.d.u. oraz Działu I załącznika do w/w ustawy. Ustawa nie określała przy tym bliżej elementów treści takiego zobowiązania, w szczególności nie określała zakresu podziału świadczenia ubezpieczonego na część zmierzającą do sfinansowania wartości sumy ubezpieczenia niebędącej pochodną wartości jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oraz część ulegającą konwersji na takie jednostki. Ustawa nie uszczegółowiła również konstrukcji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, zasad zarządzaniem środkami przeznaczonymi na jego utworzenie i funkcjonowanie, celu inwestycyjnego, podstaw i zasad wyceny jednostek uczestnictwa. Orzecznictwo sądów powszechnych oraz Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej nie dostarcza przykładów generalnego zanegowania ukształtowania stosunku ubezpieczenia w taki sposób, że wartość świadczenia ubezpieczeniowego uzależniona była od wartości nieprzewidywalnej na dzień zawarcia umowy – ceny jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym. Wprost przeciwnie - Sąd Najwyższy dopuszczalność zawierania tego typu umów akceptował (por. wyrok z dnia 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13). W uchwale z dnia 10 sierpnia 2018 r. (III CZP 20/18) Sądu Najwyższy zwrócił uwagę, że wprawdzie tego typu umowy nie zostały przewidziane w kodeksie cywilnym, ale wymieniał je wprost załącznik do obowiązującej w czasie zawarcia spornej umowy ustawy z dnia 22 maja 2003 r. Zatem, w założeniu normatywnym jest to umowa, w której strony uzgadniają, iż przynajmniej część składek ubezpieczeniowych jest alokowana w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, czyli tworzonego z tych składek wydzielonego funduszu aktywów, inwestowanego zgodnie z umową i zarządzanego przez ubezpieczyciela na koszt i ryzyko ubezpieczającego, i której koniecznym elementem, obok świadczeń ubezpieczeniowych zakładu ubezpieczeń, jest możliwość wykupu ubezpieczenia. Umowa, zawierająca w mniejszym czy większym stopniu element ubezpieczeniowy, ma niewątpliwie charakter mieszany w tym sensie, iż przy wykorzystaniu konstrukcji umowy ubezpieczenia może realizować także cel inwestycyjny. Zdecydowanie dominujący cel inwestycyjny, wiąże się z inwestowaniem płaconych przez ubezpieczającego składek, na ryzyko ubezpieczonego, i możliwością wypowiedzenia przezeń umowy oraz wycofania wartości jednostek funduszu zgromadzonych na rachunku. Jednak wówczas nie chodzi - jak w przypadku tradycyjnego wykupu ubezpieczenia osobowego - o zwrot części składki nadpłaconej w początkowym okresie w związku z nierównomiernym rozłożeniem ryzyka ochrony ubezpieczeniowej, lecz o wypłatę zgromadzonych i inwestowanych oszczędności. W ramach zobowiązań ubezpieczyciela na plan pierwszy wysuwa się wówczas odpłatny obowiązek zarządzania funduszem kapitałowym pochodzącym ze składek ubezpieczającego oraz obowiązek zapłaty wartości wykupu. Wówczas świadczenie ubezpieczeniowe ma charakter drugorzędny. Dominacja celu inwestycyjnego w tego typu umowach nie prowadzi do zakwalifikowania ich jako umów inwestycyjnych. Ma ona zatem charakter umowy ubezpieczenia, również w sytuacji, gdy wynikający z lokowania składek w ubezpieczeniowe fundusze inwestycyjne cel inwestycyjny jest zdecydowanie dominujący. W orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości wypowiedziany został pogląd, że umowa ubezpieczenia, która przewiduje w szczególności ubezpieczenie na życie w ścisłym tego słowa znaczeniu oferując takie ubezpieczenie w zamian za miesięczną płatność składek inwestowanych w inwestycje o oprocentowaniu stałym i o oprocentowaniu zmiennym, a także w produkty finansowe, których ryzyko finansowe jest ponoszone przez ubezpieczającego jest umową ubezpieczenia, której postanowienia umowne nie są niezwykłe. Przeciwnie, umowy zwane 'unit linked', 'wyrażone w jednostkach przeliczeniowych' lub 'związane z funduszami inwestycyjnymi', takie jak umowa podpisana przez A. A., są powszechne w prawie ubezpieczeń. Ponadto prawodawca unijny uznał, że ten typ umowy należy do grupy ubezpieczeń na życie, tak jak to wyraźnie wynika z pkt III załącznika I do dyrektywy dotyczącej ubezpieczeń na życie w związku z art. 2 pkt 1 lit. a) tej dyrektywy. Ubezpieczenia związane z funduszami inwestycyjnymi od początku unijnych regulacji dotyczących działalności ubezpieczeniowej, a więc jeszcze przed wejściem w życie dyrektywy o umowach zawieranych poza lokalem przedsiębiorstwa, na podstawie art. 1 pkt 1 lit. a oraz pkt III załącznika do dyrektywy 79/267/EWG, nazywanej pierwszą dyrektywą w sprawie ubezpieczeń na życie, uważane były za należące do grupy ubezpieczeń na życie (por. wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 1 marca 2012 r, C – 166/11). Skoro ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym są w prawie unijnym wprost zaliczane do kategorii ubezpieczeń na życie, stanowiąc od początku regulacji Unii Europejskiej dotyczących ubezpieczeń jedną

z grup w ramach ubezpieczeń na życie, podstawą zaś nawiązania stosunku ubezpieczeniowego między zakładem ubezpieczeń a ubezpieczającym będącym jego klientem, w tym również jeżeli spełnia on przesłanki pozwalające uznać go za konsumenta, jest umowa ubezpieczenia, to umowa ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym jest umową ubezpieczenia na życie (tak W. Baranowska – Zając, Glosa do wyroku TS z dnia 1 marca 2012 r., C-166/11, LEX/el.2013). Pogląd ten jest adekwatny również do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, zważywszy, że ustawa ta dokonywała transpozycji do polskiego porządku prawnego Dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie (Dz.U.U.E.L z 2002 r., Nr 345, poz. 1), na gruncie której przytoczony pogląd został sformułowany. Konsekwencją tych uwag jest stwierdzenie, że nie może stanowić podstawy uznania umowy ubezpieczenia za nieważną te elementy konstrukcyjne, które ściśle i immanentnie wiążą się z cechami dystynktywnymi umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Odmienny pogląd prowadziłby do paradoksu systemowego, polegającego na sprzeczności z naturą stosunku umownego ze względu na ich konstrukcję rodzaju umów, których istnienie przewiduje ustawa. Nie jest zatem przesłanką nieważności umowy okoliczność, że zgodnie z jej treścią zasadniczą część środków wpłacanych przez ubezpieczonego była przeznaczona na nabycie jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym. Zawieranie tych umów nie prowadzi do obejścia ustawy, poprzez przyznanie zakładom ubezpieczeń uprawnień do prowadzenia działalności wykraczającej poza zakres działalności ubezpieczeniowej rozumianej ściśle i w sposób tradycyjny. Cechą konstrukcyjną tych umów jest konwersja środków na jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, których wartość jest zmienna i podlega fluktuacjom rynkowym właściwym, ze względu na strukturę przeznaczenia środków na te fundusze wydzielonych, dla instrumentów finansowych. Jeżeli istotą umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest ścisła zależność wartości sumy ubezpieczenia od wartości jednostek uczestnictwa, które owym fluktuacjom podlegają, to oznacza to, że w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia nie jest możliwe ściśle określenie sumy jaką ubezpieczony otrzyma. W konsekwencji brak możliwości oznaczenia świadczenia ubezpieczeniowego poprzez jej określenie wartością liczbową jest cechą immanentną umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Określenie świadczenia następuje w tym przypadku poprzez odniesienie wartości tego świadczenia do każdorazowej wartości jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym. W takim określeniu świadczenia nie można dopatrywać się wady umowy ani przyznania jednej ze stron uprawnienia do jednostronnego kształtowania cech istotnych własnego świadczenia głównego. Zarzuty zatem powódki, co do braku określenia świadczenia w sposób stanowczy i konkretny jak również zarzut Rzecznika Finansowego odwołujący się do wyżej wzmiankowanej jednostronności umowy nie mogły się zatem ostać.

Z tych samych przyczyn nie można uznać za zasadny zarzutu sprzeczności umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym za nieważną ze względu na niezgodność z zasadami współżycia społecznego. Sam fakt występowania w obrocie dopuszczalnego przez ustawę typu umów wyklucza uznanie takiej umowy za niezgodną z zasadami współżycia społecznego.

Bez znaczenia dla ważności umowy okazała się kwestia sposobu wyliczenia wartości indeksu, określonego w § 4 ust. 3 i 5 Regulaminu UFK. Wartość ta była niezależna od obu stron stosunku zobowiązaniowego, opracowana bowiem była przez (...). Konstrukcja taka znana jest umowom dotyczącym instrumentów finansowych, w których stosuje się różnorakie indeksy (cen złota, ropy, innych kopalin, żywności) jako elementu ryzyka inwestycyjnego. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 2003 r., pod rządami której zwarta została umowa ubezpieczenia, nie przewidywała obowiązku objaśniania sposobu i metodologii wyliczania wartości tego rodzaju indeksów, nie istnieje również zwyczaj wskazujący na konieczność zamieszczenia w umowach takiego objaśnienia (at. 56 k.c.). Wartość indeksu strony traktują jako element zewnętrzny, fakt zastany, stanowiący punkt odniesienia dla wyceny wartości instrumentu bazowego. Sposób konstruowania indeksu nie jest zatem objęty treścią stosunku prawnego, brak określenia sposobu jego obliczenia nie może zatem wpływać na ważność umowy.

Kolejnym zarzutem był brak wykazania w umowie zasad, wedle których jednostki UFK były wyceniane ani zasad wyceny aktywów netto funduszu. W związku z powyższym sformułowana została teza o arbitralności wyceny jednostek. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej, w wersji obowiązującej w dniu zawarcia umowy, nie formułowała

obowiązku określenia sposobu wyceny jednostek uczestnictwa UFK. Formulowała obowiązek określenia zasad i terminów wyceny jednostek UFK (art. 13 ust. 4 pkt 4 ustawy z 2003 r.). Zasada ta została określona w § 6 ust. 2 Regulaminu Funduszu. Zasady wyceny aktywów netto Funduszu zostały zaś określone w § 4 ust. 2 Regulaminu. Należy zwrócić uwagę na art. 23 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 2015 r., zgodnie z którym zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do określenia w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zasad i terminów wyceny jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (a nie zasad wyceny aktywów funduszu, które determinują cenę jednostki). Ustawa (obowiązująca zarówno poprzednio jak i obecnie) nie wymaga od zakładów ubezpieczeń wskazywania metodologii wyceny aktywów funduszu. W analizowanej umowie, zasady i terminy wyceny jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego zostały wskazane. Powyższy obowiązek wypełniają postanowienia Regulaminu Funduszu, w treści którego zostały zawarte określone informacje dotyczące udziałów jednostkowych, w szczególności ich wyceny.

Należy mieć także na uwadze, że wbrew twierdzeniom powódki, strona pozwana nie może arbitralnie określać wartości jednostek uczestnictwa w funduszu, jak również wartości aktywów funduszu. Metodologia wyceny aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych jest zdefiniowana przepisami prawa tj. ustawy z 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 330 j.t.), rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i reasekuracji oraz rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania, i sposobu prezentacji instrumentów finansowych. Powyższe przepisy nakładają obowiązek dokonywania wycen aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w sposób wskazany przez nie i nie pozwalają więc zakładowi ubezpieczeń na jakąkolwiek dowolność w dokonywaniu wyceny. Przy czym dodatkowo podkreślić należy, że powódka nie sprecyzowała na czym owa wadliwość wyceny miałyby polegać, nie podniosła żadnych zarzutów, jak również nie żądała żadnych dokumentów czy dopuszczenia innych dowodów, które mogłyby wykazać, że istotnie doszło do nieprawidłowego wyliczenia wartości aktywów funduszu, sprzecznej z przepisami prawa.

Co więcej zarzut ten nie odpowiadałby szczególnej naturze stosunku ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, którego immanentnym elementem jest gromadzenie środków uzyskanych ze składek w jednostki funduszu, których wartość uzależniona jest od nabywanych za te środki aktywów, których wartość z kolei podlega fluktuacjom rynkowym. Jeżeli uznać, że dominującą cechą takiego stosunku jest jego inwestycyjny charakter, co zresztą zostało rozpoznane przez powódkę, to oczekiwanie konsumenta, że podmiot za pośrednictwem którego dokonuje on inwestycji (tutaj zakład ubezpieczeń) przedstawi mu sposób określenia wartości aktywa stanowiącego przedmiot inwestycji jest niezgodne z modelem zachowania przeciętnego konsumenta na rynku inwestycji w instrumenty finansowe. Żaden konsument, inwestujący swoje środki bezpośrednio w instrumenty finansowe (za pośrednictwem firm inwestycyjnych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi) czy też pośrednio poprzez instytucje wspólnego inwestowania, nie może oczekiwać, że metody wyceny aktywów stanowiących przedmiot inwestycji zostaną określone w umowie (prospekcie emisyjnym). Metody określone są w ustawie o rachunkowości i dotrzymanie jej standardów jest warunkiem rzetelności wyceny aktywa, a co za tym idzie rzetelności inwestycji. Nie jest nim natomiast spełnienie oczekiwania konsumenta, wyrażonego ex post, co do ujawnienia metody wyceny poprzez opisanie schematu opartego o obiektywnie weryfikowalne i powszechnie dostępne dane rynkowe.

W konsekwencji należało przyjąć, że brak jest podstaw do przyjęcia nieważności umowy ze względu na sprzeczność z zasadami współżycia społecznego lub granicami kształtowania dopuszczalnej treści stosunku umownego (art. 353¹ k.c.).

Powódka w sprawie podniosła również zarzuty odnoszące się do okoliczności towarzyszących zawarciu umowy, jako podstawy nieważności. Powołała się w tym względzie na tę okoliczność, że działający w imieniu (...) S.A. A. P. przekonywał ją o gwarancji ochrony wpłaconego kapitału. Zgodnie z art. 3 u.p.n.p.r. zakazane jest stosowanie nieuczciwych praktyk rynkowych, za które uznaje się praktyki stosowane przez przedsiębiorców wobec konsumentów sprzecznych z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształcających lub mogących zniekształcić zachowanie

rynkowe przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu, w trakcie jej zawierania lub po jej zawarciu. W szczególności praktyką taką jest działanie wprowadzające w błąd, jeżeli spowodowało lub mogło spowodować podjęcie decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął. Zastosowanie nieuczciwej praktyki rynkowej uprawnia kontrahenta przedsiębiorcy, który wskutek zastosowania tej praktyki zawarł umowę do żądania jej unieważnienia oraz zwrotu świadczeń uiszczonych w wykonaniu tej umowy (art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy).

W związku z taką kwalifikacją roszczenia powódki należałoby rozważyć układ podmiotowy stosunku prawnego powstałego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, czyli to z kim powódkę łączyła umowa ubezpieczenia. Na kanwie art. 808 § 1 k.c. sformułowane w doktrynie następujące cechy umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej: konstrukcja umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek polega na tym, że ubezpieczający ubezpiecza cudzy interes majątkowy lub niemajątkowy; ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona nie na rzecz ubezpieczającego, lecz na rzecz innej osoby (ubezpieczonego) - ubezpieczony nie musi być wskazany imiennie w umowie przy ubezpieczeniach majątkowych, a tylko przy ubezpieczeniach na życie; obowiązek opłacania składki obciąża wyłącznie ubezpieczającego; ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony umowy przed zajściem wypadku postanowiły inaczej (tak. H. Ciepła, Komentarz do art. 808 Kodeksu cywilnego, System Informacji Prawnej LEX, stan prawny na 15.10.2013 r., uwaga 5.). Kryteria ponadto sformułowało orzecznictwo. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2018 r. (II CSK 222/17) wskazano, że przerzucenie ciężaru finansowego składki ubezpieczeniowej na ubezpieczonego nie przesądza per se, że ubezpieczony uzyskuje status ubezpieczającego. Rozwiązanie takie nie wyklucza zatem kwalifikacji umowy jako umowy ubezpieczenia objętej art. 808 k.c. Stanowisko to należy odnieść odpowiednio do sytuacji, w której ubezpieczonemu przysługują pewne uprawnienia pozwalające kształtować zakres ochrony ubezpieczeniowej. Kwalifikacja prawna konkretnej umowy, jako umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, musi uwzględniać całokształt jej postanowień i rzeczywisty obraz relacji między stronami oraz osobami mającymi uzyskać w ramach tej umowy ochronę ubezpieczeniową, bez względu na stosowane w umowie nazewnictwo, w tym sposób określenia stron. Na obraz ten rzutuje nie tylko ciężar opłacania składki, lecz także kwestia dobrowolności objęcia ubezpieczeniem, obowiązek lojalności wobec ubezpieczonych, który powinien spoczywać na ubezpieczającym, a także obowiązek ubezpieczyciela do zapłaty wynagrodzenia, jeżeli taki obowiązek wynika z umowy. W sprawie niewątpliwie nie został spełniony warunek obciążenia obowiązkiem opłacania składki wyłącznie ubezpieczającego. Przeciwnie – warunki ubezpieczenia określały obowiązki ubezpieczonego w stosunku do ubezpieczyciela, w tym obowiązek uiszczenia składki. Wprawdzie obowiązek ten nie miał charakteru roszczeniowego w tym sensie, że pozwany nie mógł wymagać zapłaty od powódki składki na drodze sądowej, jednak brak jej opłacenia powodował wygaśnięcie umowy ubezpieczenia generujący po stronie ubezpieczonego stratę w majątku określoną różnicą pomiędzy wartością rachunku a wartością wykupu. Obowiązek ten był zresztą istotą umowy, której celem miała być inwestycja środków inwestorów indywidualnych, nie zaś inwestycja ubezpieczającego dokonywana na rzecz ubezpieczonych. W istocie zatem w ramach umowy grupowej w relację z pozwanym wstępowała nieokreślona ilość indywidualnych inwestorów, których z ubezpieczającym nie łączył żadne prawne więzy. Ponadto pozwany uiszczał ubezpieczającemu (...) S.A. wynagrodzenie za pozyskanie klientów w ramach umowy ubezpieczenia grupowego będącej przedmiotem sporu w sprawie, określone jako prowizja za usługi pośrednictwa finansowego. W tym stanie rzeczy umowa grupowego ubezpieczenia nie spełniała doktrynalnie określonych kryteriów wyróżniających tę figurę prawną ubezpieczenia. Rola ubezpieczonego nie sprowadzała się li tylko do pasywnej w swej istocie funkcji oczekującego na zajście wypadku ubezpieczeniowego. Za takim wnioskiem przemawia fakt, że powódka wybrała fundusz ubezpieczeniowy, w którym chciała uczestniczyć oraz ponosiła całość kosztów ubezpieczenia bezpośrednio w relacji z pozwanym. Skoro tak, to rola ubezpieczającego w istocie została sprowadzona do funkcji przyjmującego oświadczenie o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia. Stroną aktywną, definiującą własny interes ubezpieczeniowy w ramach narzuconych porozumieniem między (...) a pozwanym był powódka. W orzecznictwie sądów powszechnych wskazuje się na brak możliwości kwalifikacji takiej umowy w ramach figury ubezpieczenia na cudzy rachunek. Figurę tę zastępuje zaś klasyczna umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy ubezpieczycielem a podmiotem, którego interes jest chroniony na podstawie tej umowy – ubezpieczonym. "Przystąpienie" ubezpieczonego do ubezpieczenia grupowego na życie należałoby zatem ocenić jako zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia - w granicach stworzonych przez umowę – Plan Oszczędnościowy z dnia 28 marca 2011 r. (tak Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 8 stycznia 2015 r., I ACa 762/14). Ubezpieczający

w tej formule byłby wyłącznie pośrednikiem przyjmującym oświadczenie woli o nawiązaniu stosunku ubezpieczenia. Rola odpowiadałaby funkcji pośrednika ubezpieczeniowego, niezależnie od prawnego statusu podmiotu pełniącego tę funkcję. Pośrednictwo zaś, kwalifikowane jako działanie w interesie ubezpieczyciela (w przypadku powoda to ubezpieczyciel poszukiwał klientów zainteresowanych zawarciem umowy, nie zaś powód poszukiwała ochrony ubezpieczeniowej) jest działaniem w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela – w ramach działalności agencji (art. 4 pkt 1 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, t. j. z 2014 r., poz. 1450 ze zm.). Takie działanie kwalifikowane jest zaś w formule przedstawicielstwa osoby trzeciej. Wnioski te potwierdza fakt uiszczenia premii za czynności usług pośrednictwa finansowego, charakterystycznej dla układu zleceniodawca – agent. Zastosowanie wobec powódki nieuczciwej praktyki rynkowej przez pracownika „ubezpieczającego” powodowało doniosłe skutki w sferze stosunku powódki z ubezpieczycielem. Konsekwencje zastosowanie tej praktyki rozciągają się zatem na relację ubezpieczony – ubezpieczyciel.

W sprawie zostały spełnione przesłanki dla uznania, że umowa ubezpieczenia na życie (...) została zawarta na skutek zastosowania przez przedstawiciela (...) wobec powódki nieuczciwej praktyki rynkowej polegającej na wprowadzeniu w błąd co do istotnych cech produktu ubezpieczeniowego w postaci gwarancji otrzymania zwrotu całości wpłaconego kapitału (braku ryzyka inwestycyjnego). Powódka była przeciętnym konsumentem w rozumieniu art. 2 pkt 8 u.p.n.p.r. Brak podstaw do przyjęcia, że u powódki albo jej męża występowała ponadprzeciętna znajomość rynku finansowego i zasad funkcjonowania umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Oczywiście powódka zdawała sobie sprawę z inwestycyjnego charakteru produktu i wiedziała, że umowa ubezpieczenia w istocie taki produkt stanowi, niemniej jednak wiedza ta nie predysponowała do uznania jej za osobą poinformowaną w takim stopniu, by móc samodzielnie weryfikować oświadczenia składane przez A. P.. Oczekiwania powódki w tym względzie były jasne – inwestycja miała chronić wpłacony kapitał. To oczekiwanie było uzasadnione faktem, że podmiotem inwestującym był zakład ubezpieczeń. Przeciętny klient kojarzy działalność ubezpieczyciela z cechami gwarancyjnymi, polegającymi na naprawieniu doznanego uszczerbku. Ekstrapolacja takiego rozumienia roli i funkcji zakładów ubezpieczeń w obrocie gospodarczym uprawniała powódkę, do oczekiwania, że inwestycja oferowana przez ubezpieczyciela w najgorszym wypadku nie doprowadzi do pomniejszenia ogółu aktywów wpłacanych ubezpieczycielowi, a zatem nie doprowadzi do uszczerbku po jej stronie. Stąd informacja o gwarancji kapitału mogła być dla powódki wiarygodna i skłaniać ją do powierzenia pozwanemu uzyskanych ze sprzedaży składnika majątkowego środków. Zauważyć należy, że nawet ostrożny konsument ma prawo podejmować decyzje rynkowe w zaufaniu do informacji przekazywanych mu przez przedsiębiorcę. Jeśli informacje te nie są w wystarczającym stopniu precyzyjne i jednoznaczne, to nawet uważny konsument może je nieprawidłowo zrozumieć (tak Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 stycznia 2019 r., VII Aga 748/18).

Tymczasem treść stosunku ubezpieczenia, kształtowana postanowieniami wzorca umownego (abstrahując od kwestii jego doręczenia powódce i zakresu związania nim), wcale osiągnięcia tego celu nie gwarantowała. Pomijając w tym miejscu kwestię wyceny aktywów będących przedmiotem inwestycji zauważyć należy, że z punktu widzenia powódki jako konsumentki wpłaconym kapitałem była suma składki pierwszej i bieżących, z punktu widzenia zaś zakładu ubezpieczeń suma tych świadczeń, pomniejszona o opłatę administracyjną, stanowiącą w skali całości umowy 19,2% wpłaconego kapitału. Gwarancja utrzymania kapitału pomimo braków zysków w rozumieniu ubezpieczyciela mogła oznaczać zatem jedynie zwrot konsumentowi wszystkich składek pomniejszonych o taką wartość (zwrot składki zainwestowanej), chociaż i taki komunikat nie byłby prawdziwy, skoro zgodnie z § 3 ust. 3 Regulaminu również taki cel inwestycyjny nie był gwarantowany. Występował zatem istotny dysonans pomiędzy oczekiwaniem zwrotu wpłaconego przez powódkę kapitału a charakterystyką produktu. Oferowanie produktu poprzez gwarantowanie powódce lub też utwierdzanie powódki w przekonaniu o istnieniu gwarancji zwrotu kapitału, w sytuacji, gdy gwarancja ta nie odpowiadała rzeczywistej treści oferowanego produktu stanowiło czyn nieuczciwej praktyki rynkowej w rozumieniu art. 4 ust. 1 i 2 oraz art. 5 ust. 1, ust. 2 pkt 1 i ust. 1 pkt 2 u.p.n.p.r. (por. również wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 16 kwietnia 2015 r., C – 388/13). Polegało bowiem na wprowadzeniu powódki w błąd, co do istotnej cechy oferowanego produktu, poprzez podanie do jej wiadomości informacji niezgodnych z rzeczywistością. Uprawniało to powódkę do żądania stwierdzenia nieważności umowy nawiązanej z pozwanym na skutek złożonego

oświadczenia o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i żądania zwrotu uiszczonych na jej podstawie kwot.

Pozwany podniósł zarzut braku legitymacji biernej co do tak określonego roszczenia. Powoływał się na okoliczność, że powołana praktyka była rezultatem działań podmiotu trzeciego, niezależnego od Towarzystwa. Zarzut ten jest bezpodstawny. Odpowiedzialność z tytułu konsekwencji stosowania nieuczciwych praktyk rynkowych, jakkolwiek oparta na modelu odpowiedzialności deliktowej, co m.in. znajduje swój wyraz w stosowaniu reguł właściwych dla przedawnienia, nosi pewne cechy charakterystyczne, wynikające z chronionych na jej podstawie interesów, mających również znaczenie publiczne. Polegają one na ujęciu w karby procesu przedkontraktowego w obrocie konsumenckim, w sposób wykluczający stosowanie działań deformujących rzeczywiste zachowania rynkowe konsumentów. Celem ustawy jest zatem m.in. zapobieżeniu temu, by konsumenci nie wiązali się umowami, których, w świetle obiektywnej oceny ich oczekiwań, nie zawarliby. Jeżeli natomiast do zawarcia takiej umowy dojdzie, to środkiem ochrony konsumenta jest odwrócenie tego skutku i temu służy m.in. roszczenie przewidziane w art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy, określone jako żądanie unieważnienia umowy i zwrotu wzajemnych świadczeń. Roszczenie to w pierwszym rzędzie winno być kierowane wobec podmiotu, z którym został nawiązany stosunek prawny, nie zaś wobec podmiotu, który stosował daną praktykę. Inny podmiot adresatem tego roszczenia być nie może. W realiach sprawy wnioski ten znajduje dodatkowe uzasadnienie w roli, jaką wobec pozwanego odgrywał podmiot oferujący powódce umowę ubezpieczenia, którą w wystarczający sposób pozwalały zrekonstruować fakt wystawienia i treść faktur za usługi pośrednictwa. Pozwalały one na stwierdzenie, że ubezpieczający występował w interesie ubezpieczyciela, a zatem jego faktyczne zachowania kwalifikowane na płaszczyźnie deliktowej winny obciążać również tego, kto odniósł korzyść z takich działań, czyli pozwanego (art. 422 k.c.). Prawidłowo zatem powódka zidentyfikowała jako zobowiązanego Towarzystwo.

Niezasadny okazał się zarzut przedawnienia roszczenia opartego o treść powołanego przepisu. W orzecznictwie wskazuje się, że w odniesieniu do roszczenia przewidzianego w art. 12 ust. 1 pkt 4 u.p.n.p.r. termin przedawnienia określa art. 442¹ k.c. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 7 lutego 2019 r., I ACa 549/18). Przepis ten, w brzmieniu mającym zastosowanie w sprawie, a więc sprzed zmiany wprowadzonej art. 33 ustawy z dnia 21 kwietnia 2017 r. o roszczeniach o naprawienie szkody wyrządzonej przez naruszenie prawa konkurencji (Dz. U. z 2017 r., Nr 1132), stanowił, że roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie obowiązanej do jej naprawienia. Niewątpliwie dowiedzenie się o szkodzie nie może poprzedzać dowiedzenia się o zaistnieniu zdarzenia szkodzącego, w tym przypadku, zastosowania praktyki nieuczciwej konkurencji. Ustalenia w sprawie wskazują, że wiedzę tę powódka posiadała dopiero w listopadzie 2014 r., kiedy to po raz pierwszy nadesłano jej rozliczenie rachunku. Skoro tak, to termin przedawnienia upływał w listopadzie 2017 r. Powódka w dniu 19 września 2017 r. zwróciła się do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie pozasądowego rozwiązania sporu z pozwanym jako podmiotem rynku finansowego. Postępowanie takie uregulowane jest w rozdziale 4 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (t. j. Dz. U. z 2019, poz. 2279). Przepis art. 35a ust. 1 tej ustawy odsyła z kolei, w zakresie nieunormowanym do stosowania przepisów ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz. U. poz. 1823). Przepis zaś art. 36 tej ustawy stanowi, że wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przerywa bieg przedawnienia roszczenia będącego przedmiotem sporu. Przedawnienie nie biegnie na nowo, dopóki postępowanie to nie zostanie zakończone. W konsekwencji powódka przerwała bieg przedawnienia roszczenia o zwrot kwot wpłaconych na podstawie umowy zawartej na skutek stosowania nieuczciwych praktyk rynkowych. Skoro postępowanie przed Rzecznikiem zakończyło się we wrześniu 2018 r., to kolejny raz przedawnienie zostało przerwane pozwem złożonym w sprawie. Zarzut ten okazał się zatem bezzasadny.

W konsekwencji należało przyjąć, że powódka mogła skutecznie domagać się zwrotu od pozwanego całości świadczenia spełnionego na podstawie umowy zawartej w konsekwencji zastosowania nieuczciwej praktyki rynkowej, tj. na podstawie art. 12 ust. 1 pkt 4 u.p.n.p.r. Skoro powódka świadczyła w wykonaniu tej umowy 424.683 zł a zwrócono jej 227.604,01 zł, to winna otrzymać ponadto jeszcze 197.078,99 zł.

Roszczenie o zapłatę kwoty dochodzonej pozwem uzasadnione było ponadto częściowo w oparciu o podstawę prawną obejmującą brak związania powódki postanowieniami określającymi wysokość opłat należnych pozwanemu. Ustalenia w sprawie wskazują bowiem, że dokumenty określające treść stosunku umownego – tj. OWU, Regulamin i Tabelę powódka otrzymała dopiero w momencie podpisania umowy. Nie został zatem dopełniony warunek tzw. konsensu normatywnego, określony w treści art. 384 § 1 k.c., łączący skutek związania treścią wzorca umownego z doręczeniem treści tego wzorca konsumentowi przed zawarciem umowy. Warunek ten obowiązywał Towarzystwo niezależnie od tego, czy powódkę traktować jako stronę indywidualnej umowy ubezpieczenia (w figurze rozproszonego stosunku ubezpieczenia grupowego), czy też jako ubezpieczoną na podstawie art. 808 § 1 k.c. Rozwiązanie przewidziane w art. 808 § 4 k.c. może być uznane za wystarczające, jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana na rachunek ubezpieczonych, którzy nie mają wpływu na objęcie ich ochroną, względnie nie ponoszą ciężaru składki i nie decydują o kształcie ochrony ubezpieczeniowej. Inna sytuacja występuje wówczas, gdy potencjalny ubezpieczony samodzielnie decyduje o przystąpieniu do ubezpieczenia, zobowiązując się do zapłaty kosztu składki. Dystynkcji tej dał wyraz również prawodawca, wprowadzając art. 19 ustawy z 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przy zachowaniu bez zmian art. 808 § 4 k.c. (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 stycznia 2018 r., II CSK 222/17). Nie sposób zatem przyjąć, jak twierdził świadek A. P., że nie miał on obowiązku doręczać wzorca umownego przed złożeniem przez powódkę oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia. Waga obowiązków określonych w dokumentach wzorcowych dla treści stosunku prawnego oraz dla powodów przyświecających powódce przy przystąpieniu do stosunku ubezpieczenia, przemawiała za koniecznością doręczenia treści wzorca przed zawarciem umowy.

W konsekwencji nie było podstaw do pobrania od powódki ani opłat administracyjnych ani opłaty likwidacyjnej. Powódka związana była wyłącznie treścią deklaracji ubezpieczeniowej, jako indywidualnego dokumentu określającego treść umowy. Abstrahując od oceny dostateczności treści tego dokumentu dla zaistnienia stosunku umowy ubezpieczenia zauważyć należy, że żaden z jego elementów nie określał obowiązku poniesienia opłat ani ich wysokości. Skoro umowy nie współkształtowała treść wzorca, to bezskuteczna była próba jego zmiany w trybie przewidzianym w art. 384¹ k.c. Niezależnie od tego należy wskazać, że pismo z dnia 31 października 2014 r., mające wprowadzać tę zmianę, również nie spełniało warunków określonych treścią art. 384 i 384¹ k.c., zawierając wyłącznie wykaz zmian, bez samych wzorców. Wykaz taki, jakkolwiek pomocy i ze wszelkich miar pożądanym, nie mógł samodzielnie zastąpić obowiązku zachowania wymagań określonych w art. 384 k.c., tj. dostarczenia całości wzorca. W konsekwencji pozwany nie miał podstaw do ich pobierania od powódki w trakcie trwania umowy ani po jej zakończeniu. Opłaty te pobrane od powódki w łącznej kwocie 158.402,57 zł (60.858 + 97.544,57), podlegały zwrotowi na podstawie art. 410 § 2 in principii, jako *condictio indebiti*.

W konsekwencji brak było podstaw do rozważenia kwestii abuzywności postanowień określających obie opłaty pod względem ich niedozwolonego, w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., charakteru, skoro postanowienia dotyczące tych opłat nie wiązały powódki. Niemniej Sąd podziela ocenę powódki, co do abuzywnego charakteru postanowienia określającego obowiązek poniesienia opłaty likwidacyjnej, ze względu na jej wysokość. Określenie tej opłaty na poziomie 100% w pierwszych dwóch latach a następnie od 80 w trzecim roku do 30 % w siódmym stanowiło wartość nadmierną. Sąd podziela wypowiedziany w judykaturze pogląd, że postanowienie ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przewidujące, że w razie wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego przed upływem 10 lat od daty zawarcia umowy, ubezpieczyciel pobiera opłatę likwidacyjną powodującą utratę wszystkich lub znacznej części zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego środków finansowych, rażąco narusza interesy konsumenta i stanowi niedozwolone postanowienie umowne w świetle art. 385¹ zdanie pierwsze k.c. (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13).

W rezultacie powyższych rozważań Sąd zasądził od pozwanej na rzecz powódki kwotę 197.078,99 zł.

O odsetkach orzeczono na podstawie art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c. Skoro przesłanką żądania zwrotu było przesądzenie kwestii nieważności umowy (jej unieważnienie), to oznaczałoby to *prima facie*, że wymagalność

roszczenia o zwrot kwot pobranych na podstawie unieważnionej umowy biegnie od dnia wydania wyroku. Pamiętać jednak należy, że ta swoista forma ochrony interesów konsumenta jest osadzona w reżimie odszkodowawczym. Można zatem przyjmować, że żądanie zwrotu świadczenia spełnionego w wykonaniu umowy zawartej w związku z popełnieniem czynu nieuczciwej praktyki rynkowej jest wymagalne w terminie właściwym dla świadczeń odszkodowawczych, co do zasady określanym na podstawie treści art. 455 k.c. Wychodząc z tego założenia Sąd uznał, że roszczenie o zwrot uiszczonych na podstawie umowy kwot stało się wymagalne po wezwaniu pozwanego do jego spełnienia, z powołaniem na czyn nieuczciwej praktyki rynkowej, co miało miejsce w dniu 25 października 2016 r. Powódka określiła termin 7 dniowy do spełnienia tego świadczenia. Skoro żądanie pozwu co do odsetek za opóźnienie obejmowało okres od 4 kwietnia 2017 r., to było ono w całości zasadne, niezależnie od tego czy termin 7 dniowy uznać można za odpowiedni dla spełnienia świadczenia na wskazanej podstawie.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. Powódka wygrała proces w całości, w związku z czym pozwany zobowiązany był do zwrotu poniesionych na jego prowadzenie kosztów. Do kosztów tych zaliczała się opłata od pozwu w kwocie 9.854 zł, opłata skarbową od udzielonego pełnomocnictwa oraz wynagrodzenie pełnomocnika. Pełnomocnik powódki wniósł o zasądzenie z tego tytułu wynagrodzenia w podwyższonej wysokości dwukrotności stawki podstawowej. Okoliczności istotne z punktu widzenia tak sformułowanego żądania określa § 15 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 265). Przewiduje on, że opłatę w sprawach wymagających przeprowadzenia rozprawy ustala się w wysokości przewyższającej stawkę minimalną, która nie może przekroczyć sześciokrotności tej stawki, ani wartości przedmiotu sprawy, jeśli uzasadnia to:

- 1) niezbędny nakład pracy radcy prawnego, w szczególności poświęcony czas na przygotowanie się do prowadzenia sprawy, liczba stawiennictw w sądzie, w tym na rozprawach i posiedzeniach, czynności podjęte w sprawie, w tym czynności podjęte w celu polubownego rozwiązania sporu, również przed wniesieniem pozwu;
- 2) wartość przedmiotu sprawy;
- 3) wkład pracy radcy prawnego w przyczynienie się do wyjaśnienia okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, jak również do wyjaśnienia i rozstrzygnięcia istotnych zagadnień prawnych budzących wątpliwości w orzecznictwie i doktrynie;
- 4) rodzaj i zawilość sprawy, w szczególności tryb i czas prowadzenia sprawy, obszerność zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego lub biegłych sądowych, dowodu z zeznań świadków, dowodu z dokumentów, o znacznym stopniu skomplikowania i obszerności.

Odnosząc się do tych kryteriów zauważyć należy, że w sprawie większość pracy intelektualnej pełnomocnika powódki została wykonana przed wszczęciem postępowania sądowego. Powódka próbowała uniknąć procesu sądowego występując najpierw bezpośrednio do pozwanego o wypłatę świadczenia, następnie występując z reklamacją do Rzecznika Finansowego, wreszcie zwracając się o przeprowadzenie przez ten organ postępowania pozasądowego w sprawie rozwiązania sporu z podmiotem rynku finansowego. Działania te należy ocenić ze wszech miar pozytywnie, niewątpliwie pełnomocnik powódki dołożył maksymalnej staranności, aby uniknąć procesu sądowego, jednocześnie operując argumentacją, która mogła zostać i została wykorzystana następnie w procesie sądowym. Jest to element, który wyróżnia postępowanie pełnomocnika powódki ponad przeciętną w sprawach z tytułu roszczenia konsumenta przeciwko zakładowi ubezpieczeń o zwrot środków pobranych na podstawie umowy ubezpieczenia na życie z UFK. Przygotowanie to niewątpliwie przyczyniło się do skrócenia postępowania sądowego, w tym sensie, że do wyjaśnienia podstaw sporu wystarczyła dwukrotna wymiana pism. Postępowanie dowodowe w sprawie nie było nazbyt obszerne, ograniczyło się do trzech posiedzeń, na których przesłuchano świadków i strony. Kryterium wartości przedmiotu sporu miało w sprawie takie znaczenie, że jego wartość zbliżała się do górnej granicy przedziału właściwego dla wynagrodzenia określonego w § 2 pkt 6 Rozporządzenia. Stopień skomplikowania sprawy, na tle innych postępowań związanych z roszczeniami kierowanymi przeciwko zakładom ubezpieczeń w związku z nienależnie pobranymi od ubezpieczonych świadczenia z umów ubezpieczenia na życie z UFK należał do

znacznych, biorąc pod uwagę, że w grę wchodziło kilka ewentualnych podstaw prawnych roszczenia, wymagających poddania wszechstronnej analizie stosunku prawnego umowy ubezpieczenia grupowego, a stopień skomplikowania mechanizmu tej umowy sami świadkowie powołani przez pozwanego oceniali jako znaczny. W tej płaszczyźnie ujawniały się zresztą jedyne mankamenty postępowania pełnomocnika, którego argumentacja prawna nie cechowała się wystarczającym rygoryzmem intelektualnym, wymagającym przedstawienia ustrukturyzowanej analizy treści stosunku i umiejscowienia w niej zarzutów formułowanych przeciwko umowie. W tym względzie dostrzec należy pewne niedostatki pozwu i pisma przygotowawczego, zawierających w istocie spis zarzutów wzajemnie na siebie zachodzących a częściowo się wykluczających. Niemniej jednak całokształt wykonanej przez pełnomocnika powódki pracy, w świetle przedstawionych wyżej argumentów sprawia, że wniosek o podwyższenie wynagrodzenia zasługiwał na częściowe uwzględnienie, poprzez przyznanie tego wynagrodzenia w stawce odpowiadającej 1,5 krotności stawki minimalnej. Stąd wynagrodzenie to wyniosło 8.100 zł. Łącznie od pozwanego na rzecz powódki z tytułu kosztów procesu należało zasądzić kwotę 17.971 zł.

Ze względu na powyższe motywy orzeczono jak w sentencji.