

Sygn. akt V Ca 1178/20

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 marca 2021 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie V Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący:	Sędzia Bożena Miśkowiec
-----------------	-------------------------

Protokolant: sekr. sądowy Urszula Kujawska

po rozpoznaniu w dniu 3 marca 2021 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. B.

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

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy-Woli w Warszawie

z dnia 25 czerwca 2019 r., sygn. akt II C 2865/17

1) zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

- punktowi drugiemu nadaje treść „dodatkowo zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz powódki M. B. kwotę 8.141,73 zł. ( osiem tysięcy sto czterdzieści jeden złotych siedemdziesiąt trzy grosze) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 8 marca 2017 r. do dnia zapłaty”,

- punktowi trzeciemu nadaje treść „ zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz powódki M. B. kwotę 2.559,86 zł. ( dwa tysiące pięćset pięćdziesiąt dziewięć złotych osiemdziesiąt sześć groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu”;

2) zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz powódki M. B. kwotę 1.400 zł. (tysiąc czterysta złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania w instancji odwoławczej.

Sygn. akt V Ca 1178/20

## UZASADNIENIE

Powódka M. B. wystąpiła przeciwko Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą we W. o zasądzenie kwoty 12.513,97 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 8 marca 2017 r. do dnia zapłaty z tytułu zwrotu składek wpłaconych na poczet przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...), a także o zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, powiększonych o podatek VAT.

W odpowiedzi na pozew, pozwane Towarzystwo (...) S.A. wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów procesu na swoją rzecz.

Wyrokiem z dnia 25 czerwca 2019 r. Sąd Rejonowy dla Warszawy-Woli w Warszawie: 1) zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 4.372,24 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 8 marca 2017 r. do dnia zapłaty; 2) oddalił powództwo w pozostałym zakresie; 3) zasądził od powódki na rzecz pozwanego kwotę 2.353,58 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego; 4) zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.374,14 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło na podstawie następujących ustaleń oraz rozważań poczynionych przez Sąd I instancji.

M. B., na podstawie złożonej deklaracji, przystąpiła do umowy ubezpieczenia indywidualnego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...), zawartej pomiędzy Towarzystwem (...) S.A. a (...) Bank S.A. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia zostało potwierdzone certyfikatem, seria i numer (...). Treść umowy nie została z powódką indywidualnie uzgodniona. Podpisując wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia, ubezpieczona zobowiązała się do uiszczenia pierwszej składki w wysokości 11.250 zł oraz kolejnych składek bieżących, w wysokości 310 zł miesięcznie. Umowa została zawarta za pośrednictwem przedstawiciela ubezpieczającego A. F.. Przystępując do umowy, powódka miała świadomość, że produkt ubezpieczeniowy zawierany jest na okres 15 lat. Okres ubezpieczenia rozpoczął się w dniu 16 listopada 2009 roku i miał trwać do dnia 16 listopada 2024 r. W treści certyfikatu ubezpieczeniowego wskazano wysokość składek ubezpieczeniowych, a także wysokość składki zainwestowanej – (...) zł. Zakres umowy ubezpieczenia obejmował zdarzenia ubezpieczeniowe: zgon ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności oraz dożycie przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności (Rozdział 1 OWU „Definicje” pkt. 34).

Oplata likwidacyjna, pomniejszająca wartość rachunku ubezpieczeniowego, w związku z zakończeniem umowy w pierwszym, drugim, trzecim i czwartym roku ubezpieczenia wynosiła 75 %, w piątym 50 %, w szóstym 30 %, zaś w ósmym 15% i ulegała stopniowemu zmniejszeniu, aż do roku 15. – w którym wynosiła 1 % .

Świadczenie ubezpieczeniowe było wypłacane przez (...) w razie zgonu ubezpieczonego bądź dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności (rozd. 12 ust. 1 OWU). Ponadto celem ubezpieczenia było gromadzenie i inwestowanie środków finansowych przy wykorzystaniu (...) (rodz. 2 ust. 2 OWU). W razie zgonu ubezpieczonego, należne uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe wynosiło równowartość rachunku udziałów, obliczaną jako iloczyn jednostek uczestnictwa w funduszu i wartość poszczególnej jednostki uczestnictwa w dacie zgonu, powiększaną o 1 % wartości składki zainwestowanej (rozd. 10 ust. 4 OWU). W czasie trwania okresu ubezpieczenia, po rozpoczęciu ochrony, ubezpieczony miał prawo zrezygnować z ubezpieczenia, w drodze złożenia oświadczenia o rezygnacji. W razie rezygnacji z ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń, w terminie 35 dni od dnia otrzymania oświadczenia, zobowiązany był do wypłaty środków z tytułu całkowitego wykupu. W takiej sytuacji wypłacie na rzecz ubezpieczonego podlegała kwota równa wartości rachunku ubezpieczonego, pomniejszona o opłatę likwidacyjną (rozd. 14 ust. 1,4 i 6 OWU).

W rozdziale 8 OWU, ust. 1 i 2 wskazano, iż Ubezpieczyciel ma prawo do pobierania następujących opłat: opłaty administracyjnej, w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko oraz opłaty likwidacyjnej. Wysokość opłat wymienionych została określona w Tabeli Opłat i Limitów Składek. Opłata administracyjna było określono procentowo, jako 1,28 % w skali roku, naliczany od wartości składki zainwestowanej. Z kolei przez składkę zainwestowaną rozumiano wskazaną w deklaracji przystąpienia kwotę, która zostanie zainwestowana w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w ciągu całego okresu odpowiedzialności, trwającego 180 miesięcy.

Zobowiązaniem ubezpieczonego było regularne wpłacanie (z góry) składki, w terminie i wysokości wskazanej w deklaracji przystąpienia, w przypadku powódki kwota miesięcznej składki obejmowała kwotę 310 zł. W toku trwania ubezpieczenia, ubezpieczona opłacała regularnie składki, począwszy od pierwszego nabycia jednostek uczestnictwa w

dniu 16 listopada 2019 r. za łączną kwotę 11.560 zł, i przez kolejne miesiące trwania ubezpieczenia, comiesięcznie, aż do października 2016 r., kiedy to po raz ostatni powódka uiściła na rzecz zakładu ubezpieczeń składkę w wysokości 310 zł. Od każdej miesięcznej składki była pobierana opłata administracyjna w kwocie 60 zł.

Środki finansowe wnoszone przez ubezpieczoną w formie składek były inwestowane w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy o nazwie (...). Zasady funkcjonowania funduszu, jego strategię inwestycyjną oraz sposób wyceny udziałów określał regulamin funduszu (rozdz. 7 ust. 2 OWU). Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy był podzielony na jednostki uczestnictwa, które reprezentowały udziały ubezpieczonych w aktywach funduszu. Same te jednostki nie stanowiły praw majątkowych do aktywów funduszu.

Zgodnie z treścią regulaminu, fundusz stanowił wydzieloną rachunkowo część aktywów ubezpieczyciela, składającą się z jednostek uczestnictwa o jednakowej wartości. Fundusz powstawał ze składek wpłacanych przez ubezpieczonych, pomniejszanych o opłatę administracyjną. Celem działalności funduszu było powiększanie wartości aktywów netto funduszu, poprzez wzrost wartości lokat funduszu, jednakże (...) nie gwarantowało osiągnięcia tego celu inwestycyjnego (§ 3 Regulaminu Funduszu).

Środki zgromadzone przez Fundusz były lokowane w obligacje emitowane przez (...) S.A. Wypłata z obligacji oparta była na indeksie (...) Indeks ten miał umożliwiać ekspozycję inwestycji na rynek akcji (...), (...), (...), rynków rozwijających się oraz nieruchomości(...), obligacji (...) i surowców.

Towarzystwo zastrzegło sobie jednocześnie prawo do likwidacji Funduszu bądź zmiany jego strategii inwestycyjnej, za 3 - miesięcznym uprzedzeniem ubezpieczającego. Ubezpieczający z kolei miał obowiązek poinformować ubezpieczonych o takich działaniach najpóźniej na dwa miesiące przed likwidacją funduszu (§ 10 Regulaminu). Wartość początkowa jednostki funduszu została ustalona na kwotę 200 zł i podlegała ona zmianie zgodnie ze zmianą wartości aktywów netto funduszu przypadających na jednostkę uczestnictwa (§ 7 ust. 3 Regulaminu). W treści regulaminu wskazano również, że wartość aktywów netto Funduszu jest ustalana według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny.

Stosownie do treści regulaminu UFK ryzyko inwestycyjne obciążało ubezpieczonego. Wartość początkowa jednostki uczestnictwa wynosiła 200 zł. Wyznaczenie tej wysokości na konkretnym poziomie nie miało znaczenia dla ustalenia późniejszej wysokości świadczenia, gdyż ustalenie tej wartości polegało na podzieleniu aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego przez ilość początkowo jednostek. Wartość ta miała charakter umowny i była ustalana w celu umożliwienia startu funduszu kapitałowego. Wartość ta nie miała charakteru rynkowego. W późniejszym okresie wartość tej jednostki zmieniała się wraz ze zmianą wartości aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Opłacając kolejne składki ubezpieczeniowe klient nabywał nowe jednostki, które były wyceniane według aktualnych stawek rynkowych, jednocześnie zachowując dotychczas nabyte jednostki, których wartość podlegała zmianom.

Zmiana wartości indeksu wpływała na jeden z elementów wartości instrumentu pochodnego (certyfikatu strukturyzowanego), natomiast stosownie do treści regulaminu ufk, wartość indeksu była decydująca dla ustalenia wartości aktywów ufk (instrumentów pochodnych) w dacie jego zapadalności. Certyfikaty stanowiące wartości aktywów ufk były wyceniane według wartości rynkowej (godziwej), po jakiej emitent tych instrumentów byłby w stanie odkupić je w trakcie utrzymania się certyfikatu. Początkowy spadek wartości jednostki uczestnictwa wynikał z różnicy między ceną emisyjną a ceną odkupu, która z kolei uwzględniała koszty narzucone przez emitenta. Koszty te były stosunkowo najwyższe na początku inwestycji.

Komisja Nadzoru Finansowego, decyzją z dnia 11 kwietnia 2011 r., na wniosek Towarzystwa (...) S.A., orzekła o udzieleniu zezwolenia na uznanie instrumentów finansowych w postaci obligacji strukturyzowanych wyemitowanych przez (...) oraz (...) (pkt. 10 decyzji) za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno – ubezpieczeniowych dla ubezpieczeń na życie, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jeśli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający.

W treści uzasadnienia decyzji organ nadzoru wskazał, że objęte wnioskiem obligacje strukturyzowane zapewniają zakładowi zwrot wartości nominalnej obligacji, jak również dają możliwość otrzymania zysków inwestycyjnych zależnych od zmiany indeksów. Jednocześnie organ nadzoru wskazał, że obligacje powyższe zostały wyemitowane (...) S.A. z siedzibą w L. którego właścicielem i jednocześnie gwarantem wystawionych obligacji jest bank (...) S.A. z siedzibą we F.. Bank ten posiada rating kredytowy na poziomie (...), oznaczający niskie ryzyko bankructwa, nadany przez międzynarodową agencję ratingową (...). Z kolei zobowiązania wynikające z obligacji wyemitowanych przez (...) S.A. zostały zabezpieczone transakcją na instrumencie pochodnym, zabezpieczonym przez (...) S.A. Wobec tego organ nadzoru finansowego uznał, że zapewnione jest bezpieczeństwo zainwestowanego kapitału. Instrumenty te zdaniem organu cechują się rentownością, bezpieczeństwem oraz płynnością.

Łącznie na poczet ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...), tytułem składek ubezpieczeniowych, powódka wpłaciła kwotę (...) zł, z czego pozwany pobrał kwotę (...) zł tytułem opłaty administracyjnej. W dniu 16 grudnia 2016 r. powódka złożyła oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia (...). W następstwie złożenia powyższego oświadczenia, stosunek ubezpieczenia został rozwiązany, zaś Towarzystwo ubezpieczeniowe dokonało umorzenia wszystkich jednostek uczestnictwa na dzień 12 grudnia 2016 r. Wartość rachunku udziałów na ten dzień wynosiła (...) zł, z czego do wypłaty na rzecz ubezpieczonej przeznaczono przeznaczone zostało (...) zł. W następstwie złożenia rezygnacji w 8 roku polisowym zakład ubezpieczeń zastosował opłatę likwidacyjną w wysokości 15 %, co odpowiadało zgromadzonej przez powódkę kwocie w wysokości (...) zł.

Pismem z dnia 21 lutego 2017 r., doręczonym w dniu 28 lutego 2017 r. M. B. wezwała Towarzystwo (...) S.A. do zapłaty kwoty zatrzymanej w związku z rozwiązaniem umowy, wskazując, że postanowienia umowne na podstawie których nie wypłacono jej całości zgromadzonych środków, miały charakter niedozwolony. Powódka zażądała również zwrotu wszystkich wpłaconych przez nią składek.

Przedstawione powyżej dokumenty zgromadzone w aktach sprawy posłużyły sądowi do ustalenia okoliczności faktycznych sprawy, nie były one kwestionowane przez żadną ze stron. Za wiarygodne sąd ocenił w zasadniczej części zeznania powódki M. B. w zakresie dotyczącym opisu procesu zawarcia umowy i okoliczności, które do tego doprowadziły. Jednakże treść tych zeznań nie mogła posłużyć do ustalenia i oceny treści samej umowy, w tym bowiem zakresie pierwszeństwo miały dokumenty, ze względu na stopień złożoności stosunku prawnego do którego powódka przystąpiła oraz dystans czasowy jaki dzielił zawarcie umowy od daty złożenia zeznań tj. ponad 8 lat.

Sąd Rejonowy pominął przy ustalaniu stanu faktycznego sprawy część dokumentów zaofiarowanych przez stronę pozwaną, w postaci faktur VAT, potwierdzeń przelewów, a także zestawienia kosztów związanych z prowadzeniem rachunku ubezpieczonej. Dokumenty te bowiem obrazują ogólny poziom kosztów, jakie ponosiła pozwana spółka z związku z wykonywaną przez siebie działalnością gospodarczą. Z tego względu ich moc dowodowa w rozumieniu art. 233 § 1 k.p.c. w postępowaniu była znikoma, bowiem nie dotyczą one indywidualnego stosunku prawnego, jaki łączył powoda z pozwanym. Dokumenty te nie miały znaczenia dla ustalenia faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, bowiem spór w sprawie nie dotyczył wyliczenia i wysokości kosztów ponoszonych przez Towarzystwo (...) w toku jego działalności, a tego, czy treść stosunku ubezpieczeniowego została ułożona zgodnie z prawem i naturą stosunku zobowiązaniowego oraz tego, czy postanowienia umowne uprawniające ubezpieczyciela do potrącania opłat likwidacyjnych stanowią niedozwolone postanowienia umowne.

Sąd I instancji uznał, iż powództwo, w zakresie żądania głównego zwrotu wpłaconych przez powódkę składek, jako świadczenia nienależnego, podlegało oddaleniu, gdyż zostało oparte na żądaniu pozbawionym podstaw prawnych i faktycznych. Uwzględnieniu podlegała natomiast ta część żądania, która opiewała na kwotę 4 372,24 zł, niewypłaconą powódce z tytułu zastosowania niedozwolonej klauzuli umownej o opłacie likwidacyjnej.

Powódka opierała swoje roszczenia na twierdzeniu, że umowa grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, do której przystąpiła na podstawie deklaracji, jest nieważna jako sprzeczna z naturą stosunku zobowiązaniowego (art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c.).

W konsekwencji, zdaniem strony powodowej, środki wniesione przez nią tytułem składek były oparte na nieważnej podstawie prawnej, a przez to powinny podlegać zwrotowi jako świadczenie nienależne (art. 410 § 2 k.c.). Podstawowym zarzutem jaki powódka podniosła, wskazując na nieważność umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym było wskazanie na to, że zobowiązanie strony pozwanej zostało ukształtowane sprzecznie z naturą stosunku zobowiązaniowego jako takiego, gdyż treść świadczenia zakładu ubezpieczeń była określona według kryteriów określanych arbitralnie przez stronę powodową, w oderwaniu od realiów rynkowych, w sposób uniemożliwiający ich weryfikację.

Zarzut ten nie jest jednak trafny. Przede wszystkim należy wskazać, że czym innym jest kwestia ustalania przez jedną ze stron podstaw do obliczenia wysokości należnego świadczenia, a czym innym jeszcze możliwość arbitralnego i nie poddającego się weryfikacji ustalania wysokości tego świadczenia. W tym wypadku wysokość świadczenia należnego ubezpieczonemu była bezpośrednio zależna od wartości udziału jednostkowego, która z kolei zdeterminowana była wartością aktywów netto samego funduszu kapitałowego. Zarzut strony powodowej zmierzał zatem do wskazania, że pozwane towarzystwo w sposób jednostronny, arbitralny i nieweryfikowalny ustalało wartość aktywów funduszu kapitałowego. Jednakże tak sformułowane twierdzenie nie wytrzymuje krytyki. Przede wszystkim należy zauważyć, że wartość aktywów netto funduszu ustala się na podstawie przepisów prawa, tj. ustawy z dn. 29 września 1994 r. o rachunkowości, które określają pojęcie wartości godziwej, a także rozporządzenia Ministra Finansów z dn. 12 kwietnia 2016 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i reasekuracji z dn. 12 kwietnia 2016 r. (Dz. U. 2016 r., poz. 562). Zgodnie z § 19 ust. 1 pkt. 1 ww. rozporządzenia zakład ubezpieczeń oraz zakład reasekuracji dokonuje, z zachowaniem zasady ostrożności, wyceny lokat na dzień bilansowy aktywów finansowych przeznaczonych do obrotu oraz aktywów finansowych dostępnych do sprzedaży, gdy możliwe jest ustalenie wartości godziwej w sposób wiarygodny - według wartości godziwej. Natomiast według § 19 ust. 2 rozporządzenia, lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez zakład ubezpieczeń, wykonujący działalność w dziale ubezpieczeń na życie, według wartości godziwej. Szczegółowe zasady tej wyceny są z kolei określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych (Dz. U. 2017 r., poz. 177). Według § 15 ww. rozporządzenia wartość godziwa instrumentu finansowego to w szczególności wartość ustalona w drodze oszacowania ceny instrumentu finansowego za pomocą metod estymacji powszechnie uznanych za poprawne. Powyższe przepisy określają zatem metodologię wyceny aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, która z natury rzeczy jest materią skomplikowaną i wymagającą znacznych kompetencji z dziedziny rachunkowości i problematyki instrumentów finansowych. Nie oznacza to jednak, że z tego powodu jest ona poddana swobodnemu uznaniu towarzystwa ubezpieczeń, bądź, że nie podlega weryfikacji. Weryfikacja ta jest możliwa, jednakże jej dokonanie niewątpliwie wymaga kompetencji specjalistycznych. Zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do dokonywania wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, nie rzadziej niż raz w miesiącu i jej ogłaszania (art. 13 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dn. 22 maja 2003 r., Dz. U. 124, poz. 1151, tj. ustawy obowiązującej w dniu przystępowania powódki do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, analogicznie treść). Z tego, że pozwane towarzystwo ubezpieczeń jest obowiązane dokonywać tej wyceny nie wynika jednak, że może to czynić w sposób arbitralny i niepoddający się weryfikacji.

Charakterystyka instrumentów finansowych, w które inwestowane były środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego była przedmiotem kontroli organów nadzoru finansowego. Znalazła ona swoje odzwierciedlenie w decyzji Komisji Nadzoru Finansowego z dn. 11 kwietnia 2011 r., nr (...), na podstawie której udzielono Towarzystwu (...) S.A. zezwolenia na uznanie instrumentów finansowych w postaci 15 - letnich obligacji strukturyzowanych powiązanych z indeksem, wyemitowanych przez (...), za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Instrument finansowy na podstawie którego wyliczana była wartość aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego został zatem poddany kontroli nadzoru finansowego, w wyniku której został dopuszczony do obrotu prawnego. Jest to okoliczność, której nie można było ignorować w toku postępowania zmierzającego do oceny ważności stosunku prawnego opartego na umowie grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem

kapitałowym, w szczególności ze względu na kierunek i treść zarzutu postawionego umowie przez stronę powodową. Nie jest to w ocenie sądu wprawdzie okoliczność przesądzająca o wyniku takiej oceny, ze względu jednak na twierdzenia podniesione przez powódkę ma ona znaczenie dla oceny argumentów podnoszonych przez strony.

Sąd I instancji nie zaakceptował twierdzenia powódki o nieważności umowy z powodu sprzeczności z naturą stosunku zobowiązaniowego polegającą na arbitralnym i nieweryfikowalnym ustaleniu treści świadczenia. Ustalone okoliczności nie dają podstaw w ocenie Sądu Rejonowego do przesądzenia, że świadczenie zakładu ubezpieczeń zostało skonstruowane w ten sposób, a sąd orzekający, gdyby twierdził inaczej, musiałby posunąć się do wysnuwania domniemań i twierdzeń opartych tylko o stwierdzenie faktu, że wartość aktywów ubezpieczonego znacząco spadła w okresie trwania stosunku ubezpieczeniowego. Należałoby zatem posunąć się do przyjęcia rozbudowanych domniemań faktycznych, gdzie w oparciu o niesporny fakt znacznych wahań wyceny aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i spadku ich wartości w toku trwania stosunku ubezpieczeniowego przyjmowałoby się, że wartość ta była początkowo zawyżona i następnie nie mogła ulec poprawie na korzyść konsumenta, prowadząc go nieuchronnie do końcowych strat. Domniemanie takie byłoby jednak wadliwe, z faktu bowiem, że wartość aktywów opartych na instrumentach finansowych o charakterze strukturyzowanym spada w określonym przedziale czasu nie wynika jeszcze, że spadek wartości aktywów miał w tym wypadku charakter nieuchronny.

Na ocenę ważności treści nawiązanego stosunku prawnego nie miały wpływu postanowienia regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...), w części ustalającej wartość jednostki uczestnictwa na poziomie 200 zł. Postanowienie § 7 ust. 3 regulaminu ufk, przewidujące początkową wartość jednostki uczestnictwa na takim poziomie, w istocie nie określało niczych praw ani obowiązków. Postanowienie to nie miało waloru normatywnego, a jedynie rozrachunkowy i techniczny. Ustalenie wartości początkowej jednostki funduszu było konieczne dla celów założenia funduszu i możliwości podzielenia go na jednostki uczestnictwa, jednakże oznaczenie tej wartości na konkretnym poziomie nie miało wpływu na dalsze notowania jego wartości i na końcowy wynik finansowy. Istotna była bowiem początkowa wartość zainwestowana przez powódkę wskutek przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i podlegająca alokacji do ufk, a nie to w jaki sposób została ona podzielona na jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym. To cała ta suma (i kolejne kwoty uiszczane wskutek opłacania składek) podlegała okresowym zmianom wartości, a nie wyabstrahowana, sztuczna jednostka w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym. Całkowicie usprawiedliwione jest zatem stwierdzenie, że gdyby wartość początkowa jednostki uczestnictwa w ufk została ustalona na poziomie 100 zł, to dokonanie pierwszej wyceny aktywów funduszu sprawiłoby, że jej wartość spadłaby proporcjonalnie w takim samym stopniu, jak to miało miejsce w sprawie. Zarzuty skierowane w stronę arbitralnego wyznaczenia wartości początkowej jednostki uczestnictwa mogłyby okazać się trafne, gdyby kwota 200 zł stanowiła rzeczywiście sztywną i niezmienną wartość jednostki, po jakiej na rzecz powódki dokonywano by zakupu jednostek funduszu, niezależnie od ich aktualnej wartości. Wówczas można by zasadnie twierdzić, że powódka jest poszkodowana, gdyż byłaby zmuszona do inwestowania środków po cenie sztywnej i arbitralnej, w sytuacji gdy rzeczywista wartość jednostek wynosiłaby znacznie mniej. Tak jednak w oczywisty sposób omawiane postanowienie regulaminu funduszu nie funkcjonowało, nie ma wątpliwości, że środki inwestowane przez powódkę w formie comiesięcznych składek były przeznaczone na zakup jednostek uczestnictwa po ich aktualnej cenie.

Umowa, do której powódka przystąpiła, stanowiła umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, gdzie pozwana (...) S.A. występowała jako zakład ubezpieczeń, z kolei (...) Bank S.A. występował jako ubezpieczający, zaś umowa ubezpieczenia na życie miała w tym wypadku charakter grupowy, i była umową na cudzy rachunek (art. 808 § 1 k.c.), do której ubezpieczony mógł przystąpić na podstawie złożonej deklaracji. Możliwość zawierania takich umów wprost przewidywały przepisy prawa (art. 13 ust. 3c i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dn. 22 maja 2003 r.). Również pod rządami nowej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dn. 11 września 2015 r. (Dz. U. 2017 r., poz. 1170) wprost określono dopuszczalność zawierania i pożądaną treść takich umów, znacznie rozszerzając regulację normatywną w tym zakresie.

Dopiero w nowej ustawie pojawiła się regulacja zakazująca pobierania wynagrodzenia, przy ubezpieczeniach zawieranych na cudzy rachunek, przez ubezpieczającego w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony

ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia (art. 18 ust. 1 ). Przepis ten obowiązuje jednakże od dnia 1 kwietnia 2016 r. i jakkolwiek miał on stanowić odpowiedź ustawodawcy na dostrzegalny w praktyce problem niejasnej roli ubezpieczających w ubezpieczeniach grupowych, to nie może on znaleźć zastosowania do umów i stosunków ubezpieczenia nawiązanych i zakończonych przed dniem jego wejścia w życie.

Działalność wykonywana przez (...) Bank S.A. od strony ekonomicznej wykazywała podobieństwo do dystrybucji ubezpieczeń, jednakże od strony prawnej miała odmienny charakter. Niewątpliwie, strony umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wykorzystały w ten sposób fakt, że rola i status ubezpieczającego w przypadku umów grupowego ubezpieczenia na życie nie były w świetle obowiązujących przepisów określone dość precyzyjnie, na tyle, ażeby wyraźnie odróżnić status ubezpieczającego od statusu pośrednika ubezpieczeniowego. Zarówno bowiem przepisy kodeksu cywilnego, jak i przepisy ówczesnie obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej regulowały status i obowiązki ubezpieczającego w sposób lakoniczny (art. 805 § 1 k.c., art. 808 k.c. oraz art. 13 ust. 3b ustawy o działalności ubezpieczeniowej), ograniczając się do stwierdzenia obowiązku zapłaty składki oraz określenia zakresu obowiązku informacyjnego przy ubezpieczeniach grupowych.

Z faktu jednakże wykorzystania przez strony umowy pojemnej konstrukcji prawnej, która posłużyła do zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, nie wynika nieważność takiej umowy z powodu sprzeczności z prawem. Model umowy grupowego ubezpieczenia na życie jest odmienny od modelu umowy ubezpieczenia zawieranej przez pośrednika ubezpieczeniowego. W tym drugim wypadku pośrednik ubezpieczeniowy prowadzi działania zmierzające do pozyskiwania klientów i zawieraniu z nimi umów ubezpieczenia (art. 4 pkt. 1 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym), zaś umowy zawarte w ten sposób są zawierane z ubezpieczającym, który najczęściej występuje również jako ubezpieczony. Z kolei w modelu grupowych ubezpieczeń na życie zakładana jest instytucjonalna odrębność ubezpieczającego i ubezpieczonych, którzy przystępują do już zawartej umowy, na podstawie składanych przez siebie deklaracji. W konsekwencji, biorąc pod uwagę stan prawny właściwy dla daty przystąpienia powódki do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK, nie było podstaw do stwierdzenia naruszenia przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dn. 22 maja 2003 r

Nie było również podstaw do stwierdzenia naruszenia przepisu art. 829 § 2 k.c., gdyż wynikająca z niego zasada oznaczenia sumy ubezpieczenia podlega istotnej modyfikacji na tle ubezpieczeń grupowych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Ze względu na występowanie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w konstrukcji tej umowy, nie da się z góry określić wysokości sumy ubezpieczenia, jest ona bowiem bezpośrednio zależna od wartości rachunku udziałów, która z kolei zależy od wyceny wartości aktywów netto samego funduszu. W tym zakresie istotne znaczenie ma treść przepisu art. 13 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dn. 22 maja 2003r., z którego wynika, że w umowie ubezpieczenia tego rodzaju zakład ubezpieczeń obowiązany jest do wskazania 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. Jeśli zatem suma ubezpieczenia nie jest gwarantowana, a umowa nie ma charakteru bezskładkowego, to suma ubezpieczenia nie musi być oznaczona w konkretnej wysokości, a wystarczające jest wskazanie zasad ustalania jej wysokości.

Z urzędu podlegała zbadaniu kwestia ewentualnej sprzeczności nawiązanego między stronami stosunku prawnego ze względu na sprzeczność z zasadami współżycia społecznego, oparty na rażącej dysproporcji praw i obowiązków stron i przeniesieniu całego ryzyka inwestycyjnego na stronę powodową. W tym bowiem wypadku ubezpieczony inwestował swoje środki pieniężne, a w konsekwencji to on ponosił ryzyko inwestycyjne z tym związane. Tak określona treść stosunku prawnego, jeśli chodzi o rozkład ryzyka inwestycyjnego nie może być uznana za sprzeczną z zasadami współżycia społecznego, gdyż do treści zasad współżycia społecznego nie należy możliwość prostego uchylenia się od konsekwencji własnych decyzji inwestycyjnych. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 19 lutego 2016 r. sygn.. I ACa 894/15 powodem stwierdzenia nieważności umowy nie może być sam fakt, że dla jednej ze stron

umowa jest niekorzystna, albowiem oznaczałoby to, że skutek ekonomiczny miałby rozstrzygać o tym, czy umowa jest ważna czy nieważna. Brak realizacji zakładanego celu ekonomicznego przystąpienia do umowy ubezpieczenia, czyli poniesienia straty, zamiast zysku, nie świadczy jeszcze o tym, że umowa bądź stosunek prawny są sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

Względy ekonomiczne mają oczywiście znaczenie dla oceny realizacji umowy, tj. dla ustalenia czy dłużnik wywiązał się z umowy w sposób należyty (art. 471 k.c.). Z ostrożnością należy jednakże podchodzić do argumentacji wskazującej, że treść świadczenia została określona w sposób nietransparentny i arbitralny z tego względu, że wartość jednostki uczestnictwa w fundusz kapitałowym znacząco obniżyła się niedługo po otwarciu inwestycji. Sam spadek wartości udziału jednostkowego nie może przemawiać za twierdzeniem, że treść zawartej umowy jest sprzeczna z naturą stosunku zobowiązaniowego, gdyż do natury tego stosunku nie należy uchylenie ryzyka inwestycyjnego. Tym bardziej w przypadku umowy takiej jak kwestionowana w pozwie, w przypadku której obciążenie konsumenta ryzykiem inwestycyjnym było jej immanentną częścią. Należy ponadto podkreślić, że ocena powodzenia bądź fiaska ekonomicznego celu inwestycji jest w tym wypadku oceną przedwczesną, nie można bowiem tracić z pola widzenia faktu długoterminowości nawiązanego między stronami stosunku prawnego. Właściwym horyzontem czasowym dla oceny opłacalności inwestycji byłby w tym przypadku okres lat 15 – stu, zgodnie z długością okresu, na jaki stosunek prawny został nawiązany. Przed upływem tego czasu jakiegokolwiek wnioskowania oparte o twierdzenie, że powódka odniosła znaczącą stratę, nie mają zatem uzasadnionych podstaw. Miałyby one sens, wówczas, gdyby strona powodowa dowiodła, że sama konstrukcja tej umowy, z natury rzeczy, wykluczała osiągnięcie jakiegokolwiek zysku i nieuchronnie prowadziła do strat. Takie twierdzenie nie zostało jednak dowiedzione, zaś z ustalonych okoliczności sprawy w żaden sposób ono nie wynika.

Nie oznacza to przy tym, że należy w całości aprobować poszczególne sposoby zawierania tychże umów, bądź nakłaniania do ich zawarcia, jednakże stwierdzenie tego rodzaju okoliczności może prowadzić do nieważności w zupełnie wyjątkowych sytuacjach. W niniejszym postępowaniu strona powodowa powoływała się na odpowiedzialność pozwanej spółki z tytułu ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym z dn. 23 sierpnia 2007 r. (Dz. U. 2017 r., poz. 2070), wskazując, że na podstawie art. 12 ust. 1 pkt 4 ww. ustawy stosowanie nieuczciwej praktyki rynkowej może prowadzić do unieważnienia umowy, z obowiązkiem zwrotu spełnionych świadczeń. Oparcie się na treści art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym nie stanowi jednocześnie samoistnej podstawy stwierdzenia nieważności zawartej umowy, gdyż przepis ten wskazuje jedynie na możliwość żądania naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych, a w szczególności żądania unieważnienia zawartej umowy. Przyznanie możliwości zgłoszenia takiego żądania nie może być utożsamiane z ustawowym określeniem podstawy stwierdzenia nieważności, ta bowiem usytuowana jest zawsze na płaszczyźnie prawa materialnego, w zakresie sprzeczności umowy z prawem bądź jej niezgodności z zasadami współżycia społecznego. W literaturze przedmiotu prezentowane jest przy tym stanowisko, które sąd podzielił, w myśl którego wskazany przepis ma charakter przede wszystkim procesowy (A. Michalak, Przeciwdziałanie nieuczciwym praktykom rynkowym. Komentarz, el. Legalis, 2008). Podmiotem legitymowanym biernie na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym będzie ten przedsiębiorca, z którego działalnością związane było wprowadzenie produktu do obrotu. Wynika to z treści art. 4 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym praktyka rynkowa stosowana przez przedsiębiorców wobec konsumentów jest nieuczciwa, jeżeli jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcić zachowanie rynkowe przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu, w trakcie jej zawierania lub po jej zawarciu. Przepis ten zatem koncentruje znaczenie pojęcia nieuczciwej praktyki rynkowej wokół okoliczności związanych z zawieraniem umowy, te zaś okoliczności leżały po stronie ubezpieczającego, a nie ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel odpowiadał w tym wypadku za treść wzorca umownego, regulaminu funduszu inwestycyjnego, oraz innych dostarczonych powódce dokumentów, które składały się łącznie na ukształtowanie treści stosunku prawnego łączącego strony. Aby przypisać pozwanej (...) S.A. stosowanie nieuczciwych praktyk rynkowych w postaci wprowadzenia w błąd, należałoby dowieść, że treść tych dokumentów przedstawiała zniekształcony obraz stosunku prawnego, oraz umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. To jednakże nie zostało dowiedzione, w szczególności nie zostało wykazane, że wycena aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego była niezgodna z zasadami



wyceny przyjętymi w treści regulaminu funduszy inwestycyjnych. W konsekwencji, w braku potwierdzenia podstaw roszczeń wysuwanych przeciwko pozwanemu zakładowi ubezpieczeń, wywodzonych z zakładanej nieważności bądź bezskuteczności zawartej umowy, a także nieuczciwych praktyk rynkowych przypisywanych ubezpieczycielowi, roszczenia na nich oparte okazały się niezasadne. Dlatego też powództwo podlegało oddaleniu, w zakresie żądania zwrotu części składek wpłaconych przez powódkę z tytułu przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, ponad kwotę już wypłaconą na jej rzecz. Jeśli kwestionowana umowa nie okazała się nieważna bądź bezskuteczna, to spełnione na jej podstawie obustronne świadczenia nie są świadczeniami nienależnymi (art. 410 § 2 k.c.) i nie podlegają zwrotowi.

Zasadne okazało się natomiast powództwo w części opierającej się na twierdzeniu, że obniżeniu należnego powódce świadczenia tytułem wartości wykupu oparte było o niedozwolone postanowienia umowne. Zgodnie z treścią art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały one sformułowane w sposób jednoznaczny. Z powołanego przepisu wynika, że aby można było uznać klauzulę za abuzywną, muszą zostać spełnione cztery przesłanki: 1) umowa musi być zawarta z konsumentem, 2) postanowienia tej umowy nie zostały uzgodnione z konsumentem w sposób indywidualny, 3) kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, 4) postanowienia te nie mogą dotyczyć głównych świadczeń stron, chyba, że zostały sformułowane w sposób niejednoznaczny.

W ocenie Sądu Rejonowego w wymienionym wypadku wszystkie wskazane przesłanki zostały spełnione. Umowa z której powódka wywodziła swoje roszczenie została zawarta z konsumentem, który nie miał wpływu na treść jej postanowień. Treść postanowień umowy w aspekcie dotyczącym ustalenia wartości wykupu (rozdz. 14 ust. 6 OWU w połączeniu z tabelą opłat i limitów) określała prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszała jego interesy, a ponadto nie dotyczyła świadczeń głównych stron. W tabeli opłat i limitów zakład ubezpieczeń ustalił, że w pierwszym, drugim, trzecim i czwartym roku ubezpieczenia konsument miał prawo do otrzymania 75% środków z wartości rachunku, zaś w ósmym 15% itd. Powódka była uprawniona do otrzymania 85 % wartości rachunku udziałów.

Tak określone postanowienia umowne w ocenie Sądu II instancji należało poczytywać za abuzywne, bowiem kształtowały one interesy konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Pozbawienie całości bądź istotnej części zgromadzonego kapitału, w umowie, która miała cel przede wszystkim inwestycyjny, niewątpliwie jest sprzeczne z dobrymi obyczajami, gdyż w sposób całkowicie nieuprawniony stawia interes przedsiębiorcy prowadzącego działalność ubezpieczeniową - finansową nad interesem konsumenta. Zakład ubezpieczeń nie był przy tym pozbawiony możliwości zastosowania innych instrumentów prawnych wpływających na zapewnienie trwałości nawiązanego stosunku ubezpieczeniowego (np. możliwość czasowego zatrzymania należnych konsumentowi środków, bądź też znaczne ograniczenie swobody wypowiedzenia stosunku prawnego w pierwszych latach jego trwania). W ocenie Sądu Rejonowego zastosowane rozwiązanie było obliczone przede wszystkim na zamiar osiągnięcia zysku kosztem tych konsumentów, którzy, z różnych przyczyn, świadomie bądź wskutek bierności w opłacaniu składek, doprowadzili do wcześniejszego rozwiązania umowy. W konsekwencji należało uznać, że kształtując treść stosunku prawnego w ten sposób, pozwany zakład ubezpieczeń przerzucał istotny ciężar ekonomiczny, związany z prowadzeniem własnej działalności na konsumenta. Mechanizm tego przeniesienia kosztów nie został uzasadniony ani wyjaśniony w umowie, co budziło istotne wątpliwości z tego względu, że postanowienia ogólnych warunków umów określały liczbę, rodzaj, wysokość i charakter opłat obciążających konsumenta w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia (rozdz. 8 OWU wraz z tabelą opłat i limitów). Należało też dodać, że oprócz ciężaru wymienionych opłat szczegółowych, konsument ponosił istotne ryzyko inwestycyjne, związane z powyższą umową, które polegało na możliwości poniesienia strat związanych z inwestowaniem środków w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe.

Według treści kwestionowanego wzorca umownego, w wypadku takiej umowy jak przedmiotowa, konsument powinien ponosić nie tylko ciężar wskazanych powyżej opłat szczegółowych oraz istotne ryzyko inwestycyjne, lecz także powinien znosić możliwość pozbawienia go istotnej, a w pierwszych latach trwania ubezpieczenia – lwiej części zgromadzonego kapitału. Suma tych obciążeń, w połączeniu z bardzo istotnym, niekorzystnym dla konsumenta, wymiarem świadczenia wykupu, sprawia, że doszło w tym wypadku do znacznej, a nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków wynikających z umowy. Jest to zaś podstawowe kryterium, wypracowane w orzecznictwie (wyrok SN z dn. 13.07.2005 r., I CK 832/04, wyrok SN z dn. 29.08.2013 r., I CSK 660/12, wyrok SN z dn. 18.12.2013 r., I CSK 149/13) służące do ustalenia, że kwestionowane postanowienia umowne naruszają interes konsumenta w sposób rażący.

Postanowienia te były również sprzeczne z dobrymi obyczajami, bowiem całkowicie niezależnie od okoliczności przedterminowego rozwiązania umowy, umożliwiały pozbawienie konsumenta części zainwestowanego kapitału. Sąd I instancji podzielił stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone m.in. w wyroku z dnia 13 lipca 2005 r. (I CK 832/04), gdzie stwierdzono, że „działanie wbrew dobrym obyczajom” w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. „Dobre obyczaje” to reguły postępowania pozostające w zgodzie z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie wartościami. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami należy uznać działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności, a więc o działanie potocznie określane, jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające od przyjętych standardów postępowania. Sprzeczność z dobrymi obyczajami wyrażała się również w określeniu mechanizmu ustalania wartości wykupu w sposób nieprzejrzysty, trudno zrozumiały dla przeciętnego konsumenta i pozbawiony jakiegokolwiek uzasadnienia w treści umowy. Uzasadnienie takie strona pozwana próbowała konstruować dopiero w trakcie postępowania i przede wszystkim na jego użytek. Należało podkreślić, że w czasie trwania umowy konsument obowiązany był ponosić istotny ciężar opłaty za zarządzanie i opłaty za zawarcie i prowadzenie umowy ubezpieczenia. Związek między kosztami działalności zakładu ubezpieczeń a wysokością opłaty likwidacyjnej jawił się zatem w tych okolicznościach jako związek jedynie rzekomy. Niewątpliwie jest to związek, na treść którego konsument nie miał żadnego wpływu, ani też wiedzy o nim. W szczególności nie można na tej podstawie ustalić, dlaczego np. w trzecim i czwartym roku trwania umowy, mimo uiszczenia określonych opłat przez konsumenta, zakończenie stosunku umownego ma generować po stronie ubezpieczyciela takie koszty, które wymagają odjęcia konsumentowi ponad połowy zgromadzonego kapitału. Takie ogólne twierdzenia abstrahują również od faktu, że poziom wartości wykupu był ustalony we wzorcu umownym poprzez określenie sztywnych, procentowych progów, co sprawiało, że koszty konsumenta rosły proporcjonalnie wraz ze wzrostem wartości wpłacanej przez niego składki. Trudno przyjąć, aby w takiej samej proporcji rosnąć miały koszty zakładu ubezpieczeń, gdyż niezależnie od wielkości wpłacanej składki ubezpieczeniowej, zasadnicza część czynności związanych z zawieraniem i wykonywaniem umowy nie zmieniała swojego charakteru. Dla oceny wskazanego postanowienia jako niedozwolonego, przeszkodą nie stanowiło ustalenie jej wysokości na poziomie 15 %. Tak stawka opłaty, niezależnie od dalszej argumentacji, uwzględniając fakt trwania ubezpieczenia przez ponad 7 lat, to znaczna wysokość. Niewątpliwie w sposób rażący narusza interesy konsumenta, zgodnie z kryteriami tej oceny wskazanymi powyżej. Sąd Rejonowy w tym postępowaniu nie badał poszczególnych elementów tabeli opłat i limitów, odnoszących się do opłaty likwidacyjnej w kolejnych latach polisowych. Tabela opłat i limitów w zakresie opłaty likwidacyjnej, wraz z odnośnym postanowieniem OWU (rozdz. 14 ust 6) stanowi bowiem jedno postanowienie umowne, przewidujące pomniejszenie świadczenia należnego konsumentowi, w następstwie przedterminowego rozwiązania umowy. W konsekwencji podlegała ona ocenie jako całość, a nie w rozbiciu na poszczególne lata polisowe. Nie ma bowiem odrębnych opłat likwidacyjnych naliczanych od każdego ukończonego roku polisowego, lecz jest jedna taka opłata, której wysokość (stawka procentowa) zmniejsza się w czasie. W tych konkretnych okoliczności stawka opłaty równa wysokości 15 % nie była wygórowana, przy czym stawka ta nie wiąże konsumenta, z tego względu, że postanowienie przewidujące pobieranie opłaty likwidacyjnej, które jest jedno, okazało się abuzywne.

Zdaniem Sądu I instancji, kwestionowane postanowienie umowne nie dotyczyło również świadczeń głównych stron. Świadczenia główne stron są to bowiem takie elementy stosunku zobowiązaniowego, które charakteryzują jego istotę

pod względem prawnym. W umowie ubezpieczenia, również obejmującej wariant z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, są to świadczenia polegające na opłacaniu składek przez konsumenta i wypłacie świadczenia przez ubezpieczyciela, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Nie są nimi natomiast świadczenia obliczone na wypadek przedwczesnego zakończenia umowy. Postanowienia dotyczące zwrotu i wypłaty zgromadzonych środków w związku z wypowiedzeniem przez ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia mogą zostać zakwalifikowane tylko jako naturalia negotii, a nie postanowienia określające podstawowe zobowiązanie stron odnoszące się do świadczenia głównego.

Świadczenie to wykazuje jedynie podobieństwo do świadczenia głównego strony będącej zakładem ubezpieczeń, z tego względu, że odpowiadająca mu suma pieniężna pokrywa się z sumami zgromadzonymi przez powoda na rachunku ubezpieczeniowym. Częściowa tożsamość przedmiotu świadczeń nie oznacza tożsamości samych świadczeń, świadczenie odpowiadające wartości wykupu jest bowiem spełniane w innych okolicznościach, z innej umownej podstawy prawnej i jest ściśle powiązane z zakończeniem stosunku prawnego. Ocena tego rodzaju jest w tym wypadku o tyle ułatwiona, że zakład ubezpieczeń w oferowanym przez siebie produkcie ubezpieczeniowym wprost posługiwał się nazwą i konstrukcją „klasycznej” opłaty likwidacyjnej. Zatem opłata przedmiotowa, obniżająca wartość świadczenia należnego ubezpieczonemu w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia nie może zostać uznana, w ocenie Sądu, za świadczenie główne. Kwestionowane przez stronę powodową postanowienia uprawniające do obciążenia jej opłatą z tytułu wykupu ubezpieczenia, w określonej wysokości w zależności od roku polisowego, stanowią postanowienia przewidujące sankcję umowną, czy też swoistą karę umowną bądź odstępnę za rozwiązanie umowy w określonym roku polisowym z przyczyn leżących po stronie powódki. Nie sposób uznać takiej opłaty niezależnie od przyjętej nazwy, za świadczenie główne przedmiotowej umowy.

Stwierdziwszy zatem abuzywność określonych postanowień umownych, odnoszących się do pomniejszenia należnego powódce świadczenia o opłatę likwidacyjną Sąd Rejonowy zważył, że nie wiążą one konsumenta. W konsekwencji strony były związane stosunkiem umownym w pozostałym zakresie (art. 385<sup>1</sup> § 2 k.c.), w braku zaś odmiennej regulacji strona pozwana zobowiązana była do wypłaty na rzecz ubezpieczonego całości zgromadzonych środków stanowiących wartość rachunku udziałów, na dzień zakończenia stosunku ubezpieczeniowego. Nietrafnie pozwany zakładał, że eliminacja postanowień umownych dotyczących pomniejszenia wartości wykupu nie pozwoli na zidentyfikowanie innej, odpowiedniej podstawy prawnej dla nałożenia na pozwaną obowiązku świadczenia. Taka podstawa daje się zrekonstruować, zarówno na płaszczyźnie ustawowej jak i umownej.

Należało przy tym podkreślić, że eliminując z treści umowy postanowienie umowne uznane za abuzywne, Sąd nie ma kompetencji do zastąpienia go postanowieniem o podobnym charakterze, które nie naruszałoby rażąco interesu konsumenta i nie było sprzeczne z dobrymi obyczajami. Sąd nie może zatem rozważyć w tym wypadku interesu ekonomicznego przedsiębiorcy i ustalić, że konsument powinien ponieść pewne dodatkowe koszty związane z przedterminowym zakończeniem umowy. Mechanizm oceny postanowień umownych pod kątem ich abuzywności takich uprawnień sądowi nie daje, co uzasadnia się tzw. efektem odstraszającym (penalizującym) związanym z oceną postanowienia jako abuzywnego. Kwestia ta została wyjaśniona w orzecznictwie TSUE, który przyjął, że doprowadzanie kwestionowanych postanowień umownych do stanu „dozwolonych postanowień umownych” oznaczałoby w istocie, że przedsiębiorca może dowolnie ryzykować, posługując się wzorcami umownymi uznanymi za abuzywne, gdyż w najgorszym wypadku jedyną sankcją umowną jaką może ponieść, to doprowadzenie każdego elementu umowy do stanu obiektywnej równowagi kontraktowej (wyr. TSUE z dn. 14 czerwca 2012 r., C-618/10, (...) SA vs. J. C., oraz wyr. TSUE z dn. 26 stycznia 2017 r. C-421/14, (...) S.A. vs J. G. ).

Ustawowej podstawy prawnej dla spełnienia tego świadczenia należało upatrywać w art. 477 § 1 k.c. w zw. z art. 805 § 1 k.c. w zw. z art. 28 ustawy z dn. 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ten ostatni przepis wskazuje, że zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia Sądu. Należy przy tym zauważyć, że postanowienia wymienionej ustawy znajdują zastosowanie do umów zawartych przed dniem jej wejścia w życie, na mocy przepisów przejściowych (art. 482 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy).

Reasumując, Sąd I instancji uznał wniesione powództwo za zasadne w zakresie należności wskazanej w żądaniu jako równowartość zatrzymanej opłaty likwidacyjnej i na tej podstawie zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 4 372,24 zł. Kwota ta stanowiła różnicę między wartością rachunku udziałów na koniec okresu ubezpieczenia, a kwotą przeznaczoną do wypłaty na rzecz ubezpieczonej. Sumy tej powódka może skutecznie domagać się od ubezpieczyciela na podstawie wymienionych powyżej przepisów prawa, w połączeniu z treścią tych zapisów OWU, które nie zostały uznane za abuzywne, a które zobowiązują zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia (rozd. 10 OWU i 14 ust. 4 OWU). W eliminowaniu z treści stosunku prawnego uległ rozdz. 14 ust. 6 w zakresie dotyczącym ustalenia wysokości wartości wykupu, toteż za szczegółową umowną podstawę prawną świadczenia należało przyjąć regulację najbardziej adekwatną do okoliczności sprawy z tych, które się ostały w wyniku dokonania incydentalnej kontroli zastosowanego wzorca. Będzie to rozdz. 14 ust. 4 OWU, które stanowi wprost, że w razie rezygnacji z ubezpieczenia po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel wypłaca środki z tytułu całkowitego wykupu.

Odnosząc się do żądania przez stronę powodową zasądzenia od pozwanego kwoty 5 040 zł tytułem sumy pobranych opłat administracyjnych Sąd Rejonowy zważył, iż opłata administracyjna, w wypadku gdyby umowę wykonywano od początku do końca, bez wcześniejszego wykupu oraz bez zawieszania opłacana składek stanowiłaby jedyne wynagrodzenie pozwanego towarzystwa. Gdyby nie występowała opłata administracyjna, to ubezpieczyciel świadczyłby usługę za darmo, a całość środków byłaby inwestowana na korzyść konsumenta a nie ubezpieczyciela. Opłata administracyjna stanowi część składki ubezpieczeniowej – pozostała część jest inwestowana, zgodnie z dominującym – inwestycyjnym charakterem „polisolokaty” – umowy ubezpieczenia grupowego z ufk.

W ocenie sądu, mając na uwadze inwestycyjny charakter ubezpieczenia z ufk, opłata administracyjna stanowi główne świadczenie stron wynikające z umowy, a ponadto wynagrodzenie za przygotowanie produktu inwestycyjnego i zarządzanie produktem inwestycyjnym w czasie obowiązywania inwestycji. Ponadto opłata ta została określona w sposób jednoznaczny – dopuszczający tylko jedną możliwą interpretację. Podano, że w skali roku wynosi 1,28%. Pozwany zatem poprawnie naliczył opłaty administracyjne. Prawidłowo pobierał je ze Składek Bieżących.

Skoro opłata administracyjna jest jednoznacznie określona i jest świadczeniem głównym to sąd nie musiał badać czy postanowienia umowne ją wprowadzające kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Tym niemniej, zdaniem sądu postanowienia o opłacie administracyjnej nie są sprzeczne z dobrymi obyczajami – skoro powszechnym jest świadczenie usług (w tym finansowych) za odpłatnością. Postanowienia o opłacie administracyjnej naruszają wprawdzie interes konsumenta, bo narusza go przewidziany obowiązek zapłaty przez konsumenta, ale nie jest to naruszenie w stopniu rażącym.

Rozstrzygnięcie o odsetkach zapadło na podstawie art. 481 § 1 k.c., przyjmując, że pozwany zakład ubezpieczeń znajdował się już w opóźnieniu ze spełnieniem należnego świadczenia od dnia 8 maja 2017 r.), gdyż dzień wcześniej upływał wyznaczony pozwanemu 7 dniowy termin wypłaty świadczenia.

Orzeczenie o kosztach procesu zawarte w punktach 3 i 4 sentencji wyroku zapadło na podstawie art. 100 k.p.c. Przepis ten formułuje zasadę kompensaty, która polega na możliwości podziału kosztów pomiędzy strony. Zgodnie z treścią tego przepisu w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań, koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. W niniejszej sprawie roszczenie powódki zostało uwzględnione w 34,93 %, a więc zgodnie z zasadą stosunkowego rozdzielania kosztów, strony powinny ponieść koszty w takim stopniu, w jakim przegrały sprawę. Powódka poniosła koszty w wysokości 3.934 zł w zakresie roszczenia głównego (opłata sądowa od pozwu w kwocie 300 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa 34 zł oraz wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 3.600 zł). Na koszty poniesione przez pozwanego składały się wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie łącznie 3.600 zł, koszt opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł. Wysokość wynagrodzeń pełnomocników Sąd Rejonowy ustalił w oparciu o § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2015.1804). Biorąc pod uwagę stosunkowy rezultat sprawy, tytułem kosztów procesu strona pozwana zobowiązana była do zwrotu na rzecz powódki kwoty 1.374,14 zł ( 3.934 x 0,3934), zaś od powódki na rzecz pozwanego należało zasądzić kwotę 2.353,58zł (3.617 x 0,6507).

Apelację od powyższego rozstrzygnięcia wywiodła powódka, zaskarżając wyrok w części, tj. w zakresie pkt II i III wniosła o jego zmianę poprzez zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki kwoty 8.141,73 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od 8 marca 2017 r. do dnia zapłaty, zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa procesowego za obie instancje, według norm prawem przepisanych,

Orzeczeniu zarzuciła: naruszenie prawa materialnego, tj.: 1) naruszenie art. 805 § 1 k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c. poprzez uznanie za ważną umowy ubezpieczenia nieprzewidującej ryzyka spełniania świadczenia przez ubezpieczyciela; 2) naruszenia art. 154 ust. 9 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (Dz.U. Nr 124, poz. 1151) w zw. z art. 58 § 1 k.c. poprzez uznanie za ważną umowy ubezpieczenia z ufk pomimo braku zezwalającej decyzji KNF na dzień przystąpienia powódki do ubezpieczenia; 3) naruszenia art. 154 ust. 9 u.d.u. (z dnia 22 maja 2003 r. (Dz.U. Nr 124, poz. 1151) w zw. z art. 58 § 1 k.p.c. poprzez uznanie za ważnej umowy ubezpieczenia z ufk pomimo niespełniania przez umowę warunków decyzji zezwalającej KNF (brak ryzyka lokaty po stronie ubezpieczającego); 4) naruszenie art. 385<sup>(1)</sup> § 1 k.c. poprzez uchylenie się od oceny postanowień wzorca dotyczącego opłat administracyjnych, w sytuacji, gdy postanowienia te nie stanowią essentialia negoti umowy ubezpieczenia, a nie zostały sformułowane jednoznacznie; 5) naruszenie art. 58 § 1 k.c. w zw. z art. 13 ust. 4 pkt 1 i art. 13 ust. 4 pkt 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (Dz.U. Nr 124, poz. 1151) poprzez uznanie za ważną umowę ubezpieczenia na życie z u.f.k., która nie daje możliwości wyboru funduszu kapitałowego jak i nie zawiera charakterystyki aktywów w jakie lokowane będą środki ubezpieczonego; 6) naruszenie art. 58 § 2 k.c. poprzez uznanie za zgodną z zasadami współżycia społecznego (uczciwością kupiecką, lojalność wobec kontrahenta) umowę ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, w której wysokość świadczeń otrzymywanych przez podmiot profesjonalny jest niezależna od standardu należytej staranności w zarządzaniu powierzonymi środkami, zaś całość ryzyk ulokowana została po stronie konsumenta.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja podlegała uwzględnieniu wobec zasadności większości zarzutów w niej zawartych.

Sąd II instancji podzielił ustalenia oraz rozważania poczynione przez Sąd I instancji uznając je za własne, z wyjątkiem rozważań zanegowanych w poniższej części uzasadnienia.

Sąd I instancji negując zarzuty powódki zmierzające do wykazania nieważności przedmiotowej umowy, skupił się przede wszystkim na finansowej części tej umowy obciążonej oczywiście ryzykiem co do wartości inwestowanych środków. Przy czym w ocenie sądu odwoławczego istotne jest, że powódka przystąpiła do umowy ubezpieczenia indywidualnego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Zatem istotne są postanowienia wynikające m.in. z certyfikatu, bowiem w szczególności tymi danymi powódka operowała przy zawarciu umowy, takie dane co do umowy do której przystąpiła przedstawiono jej. Nie można więc pominąć przy ocenie zarzutów strony czynnej procesu, jak kształtowały się obowiązki i uprawnienia stron procesu w łączącej ich relacji dotyczącej umowy ubezpieczenia na życie i dożycie. Niewątpliwie prawnie dopuszczalna jest umowa w której cel inwestycyjny ma charakter dominujący, jak w niniejszej sprawie. Jednak nie można pominąć, że przedmiotowa umowa mająca charakter mieszany, winna zawierać w sobie też element ochrony ubezpieczeniowej ze strony ubezpieczyciela. Przy czym w ocenie sądu odwoławczego takiego elementu przedmiotowa umowa nie zawiera. Nie ma więc podstawy do uznania za ważną umowy ubezpieczenia indywidualnego na życie i dożycie z ufk w sytuacji gdy umowa ta nie zawiera praktycznie żadnego elementu ochronnego dającego powódce gwarancję rzeczywistego przysporzenia na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, przysporzenia nie pochodzącego z jej majątku.

Zgodnie z treścią warunków ubezpieczenia przedmiotem umowy było życie i dożycie ubezpieczonej, zatem pozwane Towarzystwo zobowiązało się do udzielenia powódce ochrony ubezpieczeniowej na wypadek zgonu w okresie ubezpieczenia lub dożycia do końca okresu ubezpieczenia. W przypadku zaistnienia jednego z tych zdarzeń ubezpieczyciel, czyli pozwane Towarzystwo, miało spełnić określone świadczenie ubezpieczeniowe. Ubezpieczyciel zatem miał udzielić powódce ochrony ubezpieczeniowej na życie i dożycie na wskazanych w umowie warunkach, zaś ubezpieczona obowiązana była do wpłacania składek, które następnie były lokowane w części w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy według zasad opisanych w warunkach ubezpieczenia i regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu.

W ocenie Sądu Okręgowego element ubezpieczeniowy był w relacji umownej stron niewielki i bazował w istocie na środkach zgromadzonych przez powódkę. Sposób wyliczenia sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu, został sformułowany w taki sposób z którego wynika, że w zasadzie całe ryzyko ponosiła powódka jako konsument, co w ocenie Sądu Okręgowego jest sprzeczne z samą ideą ubezpieczenia. Tak postawionego wniosku nie niweluje 1% składki zainwestowanej tj. 562,50 zł. przydanej przez ubezpieczyciela do 100 % wartości zgromadzonych przez ubezpieczoną środków. Na kanwie przedmiotowej umowy, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń sprowadzała się w przypadku zajścia zdarzenia jedynie do wypłaty wartości zgromadzonych środków powiększonych o zaledwie 1% składki zainwestowanej, a więc w istocie kwotą symboliczną w relacji do wpłaconych składek i w żaden sposób nieprzystającą do wskazanej wartości zdarzenia ubezpieczeniowego czyli życia. W konsekwencji powyższe musiało prowadzić to jednego wniosku, iż w przedmiotowej umowie brak jest istotnego elementu umowy ubezpieczenia jakim jest ryzyko ubezpieczeniowe ponoszone przez zakład ubezpieczeń, polegające na zobowiązaniu ubezpieczyciela do spełnienia określonego świadczenia w zamian za określoną składkę na wypadek zajścia wskazanego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego. W występowaniu ryzyka ubezpieczeniowego zasadza się istota stosunku ubezpieczenia, przy czym ryzyko wyrażać się powinno w tym, że między wysokością składki, a wysokością zastrzeżonego świadczenia występuje określona dysproporcja, zaś sama wysokość składki kalkulowana jest w oparciu o ściśle określone czynniki ryzyka, nie zaś w oparciu o zamierzoną wartość inwestycji. W przedmiotowej umowie ryzyko odnosi się nie do ubezpieczyciela, a do ubezpieczonego, gdyż środki ulokowane w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, nie są środkami, które stanowią wynagrodzenie ubezpieczyciela za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, wobec czego ochrona ubezpieczeniowa nie powinna być również realizowana przy pomocy tych środków. Zauważyć tym samym należy, iż konstrukcja samej relacji stron odzwierciedlonej w umowie jest skonstruowana w taki sposób, iż pomimo, że w swej nazwie nawiązuje do umowy ubezpieczenia, to dojść należy do przekonania, iż nie pełni ona żadnych funkcji ochronnych, które jako umowa ubezpieczenia powinna pełnić.

Zgodzić się w tym miejscu należy ze stanowiskiem powódki, iż przedmiotowa umowa obarczona była wadami, które ostatecznie prowadzą do jej nieważności. Analizując materiał zgromadzony w aktach sprawy zauważyć należy, iż relacja umowna stron była nieważna z tego powodu, że treść przedmiotowej umowy pozostawała w sprzeczności z właściwością stosunku zobowiązaniowego, jakim jest umowa ubezpieczenia oraz zasadami współżycia społecznego, o których mowa w treści art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 k.c. Bowiem takie ukształtowanie stosunku prawnego, które przenosi na ubezpieczoną tj. powódkę wszystkie obowiązki ubezpieczającego, nie dając jej żadnych uprawnień poza żądaniem świadczenia, jest sprzeczne z istotą stosunku zobowiązaniowego. Godzi to w zasadę równości stron oraz uczciwego obrotu oraz zasadę działania w dobrej wierze. Ukształtowanie bowiem stosunku obligacyjnego w taki sposób, że jego treść i cel pozostają w sprzeczności z ustawą, z zasadami współżycia społecznego i właściwością zobowiązania wywołuje skutki zawarowane w art. 58 k.c.

Niewątpliwie w relacji umownej stron to do powódki należała decyzja, czy skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej i oferty inwestycyjnej pozwanego. To powódka, a nie ubezpieczyciel, decydowała o przystąpieniu do umowy, od jej woli zależało określenie wysokości składki pierwszej i składki zainwestowanej, wyznaczając wysokość zobowiązań finansowych wobec pozwanej. Wyłącznie też powódkę obciążał obowiązek zapłaty składki, także wyłącznie na niej spoczywało ryzyko inwestycyjne, a także to że ze środków powódki poza 1% konstruowana była suma ubezpieczenia. W żadnym stopniu zatem ryzyka z tytułu ubezpieczenia nie ponosił ubezpieczyciel.

Jak zważono w powyższej części uzasadnienia istotne jest, że w elemencie ubezpieczeniowym umowa nie realizowała celu zgodnego z ustawą. Zasadniczą bowiem cechą umów ubezpieczenia jest bowiem spoczywające na ubezpieczycielu ryzyko ubezpieczeniowe, które wyraża się w obowiązku zapłaty świadczenia przewyższającego opłaconą przez ubezpieczającego składkę w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego. Ubezpieczony wpłaca składkę, natomiast ubezpieczyciel zobowiązany do wypłaty świadczenia w przypadku zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, świadczenie to jednak powinno być wyższe od składki pobranej od ubezpieczonego. Na tym właśnie polega istota ochrony ubezpieczeniowej. Tymczasem gdy analizujemy wzór na wyliczenie świadczenia na wypadek zgonu wynika z niego, że pozwany nie ponosi żadnego ryzyka w tym zakresie. Świadczenie na wypadek zgonu jest sumą 1% liczonego od składki zainwestowanej co daje kwotę 562,50 zł. niezależnie od tego, czy zgon wystąpi w pierwszym czy ostatnim

roku ochrony ubezpieczeniowej, przy opłacie administracyjnej pobieranej w skali każdego miesiąca i uszczuplającej inwestowane kwoty w ramach której znajduje się też opłata za ryzyko. Tytułem opłaty administracyjnej w okresie obowiązywania umowy pobrano od powódki 5.040 zł. tj. aż 13 % wpłaconych składek. Nie można także pominąć, że w pierwszym roku ochrony pobrana opłata administracyjna wyniosła 12 x 60 zł. tj. 720 zł. przy pobranych bieżących składkach 12 x 310 zł. tj. 3.720 zł a więc przy porównaniu tych wartości pozwany pobierał w skali roku ponad 19 % wpłaconych przez powódkę środków. Takie ukształtowanie relacji między świadczeniami obu stron, zdaniem Sądu II instancji, jest niezgodne z celem umowy ubezpieczenia. Zważyć zatem należało, że element zmienny świadczenia na wypadek zgonu uzależniony jest w istocie od wartości nabytych za środki pieniężne powódki do dnia zgonu jednostek uczestnictwa, co jest realizacją obowiązków z umowy o zarządzanie powierzonymi środkami a nie z umowy ubezpieczenia.

Sankcja nieważności przewidziana w art. 58 k.c. może dotyczyć umowy lub tylko niektórych jej postanowień. Dla utrzymania pozostałej części czynności prawnej w mocy konieczne jest, aby ważne postanowienia obejmowały co najmniej jej minimalną treść. Essentialia negotii rozumiane jako cechy konstruktywne danego typu czynności prawnej, w odniesieniu do typowych czynności prawnych, określają tę właśnie minimalną treść. Ich brak powoduje nieważność umowy w całości, co miało miejsce w realiach niniejszej sprawy. Wobec stwierdzenia nieważności umowy, nie zachodziła potrzeba głębszej analizy postanowień wzorca umownego, na który składają się w tej sprawie ogólne warunki ubezpieczenia, regulamin i tabele opłat.

Wobec nieważności umowy, powódka mogła domagać się zwrotu od strony pozwanej dochodzonej pozwem kwoty jako świadczenia nienależnego zgodnie z art. 410 k.c. W tym stanie rzeczy zaskarżony wyrok podlegał zmianie poprzez zasądzenie różnicy tj. 8.141,73 zł. pomiędzy kwotą wpłaconych przez powódkę składek a kwotą dobrowolnie wypłaconą przez pozwanego i kwotą zasądzoną przez Sąd I instancji. W konsekwencji powyższego, sąd odwoławczy zmienił także rozstrzygnięcie o kosztach procesu uwzględniając zasadę zawarowaną w art. 98 k.p.c. wobec wygranego przez powódkę procesu.

Mając na uwadze powyższe okoliczności Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji wyroku na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania w instancji odwoławczej zapadło na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c.