

Sygn. akt XXIV C 954/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 września 2019r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXIV Wydział Cywilny

w następującym składzie:

Przewodniczący: Sędzia (del) Krzysztof Świdorski

Protokolant: protokolant sądowy Tomasz Trojan

po rozpoznaniu w dniu 16 września 2019 r. w Warszawie na rozprawie

sprawy z powództwa A. S.

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

o zapłatę

1. Zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz powódki A. S. kwotę 65.444,25 zł (sześćdziesiąt pięć tysięcy czterysta czterdzieści cztery złote dwadzieścia pięć groszy) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 08 maja 2019r. do dnia zapłaty;
2. Zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz powódki A. S. kwotę 9.556,75 zł (dziewięć tysięcy pięćset pięćdziesiąt sześć złotych siedemdziesiąt pięć groszy) tytułem skapitalizowanych odsetek ustawowych za opóźnienie od kwoty 65.444,25 zł (sześćdziesiąt pięć tysięcy czterysta czterdzieści cztery złote dwadzieścia pięć groszy) liczonych od dnia 06 kwietnia 2017r. do dnia 07 maja 2019r. wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 9.556,75 zł (dziewięć tysięcy pięćset pięćdziesiąt sześć złotych siedemdziesiąt pięć groszy) od dnia 15 maja 2019r. do dnia zapłaty;
3. W pozostałym zakresie powództwo oddala
4. Ustala, że koszty procesu ponosi w całości pozwane Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W. szczegółowe wyliczenie tych kosztów pozostawiając referendarzowi sądowemu.

sygn. akt XXIV C 954/17

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 12 września 2017 roku powódka wniosła o zasądzenie od pozwanego Towarzystwa (...) S.A z siedzibą we W. kwoty 65.444,25 zł tytułem zwrotu różnicy wpłaconych przez powódkę składek, a dotychczas zwróconej przez pozwanego kwoty w związku z przystąpieniem przez powódkę do umów grupowego ubezpieczenia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 06 kwietnia 2017r. do dnia zapłaty, kwoty 9.556,75 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia złożenia pozwu oraz o zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W piśmie z dnia 18 lutego 2019r. powódka podtrzymała żądania zawarte w pozwie wskazując, iż dochodzona kwota 9.556,75 zł stanowi odszkodowanie za brak wypłaty przez pozwane Towarzystwo całości wpłaconych przez powódkę składek i nierzetelne sformułowanie kluczowych cech produktów. W piśmie zostały również zawarte roszczenia ewentualne. Powódka wniosła o ewentualne zasądzenie od pozwanego kwoty 52 986,99 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 6 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty w związku z zatrzymaniem przez pozwanego kwot opłat likwidacyjnych, administracyjnych i za zarządzanie,

których podstawy naliczania spełniają przesłanki do stwierdzenia ich abuzywności, w tym: 31 301,99 zł tytułem opłat likwidacyjnych oraz 21 685,00 zł tytułem opłat administracyjnych i za zarządzanie. W drugim roszczeniu ewentualnym powódka wniosła o zasądzenie od pozwanego kwoty 31 301,99 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 6 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty w związku z zatrzymaniem przez pozwanego kwoty opłat likwidacyjnych, których podstawy naliczania spełniają niewątpliwie przesłanki do stwierdzenia ich abuzywności.

W piśmie z dnia 15 maja 2019r. powódka wskazała, iż w pierwszej kolejności wnosi o zasądzenie od Towarzystwa (...) S.A. we W. kwoty 65 444,25 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 08 maja 2019r. do dnia zapłaty i zasądzenie kwoty od pozwanego Towarzystwa kwoty 9 556,75 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 08 maja 2019r. tytułem skapitalizowanych odsetek ustawowych za opóźnienie liczonych od kwoty 65 444,25 zł od dnia 6 kwietnia 2017r. do dnia 07 maja 2017r., oraz kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że zawarła z pozwaną następujące umowy ubezpieczenia:

- 1) (...) zawarta w dniu 7 lipca 2011 r. seria i nr certyfikatu (...);
- 2) (...) zawarta w dniu 26 sierpnia 2010 r. seria i numer certyfikatu (...);
- 3) (...) zawarta w dniu 31 maja 2010 r. seria i numer certyfikatu (...).

Z tytułu zawartych umów powódka wpłaciła pozwanemu łącznie kwotę 150 444 zł, w tym w umowie (...) – 34 030,00 zł, (...) – 35 740,00 zł, (...) – 80 674,00 zł. Powódka uzasadniała, że ww. umowy są nieważne, jako sprzeczne z prawem, albowiem zawierają klauzule niedozwolone m.in. w zakresie opłaty likwidacyjnej – rozdział 8 umów. Powódka uzasadniała, że pozwany nalicza i pobiera opłatę likwidacyjną w przypadku całkowitego wykupu procentowo zgodnie z „Tabelą Opłat i Limitów Składek” od wartości umorzonych Jednostek Uczestnictwa w Funduszu z Rachunku. Pobranie następuje poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej ubezpieczonemu o wartość opłaty likwidacyjnej. Powódka wskazała, że wysokość opłat likwidacyjnych, która pochłania znaczną część składki zwracanej ubezpieczonemu należy uznać za niedopuszczalne z punktu widzenia zasad współżycia społecznego. W ocenie powódki opłata likwidacyjna stanowi sankcję za ubezpieczonego za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy, bez odniesienia do realnie poniesionych wydatków. Taki zapis narusza interesy konsumenta, ponieważ prowadzi do uzyskiwania przez ubezpieczyciela korzyści kosztem ubezpieczonego. Powódka wywodziła, że zwarte przez powódkę umowy są nieważne od początku w całości, bowiem kształtowały zobowiązanie ubezpieczyciela sprzeczne z naturą stosunku zobowiązaniowego. W świetle nieważności umów strony zobowiązane są zwrócić świadczenia, które otrzymały. Jednocześnie powódka wskazała, że biorąc pod uwagę profesjonalizm pozwanego można domniemywać, że takie opracowanie umów musiało być świadome nacelowane na osiągnięcie zysków kosztem ubezpieczonych. Świadome pobieranie opłat likwidacyjnych w tej sytuacji zdaniem powódki pozwala na przypisanie pozwanemu winy, i w konsekwencji uzasadnia żądanie odszkodowania. Ponadto, działanie pozwanego stanowi nieuczciwą praktykę rynkową, co uzasadnia żądanie odszkodowania przez powódkę, jako konsumenta na podstawie art. 12 ust 1 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym. Powódka wskazała, że wezwała pozwanego do zapłaty wpłaconych przez nią kwot, termin do zwrotu upłynął w dniu 5 kwietnia 2017r. Pozwany przekazał na rzecz powódki w dniu 8 maja 2017 r. następujące kwoty: (...)” – 16 581,78 zł, (...) – 17 442,98 zł, (...) – 50 974,99 zł (pozew – k. 2-12, pismo – k. 431-434, pismo – k. 467-468).

W odpowiedzi na pozew pozwana wniosła o jego oddalenie oraz zasądzenie na jej rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych. Pozwana podniosła zarzut braku legitymacji czynnej po stronie powoda do żądania stwierdzenia nieważności umów objętych żądaniem pozwu, ponieważ powód nie był stroną umów, z których wywodzi swoje roszczenia, bowiem posiada status ubezpieczonego, braku legitymacji biernej po stronie pozwanego w zakresie zarzutu związanego z rzekomymi nieuczciwymi praktykami rynkowymi, ponieważ zarzuty powoda dotyczą procesu sprzedaży produktów ubezpieczeniowych przez pracownika ubezpieczającego, a nie działań i zaniechań pozwanego, przy czym z najdalej idącej ostrożności procesowej pozwany wskazał, że termin na dochodzenie tego typu roszczeń już minął.

Uzasadniając swoje stanowisko pozwana wskazała, że umowy ubezpieczenia, na podstawie których powód został objęty ochroną ubezpieczeniową stanowiły grupowe umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartym pomiędzy pozwanym a (...) S.A., a zatem pomiędzy dwoma przedsiębiorcami. Powód nie jest stroną umowy, może być uznany za uczestnika stosunków ubezpieczenia. Powód otrzymał warunki ubezpieczenia, regulaminy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oraz tabele opłat i limitów składek, co potwierdzają podpisy powoda na deklaracjach ubezpieczenia, gdzie powód pokwitował odbiór ww. dokumentów oraz potwierdził fakt zapoznania się z ich treścią, a także zaakceptował ich postanowienia. Pozwana wywodziła, że celem umów ubezpieczenia, do których przystąpił powód nie jest realizacja zysków w krótkim okresie czasu, lecz budowa i ochrona kapitału w długiej perspektywie czasowej. Powód nie musiał przystępować do tych umów, gdyż nie mają one charakteru obowiązkowego, pomimo jednak uwarunkowań związanych z charakterem tych umów, powód zaakceptował ich warunki i przystąpił do ubezpieczenia. Pozwana wskazała, że w szczególności powód zdawał sobie sprawę, że umowy mają charakter długoterminowy, a cele dotyczące stopy zwrotu są realizowane na koniec okresu ubezpieczenia oraz, że w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wartość rachunku jednostek uczestnictwa może być znacznie niższa niż suma wypłaconych składek. Pozwana przytaczając w swojej argumentacji zasadę działania inwestycji oraz efektu tzw. dźwigni finansowej wyjaśniała, że w pierwszym okresie ubezpieczenia, kiedy wahania wartości udziałów są największe, co do zasady rezygnacja nie jest opłacalna, z uwagi na opłatę likwidacyjną, przy czym w odróżnieniu od produktów bez dźwigni finansowej, w przypadku wzrostu wartości obligacji zwielokrotnionej przez mechanizm dźwigni finansowej nawet po uwzględnieniu opłaty likwidacyjnej ubezpieczony miał szansę uzyskać pozytywny wynik w krótkim czasie. Pozwana podkreślała, że ryzyko ubezpieczeniowe z umowie ubezpieczenia z ufk nie jest niczym nadzwyczajnym, wręcz przeciwnie należy je uznać za typową cechę tych umów, w której większa część składki jest przeznaczana na inwestycje. Zarówno ryzyko kredytowe jak i inwestycyjne jest cechą podstawową ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a w przypadku braku takiego ryzyka umowa ta zostałaby zakwalifikowana do innej grupy ubezpieczeń niż grupa 3 działu I załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Fakt zrealizowania się na obecnym etapie ubezpieczenia powoda ryzyka inwestycyjnego nie oznacza, że umowy ubezpieczenia, do których przystąpił powód są nieważna, bądź powód pozostawał w błędnym przekonaniu, co do charakteru umów i ewentualnych zysków. Minimalna wypłata wysokości składki zainwestowanej była gwarantowana na koniec okresu ubezpieczenia (w dacie zapadalności 15 letnich obligacji strukturyzowanych), a nie w każdym czasie trwania ubezpieczenia. Wysokość wypłaty w przypadku rezygnacji z umów w pierwszych latach ich obowiązywania wynika zarówno z wyceny wartości jednostki uczestnictwa na dzień zakończenia polisy, jak również z wysokich kosztów obsługi, a w szczególności kosztów związanych z ich dystrybucją. Postanowienia umów regulujące wysokość opłat likwidacyjnych nie są nakierowane na uzyskanie przez ubezpieczyciela korzyści majątkowej, a jedynie, jako ekonomiczna konsekwencja konieczności zabezpieczenia interesów samego ubezpieczyciela, jak i pozostałych jego klientów. Pozwana wskazywała również, że jednym z trzech głównych świadczeń zastrzeżonych w umowie ubezpieczenia, do której przystąpił powód jest świadczenie wartości wykupu. Postanowienia o opłacie likwidacyjnej określają wysokość głównego świadczenia, tj. Wartości Wykupu, ponieważ to świadczenie jest określane z jednej strony przez aktualną wartość rachunku udziałów, z drugiej strony przez opłatę likwidacyjną. Postanowienia warunków umowy są również jednoznaczne. Nadto, w sprawie powoda wysokość opłaty likwidacyjnej wyniosła 30% wartości rachunku udziałów, co nie stanowi większości, czy też całości rachunku udziałów, a więc w żadnym razie nie narusza interesów konsumenta w sposób rażący. Pozwana wskazała również, że obowiązkiem powoda przy przystąpieniu do umów ubezpieczenia było szczegółowe zapoznanie się z ich warunkami, a pominięcie zapoznania się z warunkami umów ubezpieczenia na 15 lat, w których składka była w znacznej wysokości należałoby traktować w kategorii rażącego niedbalstwa ze strony powoda. Sam fakt, że w umowach ubezpieczenia, do których przystąpił powód na etapie, w którym powód zdecydował się zakończyć ubezpieczenie nie spełniły się przewidywania oparte na wynikach historycznych i przeprowadzonych w sposób zgodny ze sztuką symulacjach nie uzasadnia twierdzenia, iż doszło do nieprawidłowości w procesie sprzedaży. Z ostrożności procesowej pozwana wskazała, że środki pochodzące z wpłaconych przez powoda składek zostały zainwestowane we wskazane w Regulaminie UFK certyfikaty. Na skutek decyzji powoda o wcześniejszej rezygnacji w chwili, gdy wartość tych certyfikatów spadła, kwota uzyskana z ich sprzedaży jest niższa niż kwota zakupu, a więc brak jest po stronie pozwanego wzbogacenia związanego ze spadkiem wartości rzeczonych certyfikatów (odpowiedź na pozew – k. 117-128).

W toku sprawy Rzecznik Finansowy działając na podstawie art. 28 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmiotu rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2270) w trybie art. 63 k.p.c. przedstawił oświadczenie zawierające pogląd istotny dla sprawy. W ocenie Rzecznika Finansowego przedmiotowe umowy na życie i dożycie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi są nieważne ze względu na sprzeczność z właściwością stosunku prawnego, sprzeczność z zasadami współżycia społecznego, nie objęcie konsensusem minimalnej treści czynności prawnej (k. 280-297).

W toku sprawy swoje stanowisko przedstawił Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów na podstawie art. 31d ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2018 r. poz. 798 ze zm.). W ocenie Prezesa UOKiK deklaracje przystąpienia powódki do umów grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie mogą zostać uznane za nieważne, w związku z tym, że nie określają wysokości sumy ubezpieczenia. Zakwestionowane przez powódkę postanowienia warunków ubezpieczenia określające wysokość opłat likwidacyjnych spełniają przesłanki do uznania ich za klauzule abuzywne (k. 335-343v).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka z zawodu jest biotechnologiem. W 2010 roku pracownik (...) skontaktował się z powódką z ofertą nabycia produktu finansowego. Propozycja ta związana była z objęciem powódki ochroną ubezpieczeniową w związku z zawartą pomiędzy Towarzystwem (...) S.A. a (...) umową grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym. Pracownik zapewniał powódkę gwarancji kapitału oraz sukcesywnych zyskach. Powódka nie została poinformowana o istnieniu opłat likwidacyjnych, jednakże zapoznała się z tabelą opłat. Powódce była zainteresowana nabyciem bezpiecznego produktu, który przede wszystkim zapewniłby powódce gwarancję zwrotu kapitału (zeznania powódki – protokół rozprawy – k. 429-430).

W dniu 31 maja 2010 r. powódka podpisała deklarację przystąpienia (...), w której jako ubezpieczający został wskazany (...) S.A. w W. zaś, jako ubezpieczyciel Towarzystwo (...) S.A. Powódka zobowiązała się do zapłaty składek w wysokości: 24 750 zł - składka pierwsza oraz składek bieżących po 682 zł. Składka zainwestowana wyniosła 123 750,00 zł. Składka zainwestowana wyniosła 123 750,00 zł. Wysokość świadczenia ubezpieczonego z tytułu zgonu określono, jako sumę trzech składowych, tj. 1% składki zainwestowanej; iloczynu wartości rachunku w dacie umorzenia i wartości składki pierwszej lub składek bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wypłynięcia do ubezpieczyciela zawiadomienie o zgonie Wysokość świadczenia ubezpieczonego z tytułu dożycia określono, jako 100% wartości rachunku w dacie umorzenia. W deklaracji określono długość okresu odpowiedzialności na 180 miesięcy. Powódka własnoręcznym podpisem potwierdziła zapoznanie się z treścią dokumentacji m.in. w postaci warunków ubezpieczenia, regulaminu, tabeli opłat (Deklaracja Przystąpienia (...) – k. 48-49).

Przedmiotem ubezpieczenia (...) jest życie ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez ubezpieczyciela ubezpieczonemu na wypadek zgonu ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela albo dożycia ubezpieczonego końca okresu odpowiedzialności. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu albo uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności wynosi 100% wartości rachunku w dacie umorzenia, która miała zostać ustalona w oparciu o zapisy regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności ustalana jest po umorzeniu na rachunku jednostek uczestnictwa funduszu. Ubezpieczyciel pobiera opłaty administracyjną w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko oraz opłatę likwidacyjną. Opłata administracyjna naliczana jest procentowo od wartości składki zainwestowanej i pobierana jest miesięcznie ze składki bieżącej w dacie nabycia. Opłata likwidacyjna jest naliczana i pobierana w przypadku całkowitego wykupu, procentowo od wartości umorzonych jednostek uczestnictwa funduszu

z rachunku. Pobranie następuje poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej ubezpieczonemu o wartość opłaty likwidacyjnej (warunki ubezpieczenia (...) – k. 50-57).

Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (...) powstaje z wpłacanych składek pierwszych i bieżących pomniejszonych o opłatę administracyjną, których alokacja dokonywana jest w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (...) poprzez nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu, a jego celem jest powiększenie wartości aktywów ufk w wyniku wzrostu wartości lokat. Środki UFK są lokowane do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) S.A., których wypłata oparta jest na indeksie (...) i wyceniane są w złotych polskich. W razie rezygnacji z ubezpieczenia następowała likwidacja rachunku, która powodowała umorzenie jednostek uczestnictwa funduszu. Wówczas następowała zamiana jednostek uczestnictwa funduszu na kwotę pieniężną według wartości jednostki uczestnictwa funduszu obowiązującej w dacie umorzenia, co było związane ze zmniejszeniem aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) z załączn. – k. 58-64).

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek w pierwszych 3 latach trwania umowy opłata likwidacyjna pobierana jest w wysokości 100% wartości rachunku (Tabela Opłat i Limitów Składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) – k. 61).

W dniu 26 sierpnia 2010 r. powódka podpisała deklarację przystąpienia (...), w której jako ubezpieczający został wskazany (...) S.A. w W. zaś, jako ubezpieczyciel Towarzystwo (...) S.A. Powódka zobowiązała się do zapłaty składek w wysokości: 11 250,00 zł - składka pierwsza oraz składka bieżąca po 310 zł. Wysokość świadczenia ubezpieczonego z tytułu zgonu określono, jako sumę trzech składowych, tj. 1% składki zainwestowanej; iloczynu liczby jednostek uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia i wartości jednostki uczestnictwa funduszu w dacie zgonu ubezpieczonego oraz wartość składki pierwszej lub składek bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do ubezpieczyciela zawiadomienie o zgonie. Wysokość świadczenia ubezpieczonego z tytułu dożycia określono, jako 100% wartości rachunku w dacie umorzenia. W deklaracji określono długość okresu odpowiedzialności na 180 miesięcy. Powódka własnoręcznym podpisem potwierdziła zapoznanie się z treścią dokumentacji m.in. w postaci warunków ubezpieczenia, regulaminu, tabeli opłat (Deklaracja Przystąpienia (...) – k. 33-34).

Przedmiotem ubezpieczenia (...) jest życie ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez ubezpieczyciela ubezpieczonemu na wypadek zgonu ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela albo dożycia ubezpieczonego końca okresu odpowiedzialności. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu albo uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe na zasadach określonych w warunkach ubezpieczenia. Ponadto celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności wynosi 100% wartości rachunku w dacie umorzenia, która miała zostać ustalona w oparciu o zapisy regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...). Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności ustalana jest po umorzeniu na rachunku jednostek uczestnictwa funduszu. Ubezpieczyciel pobiera opłaty za zarządzanie w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko oraz opłatę likwidacyjną. Opłata za zarządzanie naliczana jest procentowo od wartości składki zainwestowanej i pobierana jest miesięcznie ze składki bieżącej w dacie nabycia. Opłata likwidacyjna jest naliczana i pobierana w przypadku całkowitego wykupu, procentowo od wartości umorzonych jednostek uczestnictwa funduszu z rachunku. Pobranie następuje poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej ubezpieczonemu o wartość opłaty likwidacyjnej (warunki ubezpieczenia „(...) – k. 35-43).

Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy powstaje z wpłacanych składek pierwszych i bieżących pomniejszonych o opłatę administracyjną, których alokacja dokonywana jest w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (...) poprzez nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu, a jego celem jest powiększenie wartości aktywów ufk w wyniku wzrostu wartości lokat. Środki UFK są lokowane do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...)i wyceniane są w złotych polskich. W razie rezygnacji z ubezpieczenia następowała likwidacja rachunku, która powodowała umorzenie jednostek uczestnictwa funduszu. Wówczas następowała zamiana jednostek uczestnictwa funduszu na kwotę pieniężną według wartości jednostki uczestnictwa funduszu obowiązującej

w dacie umorzenia, co było związane ze zmniejszeniem aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) – k. 43-45).

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek w pierwszych 3 latach trwania umowy opłata likwidacyjna pobierana jest w wysokości 100% wartości rachunku (Tabela Opłat i Limitów Składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) – k. 46).

Decyzją z dnia 11 kwietnia 2011 r. oraz decyzją z dnia 8 listopada 2011 r. Komisja Nadzoru Finansowego udzieliła Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą we W. zezwolenia na uznanie instrumentów finansowych certyfikatów i obligacji strukturyzowanych (decyzje – k 129-131v, 132-133).

W dniu 7 lipca 2011 r. powódka A. S. podpisała deklarację przystąpienia (...), w której jako ubezpieczający został wskazany (...) S.A. w W. zaś, jako ubezpieczyciel Towarzystwo (...) S.A. Powódka zobowiązała się do zapłaty składek w wysokości 11 250,00 zł – składka pierwsza, 340,00 zł – składka bieżąca. Składka zainwestowana wynosiła 56 250,00 zł. Wysokość świadczenia ubezpieczonego z tytułu zgonu określono, jako sumę 1% składki zainwestowanej oraz iloczynu liczby jednostek uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia i wartości jednostki uczestnictwa funduszu w dacie zgonu ubezpieczonego. Wysokość świadczenia ubezpieczonego z tytułu dożycia określono, jako 100% wartości rachunku w dacie umorzenia. W deklaracji określono długość okresu odpowiedzialności na 180 miesięcy. Powódka własnoręcznym podpisem potwierdziła zapoznanie się z treścią dokumentacji m.in. w postaci warunków ubezpieczenia, regulaminu, tabeli opłat (Deklaracja Przystąpienia (...) – k. 16-17). Przedmiotem ubezpieczenia (...) jest życie ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez ubezpieczyciela ubezpieczonemu na wypadek zgonu ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela albo dożycia ubezpieczonego końca okresu odpowiedzialności. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu albo uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku , zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „ (...)”. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności wynosi 100% wartości rachunku w dacie umorzenia, która miała zostać ustalona w oparciu o zapisy regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności ustalana jest po umorzeniu na rachunku jednostek uczestnictwa funduszu. Ubezpieczyciel pobiera opłaty za zarządzanie w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko oraz opłatę likwidacyjną. Opłata za zarządzanie naliczana jest procentowo od wartości składki zainwestowanej i pobierana jest miesięcznie ze składki bieżącej w dacie nabycia. Opłata likwidacyjna jest naliczana i pobierana w przypadku całkowitego wykupu, procentowo od wartości umorzonych jednostek uczestnictwa funduszu z rachunku. Pobranie następuje poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej ubezpieczonemu o wartość opłaty likwidacyjnej (warunki ubezpieczenia (...) – k. 18-26).

Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy powstaje z wpłacanych składek pierwszych i bieżących pomniejszonych o opłatę za zarządzanie, których alokacja dokonywana jest w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy „(...)” poprzez nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu, a jego celem jest powiększenie wartości aktywów ufk w wyniku wzrostu wartości lokat. Środki UFK są lokowane do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) Bank(...)plc, których wypłata oparta jest na indeksie (...)i wyceniane są w złotych polskich. W razie rezygnacji z ubezpieczenia następowała likwidacja rachunku, która powodowała umorzenie jednostek uczestnictwa funduszu. Wówczas następowała zamiana jednostek uczestnictwa funduszu na kwotę pieniężną według wartości jednostki uczestnictwa funduszu obowiązującej w dacie umorzenia, co było związane ze zmniejszeniem aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „ (...) – k. 27-29).

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek w pierwszych 3 latach trwania umowy opłata likwidacyjna pobierana jest w wysokości 80% wartości rachunku (Tabela Opłat i Limitów Składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) – k. 30).

Powódka potwierdziła własnoręcznym podpisem otrzymanie Tabeli Opłat i Limitów Składek, Warunków Ubezpieczenia oraz Regulaminu UFK. Powódka oświadczyła, że rozumie i akceptuje m.in., że produkt ma formę prawną grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zwrot 100% składki zainwestowanej gwarantowany jest na koniec okresu ubezpieczenia; w trakcie trwania produktu wartość rachunku może ulegać znacznym wahaniom ze względu na wycenę instrumentów finansowych wchodzących w jego skład, w szczególności może być znacząco niższa niż suma wpłaconych składek; produkt wymaga comiesięcznych wpłat składki bieżącej, jednocześnie każda rezygnacja z ubezpieczenia skutkuje niespełnieniem warunków ewentualnych promocji prowadzonych przez bank/organizatora i konieczności zwrotu nagród lub skorygowania podwyższonego oprocentowania na promocyjnych lokatach bankowych klienta; produkt ma charakter długoterminowy, okres ubezpieczenia trwa 15 lat; produkt nie gwarantuje zysku, a wyniki osiągnięte w przeszłości nie są gwarancją osiągnięcia podobnych wyników w przyszłości. Bezkosztowa rezygnacja z ubezpieczenia możliwa jest jedynie do ostatniego dnia okresu subskrypcji, rezygnacja w późniejszym terminie wiąże się z koniecznością poniesienia kosztów w postaci opłat likwidacyjnych opisanych w tabeli opłat i limitów składek (oświadczenie – k. 31).

Wzorce umów do których przystąpiła powódka zostały sporządzone przez Towarzystwo (...) (zeznania świadka M. S.)

Powódka przekazała na rzecz Towarzystwa (...) S.A. kwotę 150 444 zł, w skład której wchodzi następujące kwoty: z tytułu umowy (...) kwotę łączną 80 674,00 zł, z tytułu umowy (...) – kwotę łączną 35 740,00 zł, z tytułu umowy (...) – kwotę łączną 34 030,00 zł (bezsporne, nadto: potwierdzenie wpłat – k. 65-84, 449-451).

W piśmie z dnia 23 marca 2017 r. kierowanym do Zarządu Spółki (...) S.A. w W. oraz Zarządu Spółki Towarzystwo (...) S.A. we W. powódka oświadczyła o rozwiązaniu umów (...) z dnia 31 maja 2010 r., (...) z dnia 26 sierpnia 2010 r. oraz (...) z dnia 7 lipca 2011 r. wraz z wezwaniem do zwrotu całości wpłaconych kwot, które łącznie wynoszą 150 444,00 zł w terminie 7 dni od dnia doręczenia pisma (pismo wraz z potwierdzeniem odbioru – k. 85-87, 88, 89).

(...) S.A. w W. nie uznał roszczeń powódki (pismo – k. 90)

Pozwany w piśmie z dnia 27 kwietnia 2017 r. odmówił zaspokojeniu roszczeń powódki w wymiarze określonym w wystąpieniu powódki (pismo – k. 91-93).

Pozwany przekazał w dniu 8 maja 2017 r. na rzecz powódki następujące kwoty: 17 442,98 zł z tytułu wykupu całkowitego dot. (...); 50 974,99 zł z tytułu umowy (...) oraz 16 581,78 zł z tytułu umowy (...) (bezsporne, nadto: potwierdzenia – k. 94-96).

Pozwany ponosi koszty związane z ubezpieczeniem (faktury i potwierdzenia – k. 134-145).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie złożonych do akt sprawy dokumentów, które uznał za wiarygodne albowiem ich treść i autentyczność nie budziła wątpliwości i nie była kwestionowana przez strony.

Zeznania powódki (protokół rozprawy – k. 429-430) Sąd ocenił jako wiarygodne, za wyjątkiem zeznań w zakresie otrzymania przez powódkę jedynie deklaracji przystąpienia do umów, bowiem w załączonych do pozwu deklaracjach widnieją podpisy powódki, iż potwierdza odbiór Warunków Ubezpieczeń, Regulaminów, Tabel Opłat i Limitów oraz Załącznika nr 1. W pozostałym zakresie zeznania powódki są spójne i logiczne, przez co Sąd nie znalazł podstaw, aby odmówić im wiarygodności.

Zeznania świadka S. G. (protokół rozprawy – k. 348-350) niewiele wniosły do sprawy, bowiem świadek nie przypominał sobie szczegółowo zdarzeń z udziałem powódki dotyczących przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

Zeznania świadków M. S. i R. P. przed Sądem Rejonowym dla Wrocławia-Krzyków we Wrocławiu w sprawie sygn. akt VI Cps 64/18 były wiarygodne. Została ogólnie nakreślona konstrukcja i charakter umów ubezpieczenia na życie z

ubezpieceniowym funduszem kapitałowym, kwestia ponoszenia przez pozwanego kosztów umowy, kosztów akwizycji oraz innych kosztów w tego typu umowach (protokół – k. 412-425, płyty CD – k. 426, 463)..

Sąd oddalił wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza, bowiem w ocenie Sądu okoliczności sprawy pozwalały na ocenę nieważności umowy, a także abuzywności postanowień umownych bez potrzeby odwołania się do dowodu z opinii biegłego.

Opinie sporządzone na zlecenie pozwanego: opinia prawna na temat granic swobody umów w odniesieniu do umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym sporządzonej na zlecenie pozwanego w dniu 8 marca 2016 r.; opinia prawna na temat charakteru świadczeń w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym sporządzonej na zlecenie pozwanego z dnia 15 kwietnia 2016 r. mają charakter opinii prywatnych, a ponadto podobnie jak Raport Komisji Nadzoru Finansowego, M. M. i P. S. Produkty Strukturyzowane w Polsce w latach 2000-2010, ich przedłożenie nie miało wpływu na kwestię oceny przez Sąd oceny zapisów umownych w zakresie ich abuzywności czy też nieważności.

Sąd zważył, co następuje:

W niniejszej sprawie powódka domagała się od pozwanego zapłaty na swoją rzecz:

kwoty 65 444,25 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 08 maja 2019r. do dnia zapłaty tytułem zapłaty różnicy pomiędzy wpłaconymi przez powódkę składkami na rzecz pozwanego, a zwróconymi przez pozwanego powódce kwotami - z tytułu nienależnego świadczenia z uwagi na nieważność umów w stosunku do powódki w zakresie roszczeń powódki których podstawą są zawarte pomiędzy Towarzystwem (...) S.A. a (...) umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (art. 58 k.c.) oraz bezskuteczności postanowień umownych dotyczących pobrania opłat likwidacyjnych (art. 385¹ k.c.).

oraz kwoty 9 556,75 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 08 maja 2019r. do dnia zapłaty tytułem skapitalizowanych odsetek ustawowych za opóźnienie od kwoty 65.444,25 zł za okres od dnia 06 kwietnia 2017r. do dnia 07 maja 2019r.

Ponadto, w razie nieuwzględnienia roszczenia głównego powódka wystąpiła również z roszczeniami ewentualnymi.

W pierwszej kolejności, wobec podnoszonych w odpowiedzi na pozew zarzutów strony pozwanej w zakresie roszczenia stwierdzenia nieważności umów należało odnieść się do kwestii legitymacji czynnej powódki. Zważyć bowiem należy, że negatywna weryfikacja legitymacji procesowej - czy to strony powodowej, czy też pozwanej, prowadziłyby w konsekwencji do oddalenia powództwa. Legitymacja procesowa jest bowiem kwalifikacją strony i pozostaje w ścisłym związku z przedmiotem rozstrzygnięcia sądowego co do istoty sprawy. Jest jedną z przesłanek materialnych, czyli okoliczności stanowiących w świetle norm prawa materialnego warunki poszukiwania ochrony prawnej na drodze sądowej. Pozwana podniosła zarzut braku legitymacji czynnej po stronie powoda do żądania stwierdzenia nieważności umów objętych żądaniem pozwu, ponieważ powód nie był stroną umów, z których wywodzi swoje roszczenie. Pozwana wskazała, że powódka posiada status ubezpieczonego w ramach przedmiotowych umów.

Umowa łącząca strony w niniejszej sprawie jest umową ubezpieczenia na cudzy rachunek uregulowaną w war 808 k.c., zgodnie z którym ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia (§ 1). Roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko ubezpieczonemu (§ 2). Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł (§ 3). Ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego (§ 4). Jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się

bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹-385³ stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego (§ 5).

Powódka niewątpliwie występuje w niniejszej sprawie jako konsument w rozumieniu art. 22¹ k.c. Z mocy art. 808 § 5 k.c., ubezpieczonego należy traktować, jako konsumenta uprawnionego do obrony swych praw w ramach przepisu art. 385¹-385³k.c., co przesądza o legitymacji czynnej powódki do wystąpienia z przedmiotowym powództwem przeciwko pozwanemu Towarzystwu (...) S.A. we W.. Umowy pomiędzy pozwanym, a (...) do których przystąpiła powódka wpływają na prawa i obowiązki powódki, a zatem powódka jest uprawniona do podnoszenia zarzutów w zakresie niedozwolonych zapisów umownych mimo iż nie była stroną umowy zawartej pomiędzy przedsiębiorcami. Należy przy tym podkreślić, iż Sąd bada przesłankowo kwestie ważności lub braku ważności umów grupowego ubezpieczenia zawartych pomiędzy pozwanym Towarzystwem, a (...) w odniesieniu do roszczeń powódki które są związane z tymi umowami, a nie w kontekście ważności lub braku ważności całych umów grupowego ubezpieczenia pomiędzy pozwanym, a (...).

Przechodząc do merytorycznej oceny żądania powódki w zakresie roszczeń z tytułu świadczenia nienależnego, w pierwszej kolejności – jako najdalej idący, albowiem prowadzący do stwierdzenia nieważności umowy i uwzględnienie powództwa – należało rozważyć zarzut powódki w przedmiocie nieważności umowy w całości z uwagi na jej sprzeczność z istotą stosunku zobowiązaniowego.

Stosownie do treści art. 353¹ k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współzycia społecznego. Naruszenie któregokolwiek z wymienionych w powyższym przepisie kryteriów spowoduje nieważność czynności prawnej, która zgodnie z art. 58 k.c. zostanie uznana za sprzeczną z prawem. Zgodnie bowiem z treścią art. 58 § 1 k.c. czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy. Nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współzycia społecznego (§ 2).

Wskazać należy, iż uczestnicy obrotu prawnego mają zagwarantowane prawo swobody zawierania umów i tym samym gwarancję poszanowania tej zasady przez osoby trzecie, a także organy władzy państwowej. Z zasady swobody umów wyrażonej w art. 353¹ k.c. wynika wprost, że strony mogą kształtować stosunek prawny według własnej woli, jednak zgodnie z przepisami bezwzględnie obowiązującymi, właściwością stosunku prawnego i zasadami współzycia społecznego. Zasada swobody umów nie ma charakteru bezwzględnego, a zadaniem sądu rozpoznającego daną sprawę jest ocena łączącego strony stosunku zobowiązaniowego pod kątem zgodności jego treści i celu z ustawą, zasadami współzycia społecznego, jak również zgodności z właściwością (naturą) stosunku prawnego. Przekroczenie przez strony zasady swobody umów poprzez naruszenie wyżej wymienionych kryteriów może oznaczać nieważność umowy bądź jej części. Podstawowe znaczenie dla oceny stosunku zobowiązaniowego ma przy tym nie dosłowne, literalne brzmienie umowy, ale przede wszystkim zgodny zamiar stron i cel umowy.

Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w literaturze z jednej strony uznawana jest za umowę ubezpieczenia, a z drugiej za umowę mieszaną. Zastosowanie znajdzie tu przepis art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym 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. Cechą charakterystyczną umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest wyodrębnienie dwóch elementów: części ubezpieczeniowej (ochronnej) i części obejmującej długoterminowy cel oszczędnościowo - inwestycyjny, tj. fundusz kapitałowy, którego dotyczy odrębne administrowanie i który składa się z kupowanych przez ubezpieczyciela na rzecz ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczyciel zobowiązuje się zasadniczo do dwóch świadczeń – z jednej strony do wypłaty świadczenia pieniężnego wynikającego z ubezpieczenia, a z drugiej do wypłaty wartości jednostek uczestnictwa zakupionych w funduszu. Podobnie przyjął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22

listopada 2017 r. w sprawie o sygn. akt IV CSK 61/17 wskazując, że umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „genetycznie” oparte zostały na konstrukcji umowy ubezpieczenia, przewidując - obok elementu zarządzania przez ubezpieczyciela kapitałem ubezpieczając jego - także typowe elementy wskazane w art. 805 k.c. jako essentialia negotii tej umowy. Ujmując rzecz pewnym uproszczeniu, z konstrukcyjnego punktu widzenia umowy tego typu stanowią umowę ubezpieczenia „wzbogaconą” o element inwestycyjny - polegający na zarządzaniu przez ubezpieczyciela środkami wpłaconymi w ramach składek w celu wypracowania zysku dla ubezpieczającego. W uzasadnieniu wyroku Sąd Najwyższy potwierdził nadto słuszność oceny, iż umowa ubezpieczenia na życie pozostaje w zgodzie z art. 805 k.c., jak i art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (zob. wyrok SN z dnia 22 listopada 2017 r., sygn. IV CSK 61/17).

Resumując, celem zawartej pomiędzy przedsiębiorcami umów w związku z którymi ubezpieczeniem została objęta powódka było gromadzenie i inwestowanie środków. To ubezpieczenie miało głównie charakter inwestycyjny. Umowy stanowiła dopuszczalną prawem formę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną przewidzianą zarówno w uchylonej ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, jak i obecnie obowiązującej ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844 ze zm.). Na brak nieważności tego typu umów i dopuszczalność ich zawierania wskazywał Sąd Najwyższy min. w wyroku z dnia 22 listopada 2017r. (IV CSK 61/17, Legalis) czy też Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej w wyroku z 1 marca 2012 r. w sprawie C-66/11 A. A. przeciwko N..

Należy podkreślić, iż brak wskazania sumy ubezpieczenia nie jest równoznaczny nieważnością umów. W Rozdziale 1 ust. 23 Warunków Umów wskazano bowiem definicję świadczenia ubezpieczeniowego, zaś w Rozdziale 10 Warunków Umów wskazano zasady ustalania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych. Brak przepisu który nakładałby obowiązek wskazania sumy ubezpieczenia kwotowo. Nie został zatem naruszony wymóg ustawodawcy o którym mowa w art. 829 par. 2 kc.

Powódka wskazywała również na abuzywność warunków umów stosowanych przez pozwanego, na podstawie których pobrano od powódki opłatę likwidacyjną przez pryzmat przepisów chroniących konsumentów, a zakazujących stosowania klauzul abuzywnych we wzorcach umownych stosowanych przez przedsiębiorców tj. art. 385¹ § 1 k.c. Co więcej powódka podkreślała brak jasnego określenia sposobu inwestowania środków pieniężnych, zasad wyceny jednostek na rachunku powoda, a więc jednoznacznych i zrozumiałych zapisów wzorca umownego.

Powódka wskazywała, że postanowienia wzorca nie zostały uzgodnione indywidualnie (tabela opłat), kształtują prawa i obowiązki powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami wskutek czego doszło do rażącego naruszenia interesów powódki.

Stosownie do treści art. 385¹ § 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 sformułowane w sposób jednoznaczny. Jeżeli postanowienie umowy zgodnie z § 1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie (art. 385¹ § 2 k.c.). W myśl § 3 niezgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje (§ 4). Na podstawie art. 385² k.c. oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny.

Jak wynika z powyższego, aby postanowienie mogło zostać uznane za niedozwolone muszą zostać spełnione łącznie cztery przesłanki tj.:

- 1) umowa musi być zawarta z konsumentem,
- 2) postanowienie umowy nie może być uzgodnione indywidualnie,
- 3) postanowienie winno kształtować prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy,
- 4) postanowienie nie dotyczy głównych świadczeń stron określonych w sposób jednoznaczny.

Bezspornym jest, iż powódka przystępując do umowy grupowego ubezpieczenia działała jako konsument. Natomiast jak wynika z art. 808 § 5 k.c. jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹ - 385³ k.c. stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Zarzut pozwanej, iż umowa została zawarta między dwoma przedsiębiorcami, a co za tym idzie powódka która nie była stroną umowy nie może powoływać się występowanie klauzul niedozwolonych nie jest trafny. Należy bowiem podkreślić, iż chodzi o postanowienia które nie były uzgodnione indywidualnie z konsumentem. Ciężar dowodu, iż postanowienia umowy były indywidualnie uzgodnione z powódką spoczywa na pozwanej, która tej okoliczności w żaden sposób nie wykazała, zaś powódka konsekwentnie wskazywała na brak indywidualnego uzgodnienia postanowień umowy, w tym w zakresie opłat likwidacyjnych.

Niewątpliwie wskazany wyżej przepis art. 808 § 5 k.c. umożliwia powódce kwestionowanie postanowień, które nie były uzgodnione indywidualnie z powodem.

Oceniając następną przesłankę z art. 385⁽¹⁾ k.c. należy wskazać, że w rozumieniu art. 385⁽¹⁾ § 1 k.c. „rażące naruszenie interesów konsumenta” oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym, natomiast „działanie wbrew dobrym obyczajom” w zakresie kształtowania treści takiego stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. Rażące będą wszystkie te wypadki, w których dojdzie do szczególnie odczuwalnego odbiegania od zasad uczciwego wyważenia praw i obowiązków stron. Ocena, czy dane postanowienie wzorca umowy, kształtując prawa i obowiązki konsumenta, „rażąco” narusza interesy konsumenta (art. 385⁽¹⁾ § 1 k.c.), uzależniona jest od tego, czy wynikająca z tego postanowienia nierównowaga praw i obowiązków stron (nierównowaga kontraktowa) na niekorzyść konsumenta jest istotna, znacząca. Ustalenie, czy klauzula wzorca umowy powoduje taką nierównowagę, dokonane może być w szczególności przez porównanie sytuacji konsumenta w razie zastosowania tej klauzuli z sytuacją, w której byłby konsument, gdyby zastosowane zostały obowiązujące przepisy prawa. Znacząca nierównowaga kontraktowa na niekorzyść konsumenta pozostaje sprzeczna z dobrymi obyczajami (wymogami dobrej wiary, por. art. 3 ust. 1 dyrektywy 93/13), gdy można rozsądnie założyć, że kontrahent konsumenta, traktujący go w sposób sprawiedliwy i słuszny i uwzględniający jego prawnie uzasadnione roszczenia, nie mógłby racjonalnie się spodziewać, że konsument zaakceptowałby w ramach negocjacji klauzulę będącą źródłem tej nierównowagi (por. wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 14 marca 2013 r., C-415/11, w sprawie M. A. przeciwko C., T. i M. (C.), www.eur-lex.europa.eu; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 roku, sygn. akt I CK 832/04, Legalis nr 71468; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 2006 r., I CK 297/05, nie publ.; por. również art. 3 ust. 1 dyrektywy Rady 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich, Dz. Urz. WE L 95 z dnia 21 kwietnia 1993 r., s. 29 z późn. zm., polskie wydanie specjalne Dz.Urz.UE: rozdział 15, t. 2, s. 288)

Powyższe okoliczności zdaniem Sądu świadczą o nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na niekorzyść powódki względem uprawnień pozwanej.

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego, w tym min w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 r., sygn. akt I CSK 149/13 Sąd Najwyższy stwierdził, iż 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. 385⁽¹⁾ zd. 1 k.c. Sprzeczność z dobrymi obyczajami i rażące naruszenie interesów konsumenta przejawia się ponadto w utrudnieniu konsumentowi skorzystania z ustawowego prawa wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, w czym przejawiał się ich represyjny charakter. Przywołać należy ponadto utrwalony w orzecznictwie pogląd, że ubezpieczyciel nie ma prawa pobierać od ubezpieczającego jakichkolwiek kosztów, jeżeli wyraźnie nie wskazał tego w umowie ubezpieczenia (uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 r., sygn. akt I CSK 149/13). Sprzeczne z dobrymi obyczajami w niniejszej sprawie są te postanowienia, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku prawnego, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między partnerami umowy. Przede wszystkim wskazać należy, że nierównowaga oraz ustawowa sprzeczność z dobrymi obyczajami przejawia się w ustaleniu w pierwszych trzech latach ubezpieczenia opłaty likwidacyjnej na poziomie 100 %, (P. I. i (...)) lub 80% (...) wartości rachunku ubezpieczonego. W kolejnych latach wprowadzono określoną wysokość opłaty likwidacyjnej zmniejszała się, ale i tak w roku w którym powódka zrezygnowała z tych produktów wysokość ta była znaczna. Bezsparnie pozwane Towarzystwo ponosiło koszty związane z tymi produktami. Do przedmiotowych kosztów można choćby zaliczyć wynagrodzenie ubezpieczającego, koszty akwizycji. Pomimo tego w ocenie Sądu nie sposób uznać zasadność obciążenia ubezpieczonego obowiązkiem uiszczenia opłaty likwidacyjnej w wartości sprecyzowanej w Tabelach Opłat. Takie postępowanie ubezpieczyciela stanowi całkowite przeniesienie ryzyka ubezpieczeniowego na ubezpieczonego. W typowej umowie ubezpieczenia zgodnie z art. 805 § 1 k.c. ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty określonego świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia sprecyzowanego w umowie ubezpieczenia. Z kolei w Deklaracji Przystąpienia wskazano, iż w razie zgonu, a więc jednego ze zdarzeń warunkującego odpowiedzialność ubezpieczyciela, ubezpieczonemu przysługuje jedynie 1% wartość zgromadzonych środków. Tym samym ryzyko ubezpieczyciela w tym wypadku jest minimalne. W odniesieniu do drugiej z funkcji przedmiotowej umowy, tj. funkcji inwestycyjnej wskazać należy, iż sprecyzowanie postanowień Tabeli Opłat w sposób wskazany powyżej również przenosi w pierwszych latach ubezpieczenia całkowite ryzyko, zaś w pozostałych latach znaczną jego część na ubezpieczonego. Należy też podkreślić, iż w analizowanych w sprawie Warunkach Ubezpieczenia brak jest wskazania, że Opłata Likwidacyjna służy pokryciu kosztów i obciążeń jakie poniósł pozwany. Nie określa również ich wysokości. Takie „przemilczenie” jest niezgodne z dobrymi obyczajami wymaganymi w relacjach konsument-profesjonalista, które to powinny być ukształtowane na zasadzie przejrzystości, lojalności oraz jasności, bez pomijania jakichkolwiek okoliczności mających wpływ na prawną i ekonomiczną pozycję konsumenta. Niezgodnie z dobrymi obyczajami powódka w dacie podpisania Deklaracji Przystąpienia nie wiedziała jakie koszty i w jakiej wysokości będzie ponosiła w przypadku wypowiedzenia umowy. Powódka nie wiedziałaby tego nawet po wnikliwej analizie dokumentacji związanej z przystąpieniem do tych umów. Podkreślenia też wymaga obowiązek ubezpieczyciela wynikający z art. 13 ust 4 pkt ustawy z dnia 22 maja 2003r, o działalności ubezpieczeniowej w zakresie tego rodzaju ubezpieczeń na życie. Dotyczy zobowiązania zakładu ubezpieczeń do zawarcia lub określenia w umowie zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Taka sytuacja w odniesieniu do powódki nie miała miejsca.

Postanowienia Rozdziałów 14 – tych Warunków Ubezpieczenia przewidują możliwość jej wypowiedzenia przez ubezpieczającego, ale zastrzegają pobieranie przez pozwane Towarzystwo opłaty likwidacyjnej, której wysokość została sprecyzowana w Tabeli Opłat. Postanowienia umowne wzorców stosowanych przez ubezpieczyciela, w sposób nieusprawiedliwiony nakładają na konsumenta obowiązek płacenia opłaty likwidacyjnej bez możliwości określenia, czy jego świadczenie jest ekwiwalentne i uzasadnione. Dysproporcja pomiędzy obowiązkami stron, więc rażące naruszenie interesów konsumenta przejawia się w fakcie utraty przez powoda wszystkich zgromadzonych i wpłaconych środków bez względu na wysokość wpłaconej składki, a przede wszystkim kosztów poniesionych i wykazanych przez pozwanego. Taka dysproporcja zobowiązań - przejęcie całości lub znacznej części środków – w oderwaniu od faktycznie poniesionych kosztów i uiszczonych składek składają się na rażące naruszenie interesów konsumenta oraz są sprzeczne z dobrymi obyczajami, jak również naruszają interes ekonomiczny konsumenta, który zostaje obciążony opłatą nie mającą odzwierciedlenia w przepisach prawa, na co wskazał chociażby Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 04 kwietnia 2013r., w sprawie o sygnaturze akt VI ACa 1324/12, a który to pogląd Sąd w niniejszym składzie w pełni popiera. Ponadto, jak wskazano powyżej, w żadnym z zapisów Warunków Ubezpieczenia

nie można odnaleźć uzasadnienia i przyczyn, dla których usprawiedliwione byłoby pobieranie opłaty likwidacyjnej w wymaganej wysokości.

Kolejno, wskazać należy, że postanowienia na podstawie których pozwana zastrzega możliwość pobrania opłaty likwidacyjnej nie stanowi głównego świadczenia stron. W doktrynie przyjmuje się, że pojęcie „główne świadczenia stron” należy interpretować raczej wąsko, w nawiązaniu do pojęcia elementów umowy przedmiotowo istotnych (essentialia negotii). W umowach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, do których przystąpiła powódka, główne świadczenia stron ograniczały się do obowiązku zapłaty składki przez ubezpieczonego i świadczenia usług ubezpieczeniowych po stronie ubezpieczyciela, w szczególności spełnienie świadczenia związanego z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, zaś w zakresie elementu inwestycyjnego umowy - na obowiązku lokowania środków w określone produkty inwestycyjne. Tym samym kwestionowane przez powódkę postanowienia nie należą do postanowień dotyczącego głównych świadczeń stron.

Natomiast zarzuty powódki dotyczące niejasnego i skomplikowanego mechanizmu i zasad wyliczenia wysokości stanu rachunku powódki, kwoty podlegającej wypłacie, czy też braku takich zasad, niewątpliwie dotyczą świadczenia głównego strony pozwanej. Również zapisy umowne dotyczące świadczeń głównych mogą być badane pod kątem ich abuzywności, ale niezbędne jest ustalenie czy postanowienia w tym przedmiocie są jednoznaczne i zrozumiałe dla konsumenta, a jeśli nie, wpływu występowania klauzul niedozwolonych również w tym zakresie na funkcjonowanie całej umowy. Należy przy tym podkreślić, iż kwestie abuzywności postanowień umownych winny być brane pod uwagę również z urzędu, choć powoływała się na nie również powódka. Kwestie dotyczące zasad ustalania Wartości Rachunku zostały uregulowane w Regulaminie i Warunkach Ubezpieczenia. Zgodnie z treścią pkt 32 Rozdziału 1 Warunków Ubezpieczenia „(...)” wartość rachunku to iloczyn bieżącej liczby jednostek uczestnictwa w funduszu znajdująca się na rachunku i aktualnej na dany dzień wartości jednostki uczestnictwa funduszu. W przypadku rezygnacji uprawnionego z ubezpieczenia po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel w terminie 35 dni od dnia otrzymania oryginału oświadczenia w tym zakresie, był zobowiązany wypłacić środki z tytułu całkowitego wykupu na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia. W przypadku całkowitego wykupu, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną oraz stosowny podatek. (Rozdział 14 pkt 4-6). Całkowity wykup został w Warunkach Umowy zdefiniowany jako zamiana przez ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu zapisanych na rachunku na środki pieniężne na zasadach określonych w Rozdziale 14 (Rozdział 1 pkt 3). W razie rezygnacji przez ubezpieczonego z ubezpieczenia, wartość rachunku ulegała umorzeniu, zaś towarzystwo ubezpieczeń byłoby zobowiązane do zapłaty na rzecz ubezpieczonego wartości wykupu, tj. iloczynu wartości rachunku udziałów oraz opłaty likwidacyjnej wyrażonej w stawce procentowej, właściwej dla roku polisowego, w którym nastąpił koniec okresu ubezpieczenia, określonej w tabeli opłat i limitów stanowiącej załącznik do Warunków Umowy. Zgodnie z ust. 3 par. 4 Regulaminu środki wskazanego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego lokowane są do 100% w certyfikaty wyemitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...) z których wypłata oparta jest na wskazanym w tym przepisie indeksie. Natomiast wartości aktywów netto są wyceniane, stosownie do ust 2, według wartości rynkowej, zaś zgodnie z ust 5, wartość ta obliczana w oparciu o wartość certyfikatów, która jest obliczana zgodnie ze wskazanym w przepisie wzorem. Wartość aktywów netto określona została jako wartość wszystkich aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, ustalana zgodnie z zasadami ustalonymi w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (§ 2 pkt 12 Regulaminu). Ustalenie kwoty znajdującej się na rachunku uzależniona jest od ilości i wartości Jednostek Uczestnictwa, która to wartość obliczana jest jako iloraz Wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego i liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa w dniu wyceny (par 6 ust 2 Regulaminu). Zgodnie natomiast z par. 2 ust 6 Regulaminu jednostki uczestnictwa w funduszu stanowiły wyodrębnioną część aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, posiadające jednakową wartość i reprezentujące prawa majątkowe uczestników (...) (§ 2 pkt 6). Wartość jednostki uczestnictwa odpowiadała wartości równej ilorazowi wartości aktywów netto UFK i liczby wszystkich jednostek uczestnictwa w funduszu (§ 2 pkt 13).

Jeżeli chodzi o uregulowanie wskazanych kwestii w Regulaminie i Warunkach (...) to przedmiotem ubezpieczenia (...) jest życie ubezpieczonego. (Rozdział 2 ust 1 WU) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu albo uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). (Rozdział 2 ust. 2 WU). Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym jest wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek pierwszych i składek bieżących, inwestowany zgodnie z przyjętą w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) strategią inwestycyjną (Rozdział 1 pkt 27 WU).

Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności wynosi 100% wartości rachunku w dacie umorzenia, która miała zostać ustalona w oparciu o zapisy regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności ustalana jest po umorzeniu na rachunku jednostek uczestnictwa funduszu. Ubezpieczyciel pobiera opłatę administracyjną w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko oraz opłatę likwidacyjną. Opłata administracyjna naliczana jest procentowo od wartości składki zainwestowanej i pobierana jest miesięcznie ze składki bieżącej w dacie nabycia. Opłata likwidacyjna jest naliczana i pobierana w przypadku całkowitego wykupu, procentowo od wartości umorzonych jednostek uczestnictwa funduszu z rachunku. Zgodnie z definicją zawartą w WU przez Całkowity Wykup należy rozumieć zamianę przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu zapisanych na Rachunku na środki pieniężne na zasadach określonych w Rozdziale 14 (Rozdział 1 pkt 3 WU). W przypadku Całkowitego Wykupu zostaje wypłacona ubezpieczonemu kwota równa wartości rachunku pomniejszona o wartość opłaty likwidacyjnej oraz podatek dochodowy od osób fizycznych (Rozdział 14 pkt 6) Umorzenie wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu na Rachunku następuje najpóźniej 30 dnia po dniu otrzymania przez Ubezpieczyciela oryginału „Oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia”, według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu obowiązującej w Dacie Umorzenia (Rozdział 1 pkt 6 WU). Zgodnie natomiast z pkt 10 Rozdziału 14 WU w przypadku Całkowitego Wykupu wskutek likwidacji Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego umorzenie wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje najpóźniej 30 dnia od dnia likwidacji, według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu z dnia likwidacji (Warunki Ubezpieczenia (...) k. 50-57).

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) (który to fundusz jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów Ubezpieczyciela składającą się z Jednostek Uczestnictwa o jednakowej wartości) powstaje z wpłacanych składek pierwszych i bieżących pomniejszonych o opłatę administracyjną, których alokacja dokonywana jest w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (...) poprzez nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu (których wartość zmienia się zgodnie ze zmianą wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego przypadających na Jednostkę Uczestnictwa Funduszu), a jego celem jest powiększenie wartości aktywów UFK w wyniku wzrostu wartości lokat. (§3 ust 1 i 2, §4 ust 1 oraz §7 ust 3 Regulaminu (...)). Środki UFK są lokowane do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) S.A., których wypłata oparta jest na indeksie (...) i wyceniane są w złotych polskich. Natomiast aktywa netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożności wyceny (§ 4 ust. 2 i 3 Regulaminu). Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu na Dzień wyceny obliczana jest jako iloraz Wartości aktywów netto UFK na Dzień wyceny i liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dzień wyceny (§ 6 ust. 2 Regulaminu, Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...))k 58-60)

Odnosnie wskazanych kwestii w Regulaminie i Warunkach Ubezpieczenia (...) to przedmiotem ubezpieczenia (...) jest życie ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez ubezpieczyciela ubezpieczonemu na wypadek zgonu ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela albo dożycia ubezpieczonego końca okresu odpowiedzialności. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu albo uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku , zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „ (...)”. (Rozdział 2 ust. 1 i 2 WU). Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym jest wydzielony fundusz aktywów (Rozdział 1 pkt 27 WU).

Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności wynosi 100% wartości rachunku w dacie umorzenia, która miała zostać ustalona w oparciu o zapisy regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności ustalana jest po umorzeniu na rachunku jednostek uczestnictwa funduszu. Ubezpieczyciel pobiera opłaty za zarządzanie w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko oraz opłatę likwidacyjną. Opłata za zarządzanie naliczana jest procentowo od wartości składki zainwestowanej i pobierana jest miesięcznie ze składki bieżącej w dacie nabycia. Opłata likwidacyjna jest naliczana i pobierana w przypadku całkowitego wykupu, procentowo od wartości umorzonych jednostek uczestnictwa funduszu z rachunku. Pobranie następuje poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej ubezpieczonemu o wartość opłaty likwidacyjnej (Rozdział 8 i 19 WU (...) – k. 18-26).

Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (który to fundusz jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów Ubezpieczyciela składającą się z Jednostek Uczestnictwa o jednakowej wartości) powstaje z wpłacanych składek pierwszych i bieżących pomniejszonych o opłatę za zarządzanie, których alokacja dokonywana jest w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy „(...) poprzez nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu, (których wartość zmienia się zgodnie ze zmianą wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego przypadających na Jednostkę Uczestnictwa Funduszu) a jego celem jest powiększenie wartości aktywów UFK w wyniku wzrostu wartości lokat (§3 ust 1 i 2, §4 ust 1 oraz §7 ust 3 Regulaminu (...)). Środki UFK są lokowane do 100% w obligacje wyemitowane przez N. Bank (...) plc, których wypłata oparta jest na indeksie (...) i wyceniane są w złotych polskich. Natomiast aktywa netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożności wyceny (§ 4 ust. 2 i 3 Regulaminu). Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu na Dzień wyceny obliczana jest jako iloraz Wartości aktywów netto UFK na Dzień wyceny i liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dzień wyceny (§ 6 ust. 2 Regulaminu) W razie rezygnacji z ubezpieczenia następowała likwidacja rachunku, która powodowała umorzenie jednostek uczestnictwa funduszu. Wówczas następowała zamiana jednostek uczestnictwa funduszu na kwotę pieniężną według wartości jednostki uczestnictwa funduszu obowiązującej w dacie umorzenia, co było związane ze zmniejszeniem aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „ (...) – k. 27-29)

Kwestie dotyczące zasad ustalania Wartości Rachunku zostały uregulowane w Regulaminie i Warunkach Ubezpieczenia w odniesieniu do każdej z umów, do której przystąpiła powódka. Nie sposób uznać, że wskazane sposoby ustalania wartości rachunku powódki są jednoznaczne i oparte o jasne, przejrzyste kryteria. Należy bowiem podkreślić, iż wprawdzie sposoby wyceny odwołują się do wartości rynkowej, jednak nie zostało określone w jaki sposób i przez kogo ta wartość rynkowa jest określona – podobnie jak kwestia funkcjonowania indeksów, na których oparta jest wypłata emitowanych certyfikatów, czy obligacji. Takie też stanowisko zawarte zostało w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 28 maja 2018r. sygn., I ACa 1678/17, które Sąd w tym składzie w pełni podziela. Nie sposób zatem uznać, iż tak przedstawiony sposób ustalenia kwoty na rachunku powódki jest jasny, zrozumiały i precyzyjnie określony dla przeciętnego konsumenta, szczególnie w niniejszej sprawie mając na względzie wiek powoda w chwili zawarcia umowy i skomplikowany oraz zawiły sposób jego ustalenia. Dlatego też oceny wymaga czy przepisy dotyczące ustalania wartości rachunku powódki w przypadku wcześniejszej rezygnacji kształtują jej prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, czy rażąco naruszają interesy powoda. Uznanie konkretnej klauzuli umownej za niedozwolone postanowienie umowne wymaga bowiem stwierdzenia łącznego wystąpienia obu przesłanek – „sprzeczności z dobrymi obyczajami” oraz „rażącego naruszenia interesów konsumenta” (por. wyrok SN z dnia 29 sierpnia 2013 r., I CSK 660/12).

„Dobre obyczaje” to reguły postępowania niesprzeczne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami można uznać także 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.

Sąd podziela stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone m.in. w wyroku z dnia 13 lipca 2005 r. (I CK 832/04, Pr. Bank. 2006, nr 3, s. 8), 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. Podobnie podniesiono w wyroku z dnia 3 lutego 2006 r. (I CK 297/05, Wokanda 2006, nr 7–8, s. 18), w którym Sąd Najwyższy stwierdził, że przepis art. 385¹ § 1 zdanie pierwsze k.c. jest odpowiednikiem art. 3 ust. 1 dyrektywy nr 93/13/WE, stanowiącym, że klauzulę umowną, która nie została uzgodniona indywidualnie, należy uznać za niedozwoloną, jeżeli naruszając zasadę dobrej wiary, powoduje istotną i nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków kontraktowych na niekorzyść konsumenta, przy czym rzeczą sądu jest ocena, czy nierównowaga jest „istotna”, czyli „rażąca” w rozumieniu odpowiedniego przepisu prawa polskiego (Adam Olejniczak, Komentarz do art. 385¹ Kodeksu cywilnego, stan prawny 2014.05.01).

Sprzeczne z dobrymi obyczajami są te postanowienia, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku prawnego, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między partnerami umowy.

W niniejszej sprawie występują zapisy umowne odnoszące się do ustalania Wartości Rachunku powódki, przy braku możliwości określenia przez powódkę ryzyka związanego z inwestycją, w którym sposób wyceny jedynie odwołuje się do wartości rynkowej, jednak w żaden sposób nie określa w jaki sposób i przez kogo ta wartość rynkowa jest określona, a powódka nie miała możliwości jakiejkolwiek kontroli sposobu wyceny. Powódka nie wiedziała w jaki sposób są faktycznie wyceniane jednostki uczestnictwa, jak ustalana jest wartość certyfikatów czy też obligacji. Brak obiektywnych kryteriów wyceny tj. braku wskazania mechanizmu który pozwoliłby zweryfikować na czym polega odwołanie się „do wartości rynkowej” wyceny, uniemożliwiło podjęcie przez powódkę decyzji konsekwencji ekonomicznych, przede wszystkim w zakresie ryzyka związanego z zawarciem takiej umowy. Powyższe okoliczności w ocenie Sądu są równoznaczne z naruszeniem sprzeczności postanowień dotyczących sposobu wyceny wartości rachunku powódki z dobrymi obyczajami oraz rażącym naruszeniem interesów powódki będącej konsumentem.

Uznanie za abuzywne zapisów umownych dotyczących świadczenia głównego w zakresie ustalania wartości rachunku powódki w związku z wcześniejszą rezygnacją z umowy ubezpieczenia i brak przepisów które mogłyby zastąpić jest równoznaczne z nieważnością umowy (art. 58 kc).

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 wobec powódki. Umowa ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, po stwierdzeniu jej nieważności w ww. zakresie nie zawiera elementów przedmiotowo istotnych umowy. W konsekwencji umowa zawarta pomiędzy stronami, jako nie zawierająca elementów przedmiotowo istotnych oraz sprzeczna z regulacją ustawową o charakterze bezwzględnie obowiązującym jest nieważna w całości.

Stosownie do treści art. 405 k.c. kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości. Natomiast zgodnie z dyspozycją art. 410 § 1 k.c. ww. przepis stosuje się w szczególności do świadczenia nienależnego. Definicję świadczenia nienależnego ustawodawca zawarł w treści art. 410 § 2 k.c., zgodnie z którym świadczenie jest nienależne, jeżeli ten kto je spełnił nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył albo jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia. Zważywszy na wszelkie powołane wyżej okoliczności i nieważność umowy pozwany zobowiązany jest do zwrotu uiszczonych przez powoda świadczeń.

Wobec powyższych względów, na podstawie art. 410 k.c. Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 65.444,25 zł stanowiącą różnicę pomiędzy wpłaconymi przez powódkę łącznie składkami, a kwotą zwróconą na rzecz powódki przez pozwanego.

Sąd zasądził odsetki ustawowe w oparciu o przepis art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

Powódka domagała się odsetek ustawowych za opóźnienie od dnia 08 maja 2019r., a zatem od dnia następnego po dniu do którego powódka skapitalizowała odsetki ustawowe za opóźnienie. Żądanie w tym zakresie zasługiwało na uwzględnienie na podstawie art. 481 § 1 k.c w zw. z art. 455 kc, bowiem pismem z dnia 23 marca 2017 r. powódka wezwała pozwanego do zapłaty kwoty dochodzonej w niniejszej sprawie w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. Pozwany odebrał przedmiotowe wezwanie w dniu 28 marca 2017r., a zatem 7-dniowy termin wyznaczony przez powódkę upłynął pozwanemu bezskutecznie w dniu 5 kwietnia 2017 r

Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki również kwotę 9.556,75 zł tytułem skapitalizowanych odsetek ustawowych za opóźnienie od kwoty 65.444,25 zł liczonych od dnia 06 kwietnia 2017r. do dnia 07 maja 2019r. wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 9.556,75 zł od dnia 15 maja 2019r. do dnia zapłaty

Pismem z dnia 23 marca 2017 r. powódka wezwała pozwanego do zapłaty kwoty dochodzonej w niniejszej sprawie w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. Pozwany odebrał przedmiotowe wezwanie w dniu 28 marca 2017r., a zatem 7-dniowy termin wyznaczony przez powódkę upłynął pozwanemu bezskutecznie w dniu 5 kwietnia 2017 r.. W konsekwencji od dnia 6 kwietnia 2017 r. pozwany pozostaje w opóźnieniu względem powódki ze spełnieniem świadczenia, a powódka jest uprawniona do zasądzenia na jej rzecz odsetek ustawowych za opóźnienie. Jednocześnie powódka w piśmie z dnia 15 maja 2019 r. dokonała kapitalizacji odsetek za okres od dnia 06 kwietnia 2017r. do dnia 07 maja 2019r. domagając się od tej kwoty odsetek ustawowych za opóźnienie od dnia 8 maja 2019 r. Sąd uznał, że pozwany pozostaje w opóźnieniu względem powódki od dnia 15 maja 2019 r., tj. od dnia w którym powódka zgłosiła swoje żądanie w tym przedmiocie (data stempla pocztowego k 469)

Na marginesie należy też wskazać, iż mając na względzie datę wniesienia pozwu i roku w którym powódka zrezygnowała z tych produktów) roszczenie powódki nie uległo przedawnieniu (zgodnie z art. 118 kc termin przedawnienia to 10 lat). Z uwagi na charakter roszczeń powódki nie ma zastosowania 3 letni termin przedawnienia z art. 819 kc, a nawet gdyby miał to i tak roszczenie nie byłoby przedawnione.

Mając powyższe na względzie orzeczono jak w pkt 1 i 2 wyroku.

Należy też wskazać, iż roszczenie powódki byłoby zasadne również na podstawie wskazywanych przez powódkę przepisów ustawy z 23 sierpnia 2007r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, która w ocenie Sądu ma zastosowanie w niniejszej sprawie.

Zgodnie z treścią art. 2 pkt 4 wskazanej ustawy praktyką rynkową jest działanie lub zaniechanie przedsiębiorcy, sposób postępowania, oświadczenie lub informację handlową, w szczególności reklamę i marketing, bezpośrednio związane z promocją lub nabyciem produktu przez konsumenta, zaś w art. 4. ust 1 i 2 zostało zdefiniowane pojęcie nieuczciwej praktyki rynkowej. Ust. 1 w art. 4 stanowi, iż 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. Zgodnie zaś z ust 2 art. 4 za nieuczciwą praktykę rynkową uznaje się w szczególności praktykę rynkową wprowadzającą w błąd oraz agresywną praktykę rynkową, a także stosowanie sprzecznego z prawem kodeksu dobrych praktyk. Praktyki te nie podlegają ocenie w świetle przesłanek określonych w ust. 1.

Natomiast zgodnie z treścią art. 5 ust 1 wskazanej ustawy praktykę rynkową uznaje się za działanie wprowadzające w błąd, jeżeli działanie to w jakikolwiek sposób powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął, zaś mając na względzie treść ust 3 art. 5 należy wskazać, iż działanie wprowadzające w błąd może min. dotyczyć cech produktu, możliwości i spodziewanych rezultatów zastosowania produktu oraz ryzyka i korzyści związanych z produktem.

W tym kontekście istotna jest treść wzorców umownych w postaci regulaminów, warunków które zostały sformułowane przez pozwane Towarzystwo. Powinny one zawierać informacje, z których jednoznacznie i w sposób zrozumiały wynikają zobowiązania przedsiębiorcy wobec konsumenta, korzyści i zagrożenia związane z produktem tak aby konsument mógł podjąć decyzje czy chce skorzystać z produktu czy też nie będąc poinformowanym o wszystkich jego zaletach, ale też i zagrożeniach i ryzykach z nim związanych. Zatem nieuczciwą praktyką rynkową jest również zaniechanie wprowadzające w błąd konsumenta, jeżeli pomija istotne informacje potrzebne przeciętnemu konsumentowi do podjęcia decyzji dotyczącej umowy i tym samym powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął (art. 6 ust. 1 ww. ustawy). Decyzjami takimi są zaś, stosownie do art. 2 pkt 7 decyzja konsumenta co do samego dokonania zakupu produktu, ale także zatrzymania produktu, rozporządzenia nim lub wykonania uprawnień umownych związanych z produktem.

W ocenie Sądu wskazane we wcześniejszej części uzasadnienia zapisy wzorców umownych w postaci Regulaminów i Warunków Ubezpieczenia w szczególności w kwestii informacyjnej dotyczącej sposobu wyceny wartości rachunku powódki wskazują na naruszenie przez pozwanego przy sporządzaniu wskazanych wzorców umownych przepisów ww. ustawy. Nie został bowiem wskazany mechanizm wyceny Jednostek Uczestnictwa na dzień rozwiązania umowy przez powódkę, zaś wycena jest przeprowadzana przez pozwanego według bliżej nie sprecyzowanych kryteriów „wartości rynkowej” Występują wprawdzie zapisy umowne odnoszące się do ustalania Wartości Rachunku powódki, ale przy braku możliwości określenia przez konsumenta ryzyka związanego z inwestycją, w którym sposób wyceny jedynie odwołuje się do wartości rynkowej, jednak w żaden sposób nie określa w jaki sposób i przez kogo ta wartość rynkowa jest określona, a konsument nie ma możliwości jakiegokolwiek kontroli sposobu wyceny. Brak obiektywnych kryteriów wyceny tj. braku wskazania mechanizmu który pozwoliłby zweryfikować na czym polega odwołanie się „do wartości rynkowej” wyceny, uniemożliwia podjęcie przez konsumenta decyzji konsekwencji ekonomicznych, przede wszystkim w zakresie ryzyka związanego z zawarciem takiej umowy. Brak informacji w tym zakresie we wskazanych wzorcach umownych narusza dobre obyczaje i wprowadził powódkę w błąd powodując podjęcie przez powódkę decyzji o przystąpieniu do umów, której żaden rozsądnie postępujący człowiek mający na celu bezpieczne ulokowanie kapitału, inaczej by nie podjął. Zostały zatem również spełnione przesłanki z art. 12 ust. 1 wskazanej ustawy w postaci nieuczciwej praktyki rynkowej, wystąpienia szkody o charakterze majątkowym, związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem wyrządzającym szkodę a zaistniałą szkodą i winy pozwanego Towarzystwa jako autora wskazanych wzorców umownych.

Ponadto, w razie nieuwzględnienia roszczenia głównego powódka wystąpiła również z roszczeniami ewentualnymi, przy czym wobec uwzględnienia żądania głównego powódki Sąd nie odniósł się w rozważaniach do żądań ewentualnych.

O kosztach w pkt 4 wyroku Sąd rozstrzygnął na podstawie art. 98 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, przy czym na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. rozliczenie kosztów pozostawił Referendarzowi sądowemu.

Mając na uwadze powyższe rozważania, na podstawie powołanych przepisów prawa Sąd orzekł jak w wyroku.