

Sygn. akt XXV C 906/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 sierpnia 2017 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR (del.) Paweł Duda

Protokolant: st. sekretarz sądowy Marta Stelmasiak

po rozpoznaniu w dniu 2 sierpnia 2017 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa **R. S.**

przeciwko (...) **Spółce Akcyjnej z siedzibą  
w W.**

o zapłatę

I. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą  
w W. na rzecz R. S. kwotę 60.690,06 zł (sześćdziesiąt tysięcy sześćset dziewięćdziesiąt złotych sześć groszy) wraz z  
odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 27 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty;

II. oddala powództwo w pozostałej części;

III. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą  
w W. na rzecz R. S. kwotę 6.712,83 zł (sześć tysięcy siedemset dwanaście złotych osiemdziesiąt trzy grosze) tytułem  
zwrotu kosztów postępowania.

Sygn. akt XXV C 906/16

## UZASADNIENIE

**wyroku z dnia 10 sierpnia 2017 r.**

R. S. pozwem z dnia 20 maja 2016 r. wniósł o:

1. zasądzenie od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 80.402,14 zł, równiej wartości korzyści majątkowych  
uzyskanych przez pozwanego bez podstawy prawnej kosztem powoda w wykonaniu nieważnych czynności prawnych –  
nieważnych oświadczeń złożonych pozwanemu przez powoda o chęci skorzystania z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony  
ubezpieczeniowej oraz nieważnej umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem  
kapitałowym, wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 4 sierpnia 2014 r. do dnia zapłaty,

ewentualnie na wypadek nieuwzględnienia powództwa w zakresie dotyczącym powyższego żądania:

2. zasądzenie od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 60.690,06 zł, pobranej przez pozwanego bez podstawy  
prawnej jako opłata transakcyjna w oparciu o niedozwolone postanowienia umowy ubezpieczenia grupowego na życie

i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia

27 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że zawarł z ubezpieczającym (...) S.A. umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, na podstawie której pozwany sporządził Warunki Ubezpieczenia Grupowego (...) oznaczone kodem (...). Powód wpłacił na rachunek bankowy pozwanego środki pieniężne w postaci składek jednorazowych na każdy ze stosunków ubezpieczenia w łącznej wysokości 200.000 zł. Następnie powód zrezygnował

z ubezpieczenia, w związku z czym pozwany wypłacił powodowi jako wartości wykupu kwoty w niższej wysokości niż wpłacone składki jednorazowe. Powód zarzucił, że jego oświadczenie o chęci skorzystania z zastrzeżenia ochrony ubezpieczeniowej i umowa grupowego ubezpieczenia są nieważne z następujących przyczyn: a) oświadczenie nie zawiera kwoty wskazującej wysokość sumy ubezpieczenia, b) oświadczenie nie prowadzi do skorzystania przez powoda z ochrony ubezpieczeniowej, gdyż umowa grupowego ubezpieczenia nie realizuje podstawowej funkcji stosunku ubezpieczenia – nie zapewnia powodowi ochrony ubezpieczeniowej, c) brak jest jakiegokolwiek przyczyny, więzi ubezpieczającego z powodem, uzasadniającej zawarcie przez ubezpieczającego z pozwanym umowy grupowego ubezpieczenia na rzecz (na rachunek) powoda, d) ubezpieczający pobierał od pozwanego prowizję od składki, do której zapłaty sam był zobowiązany w myśl art. 808

§ 2 k.c., e) brak jest w umowie grupowego ubezpieczenia essentialia negotii umowy ubezpieczenia na życie, f) brak jest charakterystyki aktywów wchodzących w skład ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, brak jest kryteriów doboru aktywów oraz zasad ich dywersyfikacji, brak jest zasad wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz brak jest konkretnego terminu zamiany składek na jednostki tych funduszy (jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego zwane są przez pozwanego udziałami jednostkowymi), g) umowie grupowego ubezpieczenia nadano formę umowy grupowego ubezpieczenia, w celu obejścia przepisów prawa o nadzorze finansowym, h) umowie grupowego ubezpieczenia nadano formę umowy ubezpieczenia, w celu obejścia przepisów prawa dotyczących tworzenia funduszy inwestycyjnych, i) umowa grupowego ubezpieczenia została zawarta z naruszeniem zasady swobody kontraktowania wyrażonej w art. 353<sup>(1)</sup> k.c.,

i) postanowienia określające główne świadczenia stron są wieloznaczne, j) umowa grupowego ubezpieczenia jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego – z zasadą ochrony (poszanowania) praw osób trzecich, z zasadą słuszności kontraktowej, z zasadą prawa do informacji, z zasadą lojalności i zaufania.

Co do żądania zwrotu kwot pobranych przez pozwanego jako opłata transakcyjna powód wskazał że pozwany określił we wzorcach opłatę transakcyjną jako stosunkowo niewielki procent w skali miesiąca wynoszący 5,145% albo 4,8% składki jednorazowej.

W rzeczywistości pozwany naliczył i pobrał od powoda opłatę transakcyjną w wysokości 30,87% albo 28,80% środków jednorazowo wpłaconych na rzecz każdego z ubezpieczeń (składek jednorazowych). Pozwany przez pierwsze 6 miesięcy okresu ubezpieczenia pobrał opłatę transakcyjną z góry za cały okres ubezpieczenia wynoszący 10 lat, w którym miał zarządzać funduszem. Skutek postanowienia o opłacie transakcyjnej był taki, że powód – konsument był całkowicie zdezorientowany, bo nie uzyskał uczciwej, rzetelnej, jednoznacznej i transparentnej informacji o tej opłacie i jej wysokości, ani o tym, za jakie konkretnie czynności pozwanego była pobierana. Postanowienia umowy grupowego ubezpieczenia dotyczące opłaty transakcyjnej kształtują prawa i obowiązki konsumenta

w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszają jego interesy, a tym samym stanowią niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., a zatem nie wiążą powoda. Pozwany pomimo wezwania nie dokonał zwrotu powyższych należności.

Pozwany (...) S.A. z siedzibą w W.

w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości.

W uzasadnieniu pozwany podniósł, że powództwo powinno zostać oddalone, ponieważ niedopuszczalna jest sądowa modyfikacja treści postanowień wzorców umów, umowa grupowego ubezpieczenia jest zgodna z zasadami współżycia

społecznego, jest dopuszczona prawem i nie jest nieważna, powództwo dotyczy jednoznacznie sformułowanych świadczeń głównych umów ubezpieczenia na życie z UFK – Wartości Wykupu, które nie podlegają kontroli sądowej w kontekście abuzywności, a kwestionowane postanowienia umowne nie kształtują praw i obowiązków powoda w sposób sprzeczny

z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Pozwany wskazał, że umowa ubezpieczenia grupowego leżąca u podstaw niniejszej sprawy jest umową ubezpieczenia zawieraną na cudzy rachunek. Żaden przepis prawa nie nakłada na ubezpieczyciela obowiązku indywidualnego uzgadniania treści umowy ubezpieczenia z ubezpieczonymi w umowach ubezpieczenia grupowego. Powód przystępując do umowy ubezpieczenia wyraził zgodę na brzmienie ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z UFK, w których zdefiniowane zostały świadczenia ubezpieczyciela wypłacane w związku z wystąpieniem zdarzeń ubezpieczeniowych oraz określona została suma ubezpieczenia. Umowa przewiduje wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zaś wysokość tego świadczenia jest pochodną dwoistego charakteru umowy ubezpieczenia na życie z UFK. Polski ustawodawca nie formułuje wymogu istnienia więzi ubezpieczonego z ubezpieczającym w przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. Praktyka pobierania od ubezpieczyciela przez banki jako ubezpieczających wynagrodzenia z tytułu zawieranych przez nich umów ubezpieczenia na cudzy rachunek jest dopuszczalna na gruncie obowiązujących przepisów. Brak jest też podstaw do uznania, że przedmiotowa umowa ubezpieczenia narusza zasady współżycia społecznego, czy też została zawarta w celu obejścia przepisów prawa. Celem opłaty administracyjnej jest pokrycie kosztów ponoszonych przez pozwanego. Koszty ponoszone przez członków grupy były niewygórowane oraz były porównywalne do kosztów inwestycji w ramach najtańszych funduszy inwestycyjnych. Wpłacone składki to główny dochód jaki pozwana uzyskuje z prowadzonej działalności gospodarczej. Pozwana nie prowadzi innej działalności niż działalność ubezpieczeniowa i nie ma innych źródeł, z których mogłaby pokryć koszty działalności.

W piśmie procesowym z dnia 4 listopada 2016 r. pozwany podniósł nadto zarzut przedawnienia roszczenia w zakresie zwrotu pobranej opłaty transakcyjnej wskazując, że termin przedawnienia tego roszczenia wynosi 3 lata, ze względu na regulację art. 819 § 1 k.c. oraz z uwagi na fakt, że jest to roszczenie o świadczenie okresowe. Opłata transakcyjna została pobrana w maju 2012 r., zatem roszczenie powoda przedawniło się w całości z upływem maja 2015 r., przed wniesieniem pozwu. Pozwany podniósł również, że powód nie ma legitymacji procesowej do żądania umowy grupowej za nieważną, gdyż brak jest udziału w sprawie wszystkich pozostałych podmiotów (ubezpieczających, ubezpieczonych i uposażonych), którzy przystąpili do umów. Pozwany zaprzeczył też, ażeby był wzbogacony kosztem powoda. Powód zapłacił na rzecz pozwanego jedynie składki ubezpieczeniowe, które były świadczeniem należnym. Nadto świadczenie to pozwany zużył w taki sposób, że nie jest już wzbogacony.

W piśmie procesowym z dnia 5 stycznia 2017 r. powód wskazał, że podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia jest oczywiście niezasadny. Opłata transakcyjna, którą pozwany pobrał od powoda, jest świadczeniem nienależnym, które przedawnia się na zasadach ogólnych. Świadczenie polegające na zwrocie nienależnego świadczenia jest świadczeniem jednorazowym, które przedawnia się z upływem 10 lat. Z ostrożności procesowej powód podniósł, że zarzut przedawnienia podniesiony przez pozwanego stanowi nadużycie prawa w rozumieniu art. 5 k.c.

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

(...) S.A. początkowo prowadziło działalność pod firmą (...) na (...) S.A. ( odpis pełny z rejestru KRS pozwanego – k. 115-119v.). Pozwane (...) zawarło z (...) S.A., jako ubezpieczającym, umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym. Zasady objęcia ochroną ubezpieczeniową osób fizycznych – ubezpieczonych/klientów ubezpieczającego określone zostały w Warunkach Ubezpieczenia Grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) kod warunków: (...) (zwanych dalej również „Warunkami Ubezpieczenia”). ( Warunki Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) kod warunków: (...) – k. 151-157).

Zgodnie z treścią Warunków Ubezpieczenia, przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego a zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

1) śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, 2) dożycie przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia (§ 3 ust. 1). W przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia towarzystwo ubezpieczeń wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego określonej na kwotę 100 zł oraz wartości rachunków udziałów (§ 3 ust. 3, § 15 pkt. 1 lit. a i b, § 16 ust. 1). Zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia, w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia (...) wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, którą stanowi wartość rachunku udziałów ustalona według wartości udziału jednostkowego z ostatniego dnia okresu ubezpieczenia (§ 3 ust. 4, § 15 pkt. 2, § 16 ust. 2).

W Warunkach Ubezpieczenia zdefiniowano wartość rachunku udziałów jako wartość udziałów jednostkowych zaewidencjonowanych na rachunku udziałów wyliczaną jako iloczyn liczby udziałów jednostkowych oraz wartości udziału jednostkowego w dniu wyceny (§ 2 pkt. 31). Wartość udziału jednostkowego zdefiniowano w Warunkach Ubezpieczenia jako wartość danego funduszu podzieloną przez liczbę udziałów jednostkowych zgromadzonych w danym funduszu ustalaną w dniu wyceny zgodnie z zapisami Regulaminu Funduszu, udziały jednostkowe jako jednostki, na które został podzielony fundusz, służące do ustalenia wartości rachunku udziałów oraz udziału ubezpieczonego w danym funduszu, zaś fundusz ubezpieczeniowy jako ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy stanowiący wydzieloną rachunkowo oraz odrębnie inwestowaną część aktywów (...) tworzoną z alokowanych składek jednorazowych pomniejszonych o opłatę za zarządzanie, zarządzany według strategii inwestycyjnej opisanej w Regulaminie (§ 2 pkt. 8, 28, 32 Warunków Ubezpieczenia). Fundusz podzielony został na udziały jednostkowe o jednakowej wartości, które nabywane były ze środków pochodzących z wpłat składek jednorazowych pomniejszonych o opłatę za zarządzanie. Strategię inwestycyjną oraz zasady funkcjonowania funduszu i sposób wyceny udziału określał Regulamin. (§ 25 ust. 1-3 Warunków Ubezpieczenia).

Według postanowień Warunków Ubezpieczenia, ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie, składając oświadczenie w formie pisemnej. Ponadto w okresie ubezpieczenia ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia poprzez złożenie dyspozycji wypłaty wartości wykupu (§ 9 ust. 1 i 3 i § 18 ust. 1). W przypadku złożenia dyspozycji wypłaty wartości wykupu lub rezygnacji w okresie ubezpieczenia Towarzystwo ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu wartość wykupu (§ 3 ust. 5). Dyspozycja wypłaty wartości wykupu oznacza rezygnację z ubezpieczenia (§ 18 ust. 2). Wypłata wartości wykupu może być zrealizowana na podstawie pisemnej dyspozycji ubezpieczonego przekazanej do jednostki obsługującej ubezpieczenie za pośrednictwem ubezpieczającego i skutkuje umorzeniem wartości rachunku udziałów i wypłatą przez (...) wartości wykupu (§ 18 ust. 3). Wartość wykupu zdefiniowano jako wartość rachunku udziałów, skorygowaną o:

- 1) opłatę za ryzyko należną (...) za miesiąc polisowy, w którym następuje koniec okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie, za liczbę dni do dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) opłatę za zarządzanie należną (...) za miesiąc polisowy, w którym następuje umorzenie wartości rachunku udziałów w związku z zakończeniem okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia umorzenia wartości rachunków udziałów,
- 3) opłatę likwidacyjną (§ 18 ust. 4).

Wartość rachunku udziałów ustalana jest według wartości udziału jednostkowego z najbliższego dnia wyceny, po dacie otrzymania dyspozycji wypłaty wartości wykupu przez jednostkę obsługującą ubezpieczenie za pośrednictwem ubezpieczającego, następującego nie wcześniej niż trzeciego dnia roboczego po otrzymaniu dyspozycji wypłaty Wartości wykupu przez jednostkę obsługującą ubezpieczenie (§ 18 ust. 5).

Zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia, przystąpienie do ubezpieczenia następuje poprzez złożenie ubezpieczającemu oświadczenia woli o wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia oraz innych oświadczeń woli lub wiedzy zawartych we deklaracji przystąpienia. Objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową następuje po łącznym spełnieniu warunków: 1) złożeniu podpisanej deklaracji przystąpienia, 2) zapłacie składki jednorazowej w wysokości zadeklarowanej w deklaracji przystąpienia

z uwzględnieniem marginesu tolerancji na niedopłatę wskazanego w Tabeli Opłat i Limitów, ale nie niższej niż wskazana w Tabeli Opłat i Limitów. Deklaracja przystąpienia to formularz (...), na którym klient ubezpieczającego wyraża swoją wolę przystąpienia do ubezpieczenia i wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia. Oświadczenie obejmuje także wysokość sumy ubezpieczeniowej (§ 2 pkt 5, § 5 ust. 2 i 3). Stosownie do

§ 14 Warunków Ubezpieczenia, (...) ma prawo do pobierania następujących opłat: 1) opłaty za zarządzanie, obejmującej opłatę za ryzyko, 2) opłaty likwidacyjnej. ( Warunki Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) kod warunków: (...) – k. 151-157).

Wysokość powyższych opłat oraz sposób ich pobierania zostały określone w Tabeli Opłat i Limitów, stanowiącej załącznik nr 1 do Warunków Ubezpieczenia. Tabela Opłat i Limitów o kodzie (...) obowiązywała w okresie subskrypcji od

3 października 2011 do 31 października 2011 r. W Tabeli tej przewidziano, że opłata transakcyjna pobierana jest w pierwszych sześciu miesiącach polisowych, naliczana jest procentowo od wartości składki jednorazowej w drugim dniu roboczym pierwszego miesiąca polisy oraz w pierwszym dniu roboczym drugiego, trzeciego, czwartego, piątego oraz szóstego miesiąca polisy, poprzez umorzenie udziałów jednostkowych z rachunku udziałów. Wysokość opłaty transakcyjnej ustalona została w wysokości 4,8% w każdym miesiącu polisowym, w którym opłata jest pobierana, przy czym wysokość opłaty transakcyjnej zawiera koszt opłaty za ryzyko. Opłata za ryzyko wliczona jest w opłatę transakcyjną, naliczana jest za cały okres ubezpieczenia od wartości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, a jej wysokość wynosi 0,5% w każdym miesiącu polisowym, w którym jest pobierana. Tabela opłat i limitów przewidywała również opłatę likwidacyjną pobieraną w przypadku dyspozycji wypłaty wartości wykupu w pierwszych pięciu miesiącach polisowych. ( Załącznik nr 1 do Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) – Tabela Opłat i Limitów o kodzie (...) – k. 158-159, zeznania świadka J. S. – k. 641, 642v., zeznania świadka P. O. – k. 679).

W okresie subskrypcji od 2 stycznia 2012 r. do 31 stycznia 2012 r. obowiązywała Tabela Opłat i Limitów o kodzie (...). Określone w tej Tabeli opłaty pobierane były na takich samych zasadach jak opłaty określone w Tabeli o kodzie (...). Opłata transakcyjna, zawierająca koszt opłaty za ryzyko, została określona w Tabeli o kodzie (...) w wysokości 5,145% w każdym miesiącu polisowym, w którym opłata jest pobierana. Opłata za ryzyko, wliczona w opłatę transakcyjną i naliczana za cały okres ubezpieczenia od wartości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, została ustalona na 0,5% w każdym miesiącu polisowym, w którym opłata jest pobierana. (Załącznik nr 1 do Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) - Tabela Opłat i Limitów o kodzie (...) – k. 159, zeznania świadka J. S. – k. 641, 642v., zeznania świadka P. O. – k. 679).

Istotą przedmiotowej umowy było przystąpienie do ubezpieczenia grupowego. Powód nie miał wpływu na warunki umowy, do której przystąpił, miał jedynie wpływ na wysokość płaconych składek. Środki ze składek jednorazowych wpłacanych w ramach Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) S.A. lokowało w fundusze „(...)” oraz „(...)”, nabywając udziały jednostkowe tych funduszy. Zasady funkcjonowania, strategię inwestycyjną oraz charakterystykę aktywów wchodzących w skład funduszy określały Regulaminy Funduszy „(...)” i „(...)”, stanowiące załączniki nr 2 do Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). Zgodnie z Regulaminami, celem funduszy było powiększanie wartości aktywów funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat funduszy, w szczególności ochrona 100% kwoty odpowiadającej składce jednorazowej na koniec okresu ubezpieczenia, przy czym (...) nie gwarantowało osiągnięcia tych celów, lecz odpowiadało za należyłą staranność w zarządzaniu funduszami, nie odpowiadało za ryzyko

inwestycyjne związane z inwestowaniem w fundusze (§ 3 ust. 1-4 Regulaminów). Fundusze zostały zdefiniowane jako wydzielone rachunkowo części aktywów (...), składających się z udziałów jednostkowych funduszy o jednakowej wartości (§ 4 ust. 1 Regulaminów). Wartość udziału jednostkowego określona została jako wartość danego funduszu podzielona przez liczbę udziałów jednostkowych zgromadzonych w danym funduszu ustaloną w dniu wyceny, obliczoną według wzoru matematycznego podanego w Regulaminach (§ 2 ust.1 Regulaminów). Wartość aktywów netto każdego funduszu, tj. wartość wszystkich aktywów danego funduszu pomniejszonych o zobowiązania przewidziane umową ubezpieczenia oraz inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, wyceniana miała być w sposób pozwalający na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości (§ 2 ust. 5 i § 4 ust. 2 Regulaminów). Środki funduszy lokowane były w depozyty terminowe, instrument pochodny oraz środki pieniężne. Zgodnie z Regulaminami, wypłata z instrumentu pochodnego oparta jest na zmianie wartości indeksu. Indeks umożliwia zmienną ekspozycję na inwestycję w surowce, kontrakty terminowe. Strategia indeksu działa w oparciu o dwie uzupełniające się strategie inwestowania, gdzie jednocześnie przyjmowana jest długa i krótka pozycja na określone kontrakty terminowe (§ 4 ust. 3, 5 i 6 Reg.). Wartość kwartalnej wypłaty z instrumentu pochodnego obliczana jest w oparciu o indeks (...) (Quampo™ PLN) ER 7,25%, o podanym w Regulaminach kodzie w serwisie Bloomberg (§ 2 ust. 4 i § 4 ust. 7 Regulaminów). Końcowa wartość rachunku udziałów miała zostać obliczona w oparciu o wartość aktywów szacowaną z zastosowaniem wskazanego wyżej indeksu (§ 4 ust. 8 Regulaminów). W Regulaminach wskazano, że inwestycja w fundusze wiąże się z ryzykiem, w szczególności z: 1) ryzykiem związanym ze spadkiem wartości indeksu w wyniku zmian sytuacji na rynkach finansowych i tym samym z brakiem osiągnięcia zysku, ponieważ wynik funduszy zależy od zmiany wartości instrumentu pochodnego na indeks i zarówno wartość instrumentu pochodnego, jak i indeksu nie są z góry określone, 2) ryzykiem kredytowym, związanym z możliwością wystąpienia po stronie wystawcy instrumentu pochodnego lub banku, z którym zawarto umowy depozytów terminowych, trwałej lub czasowej niezdolności do obsługi zadłużenia, w tym do realizacji zobowiązań z tytułu transakcji zawartych na rynku finansowym (umów depozytów terminowych, wyemitowanych obligacji, wystawionych instrumentów pochodnych), 3) ryzykiem utraty części składki jednorazowej, w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przed końcem okresu ubezpieczenia, 4) ryzykiem ograniczonej płynności, które było związane z dokonywaniem wypłaty wartości wykupu bez możliwości wypłat częściowych w trakcie trwania okresu ubezpieczenia (§ 6 pkt 1-4 Regulaminów). Fundusze podzielone zostały na udziały jednostkowe – o jednakowej wartości – zapisane na rachunkach udziałów. Wartość udziału jednostkowego ustalana była każdorazowo na dzień wyceny i pozostawała niezmienna do dnia poprzedzającego następny dzień wyceny łącznie. (§ 7 ust. 1 i 2 Regulaminów). Udziały jednostkowe o jednakowej wartości były nabywane ze składki jednorazowej. Liczba nabytych udziałów jednostkowych równa była ilorazowi kwoty przekazywanej do funduszy z tytułu zapłacenia składki jednorazowej i wartości udziału jednostkowego w dacie nabycia udziałów jednostkowych. Wartość początkowa udziału jednostkowego funduszu wynosiła 250 złotych i zmieniała się zgodnie ze zmianą wartości aktywów netto funduszu przypadających na udział jednostkowy (§ 8 ust. 1-3 Regulaminów). Umorzenie udziałów jednostkowych następowało w dniu wyceny, w przypadkach, terminach i na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia. Udziały jednostkowe umarżane były według wartości udziału jednostkowego obliczonej na dzień wyceny. Umorzenie polegało na zamianie udziałów jednostkowych na środki pieniężne i związana było ze zmniejszeniem wartości aktywów netto funduszy. Wartość umarżanych udziałów jednostkowych obliczana była w ten sposób, że mnożono liczbę umarżanych udziałów jednostkowych przez wartość udziału jednostkowego na dzień wyceny, zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia (§ 9 ust. 1-4 Regulaminów). ( Regulamin Funduszu „(...)” – k. 160-161, Regulamin Funduszu „(...)” – k. 162-163).

W dniu 17 października 2011 r. R. S. złożył deklarację przystąpienia do ubezpieczenia na podstawie Warunków ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy pozwanym (...) a (...) S.A. W deklaracji określono, że subskrypcja obejmuje okres od 3 października 2011 r. do 31 października 2011 r., okres ubezpieczenia obejmuje czas od 8 listopada 2011 r. do

7 listopada 2021 r., zaś wysokość składki jednorazowej wynosi 50.000 zł, za którą przewidziano zakup jednostek funduszu (...) ( (...)). R. S. oświadczył w deklaracji, że przed jej podpisaniem otrzymał treść Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z UFK „(...)” i wyraził zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia, długość okresu ubezpieczenia oraz wartość wykupu. Oświadczył również, że został poinformowany, że ryzyko inwestycyjne związane z przystąpieniem do ubezpieczenia ponosi ubezpieczony, zaś (...) nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne straty i utracone korzyści, jakie może ponieść ubezpieczony w wyniku podjętej decyzji o wyborze inwestycji. Wraz z deklaracją R. S. złożył pisemne oświadczenie, że zostały mu doręczone Warunki Ubezpieczenia, Regulamin Funduszu (...) oraz Tabela Opłat

i Limitów do ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z UFK „(...)” oraz że został poinformowany i akceptuje, że: produkt ma formę prawną grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, 100% składki jednorazowej chronione jest na koniec okresu ubezpieczenia, wartość rachunku udziałów może ulegać znacznym wahaniom ze względu na wycenę instrumentów finansowych wchodzących w jego skład, w szczególności może być znacząco niższa niż wartość wpłaconej składki jednorazowej, z produktem wiąże się ryzyko wynikające z możliwości niewywiązania się przez emitenta instrumentów finansowych wchodzących w skład produktu z wynikających

z nich należności, że produkt ma charakter długoterminowy, a okres ubezpieczenia trwa 10 lat, że rezygnacja z ubezpieczenia po czwartym dniu roboczym po zakończeniu okresu subskrypcji wiąże się z koniecznością poniesienia kosztów określonych w Tabeli Opłat

i Limitów. ( deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia nr (...) z dnia 17.10.2011 r. – k. 164-166, certyfikat z dnia 22.11.2011 r. – k. 175).

W dniu 23 stycznia 2012 r. R. S. złożył kolejne cztery deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia na podstawie Warunków ubezpieczenia grupowego na życie

i dożycie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy pozwanym (...) a (...) S.A. W deklaracjach tych określono, że subskrypcja obejmuje okres od

2 stycznia 2012 r. do 31 stycznia 2012 r., okres ubezpieczenia obejmuje czas od 7 lutego

2012 r. do 7 lutego 2022 r., zaś wysokość składek jednorazowych, za które przewidziano zakup jednostek funduszu (...) – (...), wynosiła: 50.000 zł

w przypadku deklaracji nr (...), 25.000 zł w przypadku deklaracji nr (...), 25.000 zł w przypadku deklaracji nr (...),

50.000 zł w przypadku deklaracji nr (...). We wszystkich tych deklaracjach R. S. złożył analogiczne oświadczenia, jak w

przypadku deklaracji z dnia 17 października 2011 r. ( deklaracja przystąpienia do umowy ubezpieczenia nr (...) z dnia

23.01.2012 r. – k. 167-168v., certyfikat z dnia 10.02.2012 r. – k. 176, deklaracja przystąpienia do umowy ubezpieczenia

nr (...) z dnia 23.01.2012 r. – k. 169-170v., certyfikat z dnia 10.02.2012 r. – k. 177, deklaracja przystąpienia do umowy

ubezpieczenia nr (...) – k. 171-172v., certyfikat

z dnia 10.02.2012 r. – k. 178, deklaracja przystąpienia do umowy ubezpieczenia nr (...) – k. 173-174v., certyfikat z

dnia 10.02.2012 r. – k. 179).

Przed zawarciem przedmiotowej umowy ubezpieczenia R. S. nie łączyła żadna umowa bankowa z (...) S.A. O niniejszym produkcie ubezpieczeniowym powód dowiedział się z reklamy (...) S.A. Wpłacone przez powoda jednorazowe składki jednorazowe określone w deklaracjach pochodziły

z zlikwidowanych przez powoda lokat bankowych w innych bankach. ( częściowe zeznania powoda R. S. – k. 643-644).

Składki wpłacane przez powoda lokowane były w fundusze określone w deklaracjach przystąpienia, które opierały się o indeksy bazowe odnoszące się do indeksów surowców,

tj. (...). Towarzystwo nie miało wpływu na notowania

i wycenę tego indeksu. Jego wartość uzależniona była cen surowców i produktów, na których indeks był oparty.

Notowania tych produktów miały wpływ na notowania indeksu instrumentów na nim opartych. Twórcą indeksu

jest (...). Notowania indeksu są dostępne publicznie, m.in. w serwisie Bloomberg. W ramach zawartej umowy

ubezpieczenia zyski kwartalne miały być wypłacane co kwartał w sytuacji, gdy indeksy bazowe zwyżkowały.

Towarzystwo nie gwarantowało ochrony wpłaconego kapitału. Celem inwestycji było osiągnięcie co najmniej wartości wpłacanej składki na koniec dziesięcioletniego okresu ubezpieczenia, z możliwością osiągnięcia premii dodatkowej związanej z inwestowaniem w instrumenty pochodne. Fundusz lokował część środków ze składek jednorazowych w depozyty bankowe, a część w instrumenty pochodne. Część inwestowana w depozyty bankowe zapewniała osiągnięcie celu inwestycyjnego w postaci wypłaty 100% wartości wpłaconych środków na koniec okresu ubezpieczenia. Ryzyko braku osiągnięcia tego celu inwestycyjnego związane było z możliwością bankructwa banku. Możliwość osiągnięcia premii dodatkowej uzależniona było od wyceny wartości instrumentów pochodnych, jakimi były opcje. Jeżeli na koniec okresu ubezpieczenia ta wartość byłaby większa od zera, to nastąpiłaby wypłata premii. Wycena ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie była dowolna, lecz opierała się na czynnikach rynkowych, czyli wartości rynkowej instrumentu pochodnego oraz bieżącej wartości depozytu i narastających odsetek. Natomiast wartość instrumentu pochodnego zależała m.in. od zmian wartości indeksu, poziomu stóp procentowych, poziomu dywidendy, poziomu tzw. wolatywności, czyli parametru zmienności instrumentu bazowego. Instrument pochodny wyceniany jest przez podmiot zewnętrzny, tzw. agenta kalkulacyjnego. Poprawność tej wyceny jest weryfikowana przez (...). Wyceny nie jest w stanie dokonać indywidualny inwestor albowiem nie ma dostępu do odpowiedniej dokumentacji, w tym ksiąg funduszu. ( zeznania świadka J. S. – k. 640v.-643., zeznania świadka P. O. – k. 678v.-683).

Na pokrycie kosztów (...) w ciągu całych dziesięciu lat okresu ubezpieczenia pozwane (...) pobierało opłaty transakcyjne określone jako procent składki jednorazowej przez pierwszych 6 miesięcy okresu ubezpieczenia poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Z pobranych opłat tworzono rezerwy na pokrycie kosztów, które powstaną w przyszłości. Koszty pozwanego związane z zawarciem i obsługą przedmiotowych umów ubezpieczenia to wynagrodzenie pośrednika za zawarcie umowy ubezpieczenia (koszty akwizycji), koszty wytworzenia produktu i marketingu, koszty utworzenia rezerwy na pokrycie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, koszty związane z administrowaniem umową. Wszystkie powyższe koszty poniosło pozwane Towarzystwo z własnych środków. Towarzystwo zwrot poniesionych kosztów rekompensowało sobie w postaci opłat pobieranych przez pierwsze sześć miesięcy okresu ubezpieczenia. Opłaty pobierane były w ten sposób, że umarzano pewną część alokowanych na rachunku jednostek Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. ( zeznania świadka J. S. – k. 640v.-643., zeznania świadka P. O. – k. 678v.-683)

Powód zdecydował się rozwiązać umowy zawarte z pozwanym, zaniepokojony niską wyceną rachunków udziałów w funduszu, bojąc się, że nie odzyska wpłaconych środków. (częściowe zeznania powoda R. S. – k. 643-644).

Pismem z dnia 17 czerwca 2014 r. pełnomocnik R. S. wezwał (...) S.A. i (...) S.A. do zwrotu 200.000 zł wpłaconej przez powoda na poczet ubezpieczenia na życie i dożycie z UFK „(...)”, w terminie 30 dni od dnia otrzymania wezwania, podnosząc, że zawarta umowa ubezpieczenia jest nieważna, a wpłacone kwoty stanowią świadczenie nienależne. Wezwanie to wpłynęło do pozwanego w dniu 4 lipca 2014 r. Pozwane (...) w piśmie z dnia 20 sierpnia 2014 r. odmówiło uznania roszczeń powoda o zwrot pełnej sumy wpłaconych składek jednorazowych. (wezwanie do zapłaty z 17.06.2014 r. – k. 190-192, pismo pozwanego z 20.08.2014 r. – k. 193-193v.).

W związku ze złożonymi przez powoda w dniu 9 czerwca 2014 r. dyspozycjami wypłaty wartości wykupu całkowitego pozwane (...) zrealizowało dyspozycje według wyceny wartości udziału jednostkowego z dnia 16 czerwca 2014 r., wypłacając powodowi następujące kwoty tytułem wartości wykupu całkowitego:

- z tytułu ubezpieczenia objętego deklaracją nr (...) kwotę 30.679,98 zł – odpowiadającą iloczynowi wartości udziału jednostkowego Funduszu (...) w kwocie 221,39 zł i liczby udziałów jednostkowych Funduszu 138,5687; suma pobrana przez pozwanego tytułem opłat transakcyjnych wyniosła 14.397,02 zł ( pisma pozwanego z 14.11.2014 r. – k. 181 i z 24.03.2016 r. – k. 180),
- z tytułu ubezpieczenia objętego deklaracją nr (...) kwotę 29.510,58 zł – odpowiadającą iloczynowi wartości udziału jednostkowego Funduszu (...) w kwocie 220,68 zł i liczby udziałów jednostkowych Funduszu 133,7151; suma pobrana przez pozwanego tytułem opłat transakcyjnych wyniosła 15.432,01 zł ( pisma pozwanego z 14.11.2014 r. – k. 183 i z 24.03.2016 r. – k. 182),



- z tytułu ubezpieczenia objętego deklaracją nr (...) kwotę 14.756,47 zł – odpowiadającą iloczynowi wartość udziału jednostkowego Funduszu (...) w kwocie 220,68 zł i liczby udziałów jednostkowych Funduszu 66,8576; suma pobrana przez pozwanego tytułem opłat transakcyjnych wyniosła 7.714,51 zł ( pisma pozwanego z 14.11.2014 r. – k. 185 i z 24.03.2016 r. – k. 184),
- z tytułu ubezpieczenia objętego deklaracją nr (...) kwotę 14.756,47 zł – odpowiadającą iloczynowi wartość udziału jednostkowego Funduszu (...) w kwocie 220,68 zł i liczby udziałów jednostkowych Funduszu 66,8576; suma pobrana przez pozwanego tytułem opłat transakcyjnych wyniosła 7.714,51 zł ( pisma pozwanego z 14.11.2014 r. – k. 187 i z 24.03.2016 r. – k. 186),
- z tytułu ubezpieczenia objętego deklaracją nr (...) kwotę 29.510,58 zł – odpowiadającą iloczynowi wartość udziału jednostkowego Funduszu (...) w kwocie 220,68 zł i liczby udziałów jednostkowych Funduszu 133.7151; suma pobrana przez pozwanego tytułem opłat transakcyjnych wyniosła 15.432,01 zł ( pisma pozwanego z 14.11.2014 r. – k. 189 i z 24.03.2016 r. – k. 188).

Pismami datowanymi na dzień 11 kwietnia 2016 r. pełnomocnik powoda wezwał pozwane (...) do zwrotu powodowi następujących należności:

- w ramach umowy potwierdzonej certyfikatem nr (...) kwoty 19.320,02 zł równej wysokości bezpodstawnego wzbogacenia pozwanego kosztem powoda w związku z nieważnością oświadczenia o chęci skorzystania przez powoda z ochrony ubezpieczeniowej oraz nieważnością umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z UFK, a w przypadku odmowy zapłaty powyższej kwoty, do zapłaty kwoty 14.397,02 zł pobranej bez podstawy prawnej jako opłata transakcyjna w oparciu o niedozwolone postanowienie umowne (wezwanie do zapłaty z 11.04.2016 r. z załącznikami – k. 194-196),
- w ramach umowy potwierdzonej certyfikatem nr (...) kwoty 20.361,49 zł równej wysokości bezpodstawnego wzbogacenia pozwanego kosztem powoda, a w przypadku odmowy zapłaty powyższej kwoty, do zapłaty kwoty 15.432,01 zł pobranej bez podstawy prawnej jako opłata transakcyjna w oparciu o niedozwolone postanowienie umowne (wezwanie do zapłaty z 11.04.2016 r. z załącznikami – k. 198-200),
- w ramach umowy potwierdzonej certyfikatem nr (...) kwoty 10.179,57 zł równej wysokości bezpodstawnego wzbogacenia pozwanego kosztem powoda, a w przypadku odmowy zapłaty tejże kwoty, do zapłaty kwoty 7.714,51 zł pobranej bez podstawy prawnej jako opłata transakcyjna w oparciu o niedozwolone postanowienie umowne (wezwanie do zapłaty z 11.04.2016 r. z załącznikami – k. 202-204),
- w ramach umowy potwierdzonej certyfikatem nr (...) kwoty 10.179,57 zł równej wysokości bezpodstawnego wzbogacenia pozwanego kosztem powoda, a w przypadku odmowy zapłaty powyższej kwoty, do zapłaty kwoty 7.714,51 zł pobranej bez podstawy prawnej jako opłata transakcyjna w oparciu o niedozwolone postanowienie umowne (wezwanie do zapłaty z 11.04.2016 r. z załącznikami – k. 206-208),
- w ramach umowy potwierdzonej certyfikatem nr (...) kwoty 20.361,49 zł równej wysokości bezpodstawnego wzbogacenia pozwanego kosztem powoda, a w przypadku odmowy zapłaty tejże kwoty, do zapłaty kwoty 7.714,51 zł pobranej bez podstawy prawnej jako opłata transakcyjna w oparciu o niedozwolone postanowienie umowne. (wezwanie do zapłaty z 11.04.2016 r. z załącznikami – k. 210-212).

Powyższe wezwania do zapłaty doręczono pozwanemu 12 kwietnia 2016 r. i wyznaczono

w nich termin 14 dni od daty otrzymania wezwania do dokonania zapłaty.

W odpowiedzi na powyższe wezwania pozwane (...)

w pismach z dnia 12 maja 2016 r. odmówiło zapłaty wskazując, że nie znajdują zastosowania w niniejszej sprawie przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu a Warunki Ubezpieczenia oraz załączniki nie zawierają postanowień uznanych za niedozwolone lub postanowień o zbliżonej treści. ( pisma pozwanego z 12.05.2016 r. – k. 197-197v., 201-201v., 205-206v., 209-209v., 213-213v.).

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie powołanych dowodów.

Sąd uznał za wiarygodne obiektywne dowody z dokumentów, które nie budziły wątpliwości co do ich autentyczności i nie były kwestionowane przez żadną ze stron postępowania.

Sąd uznał za w pełni wiarygodne zeznania świadków J. S.

i P. O., w których świadkowie opisali zasady funkcjonowania produktu ubezpieczeniowego stworzonego przez pozwanego i uregulowanego w Warunkach Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), zasady wyceny udziałów jednostkowych Funduszy i wypłaty świadczeń ubezpieczonemu, a także koszty ponoszone przez (...) w związku

z zawarciem i obsługą ubezpieczenia. Zeznania świadków korespondowały wzajemnie ze sobą i z dowodami z dokumentów składając się na spójną i logiczną całość, tworzącą opisany wyżej stan faktycznych sprawy.

Sąd dał wiarę zeznaniom powoda w części, w której powód opisał okoliczności związane z podjęciem przez niego decyzji o przystąpieniu do ubezpieczenia oferowane przez pozwanego oraz motywy rozwiązania umów. W tym zakresie zeznania powoda w braku jakichkolwiek dowodów przeciwnych nie budziły wątpliwości. Sąd ocenił natomiast jako niewiarygodną tę część zeznań powoda, w których twierdził on, że przy przystępowaniu do ubezpieczenia nie został poinformowany, że z umową wiąże się określone ryzyka i koszty oraz że nie został poinformowany o treści Warunków Ubezpieczenia. Ta część zeznań powoda pozostawała w sprzeczności z oświadczeniami powoda zawartymi w deklaracjach przystąpienia i załącznikach do nich, które zostały opatrzone własnoręcznymi podpisami powoda, a zatem była niewiarygodna.

### **Sąd zważył, co następuje:**

Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Stosownie do art. 805 § 2 k.c., przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Do umów ubezpieczenia należą ubezpieczenia na życie związane

z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, wymienione w dziale I grupie 3 Załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (tekst jedn.: Dz.U. z 2010 r., nr 11, poz. 66 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności ubezpieczeniowej”, obowiązującej w dacie nawiązania spornych stosunków ubezpieczenia. W istocie umowy takie

w przeważającej mierze nie mają charakteru ubezpieczenia (czyli zapewnienia określonego świadczenia na wypadek wystąpienia określonego zdarzenia, a więc nie mają na celu przerzucenia na ubezpieczyciela ryzyka zajścia takiego wypadku), lecz charakter oszczędnościowy, związany z inwestowaniem kapitału. Klasyczne świadczenie ubezpieczeniowe w takiej sytuacji ma znaczenie drugorzędne, albo wręcz symboliczne. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej kwalifikowała jednak takie umowy jako umowy ubezpieczenia. W swym elemencie inwestycyjno-oszczędnościowym wykraczać będą one jednak poza zakres regulacji przepisów Kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia, dlatego w doktrynie słusznie wskazuje się, że są to w istocie umowy o charakterze mieszanym. (Komentarz do art. 805 k.c., red. K. Osajda 2017, Legalis). W każdym razie zawieranie takich umów jest dopuszczalne na gruncie przywołanych regulacji prawnych. W przypadku tego rodzaju umów zakład ubezpieczeń zobowiązany został w art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia: 1) wykazu

oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, 2) zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne

i wypłaty świadczenia, 3) regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne, 4) zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, 5) zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, 6) zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w szczególności w zakresie określonym w pkt 4 i 5, oraz terminu zamiany składek na jednostki tego funduszu.

Umowa, w związku z którą powód sformułował roszczenia objęte pozwem, jest umową ubezpieczenia osobowego zawieraną przez ubezpieczającego z towarzystwem ubezpieczeń na cudzy rachunek, uregulowaną w art. 808 k.c. Ubezpieczony nie jest stroną takiej umowy, ale jest stroną stosunku ubezpieczeniowego i może żądać spełnienia świadczenia z umowy ubezpieczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela na podstawie art. 808

§ 3 k.c. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, przepisy art. 805 § 1 k.c. i art. 808 § 2 k.c., zgodnie z którymi na ubezpieczającym spoczywa obowiązek zapłaty składki a ubezpieczycielowi przysługuje roszczenie o jej zapłatę wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu, nie stanowią przeszkody do przeniesienia ciężaru finansowego opłacania składek na ubezpieczonego niebędącego stroną umowy. Poniesienie przez ubezpieczonego ekonomicznego ciężaru zapłaty składki ubezpieczeniowej nie oznacza, że uzyskuje on przez to status ubezpieczającego, tj. status strony umowy ubezpieczenia.

Odnosząc się do kwestii zarzucanej przez powoda nieważności umowy ubezpieczenia, do której przystąpił (stosunku ubezpieczenia nawiązanego z pozwanym) wskazać należy

w pierwszym rzędzie, że nie miał racji pozwany podnosząc brak legitymacji czynnej po stronie powoda do żądania umowy grupowej za nieważną. Wbrew stanowisku pozwanego

w niniejszej sprawie nie zachodziła konieczność występowania w sprawie wszystkich pozostałych podmiotów (ubezpieczających, ubezpieczonych i uposażonych), którzy przystąpili do umowy ubezpieczenia grupowego. Powód nie dochodził bowiem w niniejszym procesie roszczenia o ustalenie nieważności umowy ubezpieczenia (na podstawie art. 189 k.p.c.), w którym stronami powinny być wszystkie strony umowy ze względu na występujące po ich stronie współuczestnictwo konieczne wynikające z istoty stosunku prawnego (art. 72

§ 2 k.p.c.). Powód dochodził od pozwanego roszczeń o zapłatę z tytułu nienależnego świadczenia podnosząc jako jedną z jego przesłanek nieważność łączącego go z pozwanym stosunku ubezpieczenia (lub bezskuteczność niektórych postanowień umownych). Nie miało tu zatem miejsca współuczestnictwo konieczne pomiędzy wszystkimi stronami umowy ubezpieczenia grupowego i wszystkimi podmiotami, którzy przystąpili do umowy ubezpieczenia grupowego.

Natomiast podnoszone przez powoda zarzuty nieważności jego oświadczeń o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia grupowego (deklaracje przystąpienia) i o nieważności umowy ubezpieczenia należało ocenić jako niezasadne.

Po pierwsze bepodstawnie twierdził powód, że jego oświadczenia, iż chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej w ramach przedmiotowej umowy ubezpieczenia grupowego są sprzeczne z art. 829 § 2 k.c. z tej przyczyny, że nie obejmują wysokości sumy ubezpieczenia. W deklaracjach przystąpienia nie określono wprost sumy ubezpieczenia, ale znalazły się w nich oświadczenia powoda, że wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia, a jednocześnie powód oświadczył, że przed podpisaniem deklaracji przystąpienia otrzymał treść Warunków Ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia została wyraźnie określona w § 15 i 16 Warunków Ubezpieczenia. Oznacza to, że zgoda powoda (ubezpieczonego) na zakres ubezpieczenia wyrażona w deklaracjach obejmowała także wysokość sumy ubezpieczenia, czyniąc zadość wskazanemu wymogowi z art. 829 § 2 k.c.

Po drugie niezasadny był zarzut powoda, że oświadczenie o skorzystaniu z ochrony ubezpieczeniowej jest nieważne gdyż nie prowadzi do skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej, której – zgodnie z twierdzeniami powoda – nie ma w umowie grupowego ubezpieczenia. Formułując ten zarzut powód wskazywał, że zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia, w przypadku dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia ubezpieczyciel nie zapłaci ubezpieczającemu żadnego świadczenia w rozumieniu art. 805 § 1 pkt. 1 i § 2 pkt. 2 k.c. w zw. z art. 829 § 1 pkt. 1 i § 2 k.c. (sumy ubezpieczenia), a jedynie zwróci kwotę pochodzącą ze środków wpłaconych przez powoda na poczet inwestycji, zaś

w przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu kwotę pochodzącą ze środków wpłaconych przez powoda na poczet inwestycji powiększoną o 100 zł, co nie stanowi realnej ochrony ubezpieczeniowej i jest pozbawione jakiegokolwiek gospodarczego sensu. Odnosząc się do tej kwestii wskazać należy, że przedmiotowa umowa ubezpieczenia, do której przystąpił powód, była umową z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Przewidziana ochrona życia powoda (ubezpieczonego) miała tu charakter uboczny – symboliczny (§ 3 ust. 1, ust. 2 pkt. 1 i ust. 3, § 15 pkt. 1 i § 16 ust. 1 Warunków Ubezpieczenia), a w umowie dominował aspekt kapitałowy, związany z długoterminowym inwestowaniem wpłaconej przez ubezpieczonego składki ubezpieczeniowej w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (§ 13 ust. 2 pkt. 2 i ust. 4, § 15 pkt. 2 i § 16 ust. 2 Warunków Ubezpieczenia). Tym niemniej ochrona życia ubezpieczonego była elementem spornego stosunku umownego (istniała) – w § 16 ust. 1 Warunków Umowy określono sumę ubezpieczenia w kwocie 100 zł wypłaconą przez ubezpieczyciela

w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, co odpowiada regulacjom art. 805 § 1 i § 2 pkt. 2 k.c. i art. 829 § 1 pkt. 1 k.c. Przepisy te nie określają minimalnej sumy ubezpieczenia, pozostawiając tę kwestię do ustalenia stronom w ramach konkretnego stosunku umownego. Jak już wskazano, zawarcie umowy o takim mieszanym charakterze,

w którym cel ochronny ma marginalne znaczenie, a na pierwszy plan wysuwa się cel inwestycyjny, było dopuszczalne na gruncie swobody kontraktowania wyrażonej w art. 353<sup>(1)</sup> k.c.

Po trzecie, umowa grupowego ubezpieczenia nie jest nieważna ze względu na braku więzi prawnej łączącej ubezpieczonego (powoda) z ubezpieczającym ((...) S.A.). Z materiału dowodowego sprawy nie wynika, żeby powód przystąpił do spornej umowy w związku z przystąpieniem do produktów bankowych u ubezpieczającego. Fakt ten nie oznacza jednak, że umowa jest sprzeczna z naturą umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, jak zarzucił powód. Istnienie takiej więzi nie było wymagane przez obowiązujące przepisy (art. 808 § 1 k.c., art. 829 § 2 k.c. lub art. 393 k.c.) do skutecznego zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej. Nie sposób uznać za zasadne stanowiska, że brak pozaubezpieczeniowych powiązań między ubezpieczającym a ubezpieczonym godzi w naturę ubezpieczenia grupowego. Do natury każdego ubezpieczenia (w tym ubezpieczenia grupowego) należy zobowiązanie się ubezpieczyciela do spełnienia umówionego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej, w zamian za zapłatę umówionej składki. Szczególny charakter umowy ubezpieczenia grupowego wyraża się zaś w tym, że ryzyko ubezpieczeniowe i związana z nim składka są kalkulowane przez ubezpieczyciela w sposób szczególnie, niejako „uśredniony” dla potencjalnych członków grupy, a nie indywidualnie. Zasady aktuarialne ustalania składki ubezpieczeniowej nie stanowią jednak o naturze stosunku ubezpieczenia grupowego, pozostając poza zakresem konsensu umownego. Zgodzić należy się z pozwanym, że strony umowy ubezpieczenia godzą się na składkę w określonej wysokości, a nie na to, w jaki sposób ubezpieczyciel składkę tę wyliczył. Celem zawarcia przedmiotowego stosunku prawnego pomiędzy pozwanym

a powodem była z jednej strony, przede wszystkim, chęć uzyskania przez powoda dochodów ze środków inwestowanych długoterminowo w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy,

a z drugiej strony osiąganie przez ubezpieczyciela zysku z prowadzonej działalności ubezpieczeniowej w postaci opłat pobieranych ze składek (ich nieinwestowanej części).

W świetle treści dokumentów dotyczących przedmiotowego produktu ubezpieczeniowego, których otrzymanie powód zadeklarował składając deklaracje przystąpienia, w tym treści samych deklaracji przystąpienia, zawierających określenia typowe dla umowy ubezpieczenia, chociażby co do zdarzenia uzasadniającego wypłatę zgromadzonych środków, a także wysokości środków zainwestowanych przez powoda – całkowicie niewiarygodne jawią się

twierdzenia powoda jakoby nie został należycie zapoznany z charakterem i treścią umowy oraz by był przekonany, że ma ona charakter podobny do depozytu bankowego. Takie twierdzenia powoda należało uznać za dowolne, podnoszone wyłącznie na użytek procesu.

Po czwarte, fakt pobierania przez ubezpieczającego od ubezpieczyciela wynagrodzenia (prowizji) z tytułu doprowadzenia do zawarcia umowy ubezpieczenia z powodem nie oznacza, że umowa jest sprzeczna z art. 808 § 2 k.c. i z tej przyczyny nieważna. Przepis art. 808 § 2 k.c. przewiduje, że w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu, co ma związek z regulacją art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym ubezpieczający zobowiązuje się w umowie ubezpieczenia zapłacić składkę. Jak wyżej wskazano przepisy te nie stanowią przeszkody do przeniesienia ciężaru finansowego opłacania składek na ubezpieczonego, niebędącego stroną umowy ubezpieczenia (vide orz. SN z 12.09.2013 r., IV CSK 91/13, Legalis nr 924891). Praktyka taka nie prowadzi do nieważności umowy ubezpieczenia.

Po piąte, wbrew zarzutom powoda, sporna umowa ubezpieczenia zawiera elementy przedmiotowo istotne umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Umowa przewiduje obowiązek ubezpieczyciela, w zamian za składkę wpłaconą przez ubezpieczonego, do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, którym jest śmierć ubezpieczonego lub dożycie przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia. Jeśli chodzi o świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, to pozwany zobowiązał się w § 15 pkt. 1 w zw. z § 16 ust. 1 Warunków Ubezpieczenia wypłacić ubezpieczającemu sumę ubezpieczenia w kwocie 100 zł oraz wartość rachunku udziałów. Świadczeniem ubezpieczeniowym w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia jest wypłata wartości rachunku udziałów, zgodnie z § 15 pkt. 2 w zw. z § 16 ust. 2 Warunków Ubezpieczenia. Jak już wskazano, żaden przepis prawa nie określał minimalnej wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku do tego rodzaju umów, pozostawiając jej określenie swobodnej woli stron. Taka konstrukcja umowy czyni zadość wymogom wynikającym z art. 805 § 1 i § 2 pkt. 2 k.c. oraz 829 § 1 pkt. 2 k.c. i nie odbiera analizowanemu produktowi charakteru ubezpieczeniowego. Była ona dopuszczalna na gruncie obowiązujących przepisów. Wysokość świadczeń ubezpieczyciela wynikała natomiast z akcentowanego wcześniej dwoistego (mieszanego) charakteru przedmiotowej umowy, w której dominował cel inwestycyjny związany z lokowaniem kapitału w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, a marginalne znacznie miał cel ochronny związany z ochroną życia. Taka konstrukcja umowy, do której przystąpił powód, oznacza że interes ubezpieczonego realizował się w niej w istocie poprzez długofalowe (z założenia) inwestowanie kapitału w funduszu kapitałowym.

Po szóste, jako niezasadne ocenić należy zarzuty powoda podważające ważność umowy ze względu na brak w niej, zgodnie z twierdzeniami powoda, niektórych elementów obligatoryjnych wymienionych w art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia: tj. brak określenia w umowie wykazu oferowanych funduszy kapitałowych, brak regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne, brak określenia zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz terminu zamiany składek na jednostki tego funduszu. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy to w ubezpieczeniu, o którym mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia. Jeśli chodzi o wymóg określenia w umowie wykazu oferowanych funduszy kapitałowych (art. 13 ust. 4 pkt. 1 ustawy), to w deklaracjach przystąpienia wskazano fundusze („(...)” w deklaracji z 17 października 2011 r. lub „(...)” w deklaracjach z 23 stycznia 2012 r.), w który miały być inwestowane środki wpłacane przez powoda. Skoro fundusze te dopiero powstawały ze składek wpłaconych przez osoby przystępujące do ubezpieczenia w okresie subskrypcji (co wynika z § 6 Warunków Ubezpieczenia), to w momencie składania deklaracji istniała możliwość inwestowania środków finansowych przez osoby przystępujące do ubezpieczenia na podstawie Warunków (...) w te tylko fundusze. Nie

było więc możliwości wskazania wykazu oferowanych funduszy kapitałowych (innych niż powyższe) już w umowie ubezpieczenia grupowego, a określenie tych funduszy w deklaracjach przystąpienia spełnia obowiązek informacyjny ubezpieczyciela z art. 13 ust. 4 pkt. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Wbrew zarzutom powoda, zasady lokowania kapitału i wyceny jednostek funduszy kapitałowych (...) i „(...)” zostały przedstawione

w § 2, 3 i 4 Regulaminów Funduszy doręczonych powodowi przed złożeniem deklaracji przystąpienia. W § 2 Regulaminów zdefiniowano wartość udziału jednostkowego i wartość aktywów netto funduszu. Zgodnie z definicją, wartość udziału jednostkowego to wartość danego funduszu podzielona przez liczbę udziałów jednostkowych zgromadzonych w danym funduszu ustaloną w dniu wyceny zgodnie ze wzorem podanym w Regulaminie; zmienia się ona zgodnie ze zmianą wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego przypadającego na udział jednostkowy. Wartość aktywów netto stanowi wartość wszystkich aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego pomniejszonych o zobowiązania przewidziane umową ubezpieczenia oraz inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ustalana zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie.

W Regulaminie wskazano również, że wartość aktywów netto wyceniania jest w sposób pozwalający na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości. Ponadto w Regulaminie precyzyjnie określono podstawę do ustalenia wartości końcowej rachunku udziałów według podanego wzoru i wartości udziału jednostkowego w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia (§ 4 ust. 8-10), oraz oznaczono indeks, którego notowania będą podstawą do ustalenia tych wartości, wraz z kodem indeksu w serwisie Bloomberg (§ 2 ust. 4). W Regulaminach zostały zawarte także informacje o aktywach, w których lokowane są środki funduszy (depozyty terminowe, instrument pochodny, środki pieniężne), wyceniane w złotych polskich, oraz że wypłata

z instrumentu pochodnego oparta jest na zmianie wartości indeksu. Jeśli chodzi o kwestię wskazanych w Regulaminach udziałów w/w aktywów w funduszach (w każdym przypadku od 0% do 100%), to świadek P. O. wyjaśnił przyczyny konieczności takich zapisów, związane z etapami w funkcjonowaniu funduszu kapitałowego, w którym na samym początku (do czasu dokonania inwestycji w depozyty i instrument pochodny) są wyłącznie środki pieniężne, następnie po sfinalizowaniu transakcji znajdują się aktywa w postaci depozytów i instrumentu pochodnego) a na samym końcu „życia” funduszu, po wpłynięciu środków z depozytów i wypłaceniu kuponów z instrumentu pochodnego znów znajdować się będą wyłącznie środki pieniężne (k.681v.-682). W tych okolicznościach takie zapisy Regulaminów są zrozumiałe. Z kolei w Tabeli opłat i limitów podano terminy nabycia udziałów jednostkowych funduszy i dni wyceny w okresie ubezpieczenia. Powyższe postanowienia wypełniają zatem obowiązki informacyjne nałożone na ubezpieczyciela w § 13 ust. 4 pkt. 3 i pkt. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a umowa ubezpieczenia nie jest nieważna.

Po siódme, nie sposób podzielić zarzutów pozwanego, jakoby umowa grupowego ubezpieczenia była nieważna ze względu na sprzeczność z zasadami współżycia społecznego (zasadą słuszności kontraktowej, zasadą ochrony osób trzecich, zasadą prawa do informacji, zasadą lojalności i zaufania) oraz zawarcie jej z przekroczeniem granic swobody zawierania umów. W świetle powyższych rozważań wskazać należy, że ustalenie wartości jednostek uczestnictwa funduszy kapitałowych i świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela ubezpieczonemu (w tym kwartalnej wypłaty zysków, wartości rachunku udziałów, wartości wykupu) nie miało charakteru dowolnego, oderwanego od mechanizmów rynkowych. Odminną od nieokreślenia sposobu inwestowania i wyceny kapitału kwestią jest okoliczność, że do zweryfikowania i ustalenia ostatecznej bądź bieżącej wartości indeksu, który służył do ustalenia wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia, konieczna jest wiedza wykraczająca poza typową znajomość mechanizmów rynkowych, z reguły niedostępna dla przeciętnego konsumenta. Przystąpienie przez powoda do ubezpieczenia grupowego na warunkach w nim określonych było jednak dobrowolne, zależne od jego decyzji. Powód otrzymał wszystkie wymagane przez przepisy prawa informacje o spornym produkcie ubezpieczeniowym. Brak wiedzy specjalistycznej powoda o tego rodzaju inwestycjach

i związana z tym decyzja o powierzeniu kapitału ubezpieczycielowi celem profesjonalnego zarządzania środkami w sposób w umowie przewidziany, w żaden sposób nie podważa natury tego zobowiązania w rozumieniu art. 353<sup>(1)</sup> k.c., ani nie narusza zasad współżycia społecznego. Wniosek taki uzasadniony jest tym bardziej w sytuacji, gdy

działalność pozwanego (...) regulowana jest przepisami prawa, w tym ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz, obowiązującego w dacie przystępowania powoda do ubezpieczenia, rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz.U. nr 226, poz. 1825),

co wyklucza dowolność działania i stanowi dodatkową gwarancję należytego wykonywania umowy. Oczywistym jest, że inwestowanie środków pieniężnych celem ich pomnażania

w różne przedsięwzięcia finansowe wiąże się na ogół z koniecznością posiadania wyższej od przeciętnej wiedzy ekonomicznej i znajomości odpowiednich instrumentów. Z tych właśnie przyczyn powstało na rynku zapotrzebowanie na instytucje oferujące odpowiednią, profesjonalną obsługę w zakresie pomnażania kapitału należącego do osób nieposiadających koniecznych umiejętności. Dopuszczenie tylko takich sposobów inwestowania kapitału przez osoby fizyczne, w których mechanizmy zarządzania tym kapitałem są zrozumiałe dla przeciętnego odbiorcy, prowadziłoby do ograniczenia im dostępnych możliwości jego pomnażania. Jeśli chodzi o zarzuty co do braku możliwości przewidzenia zachowania się indeksu oraz braku gwarancji osiągnięcia celu inwestycyjnego w postaci ochrony kapitału, to wskazać należy, że z naturą zobowiązań związanych z inwestowaniem kapitału w różne przedsięwzięcia, których efektywność zależy od wielu zmiennych w czasie czynników, związane jest ryzyko finansowe w postaci braku zysku czy wręcz poniesienia straty. Okoliczności te przedstawiono powodowi w przywołanych wyżej dokumentach doręczonych przed złożeniem deklaracji przystąpienia. Jeżeli zaś chodzi o możliwości wpływania konsumenta na wartość zainwestowanych aktywów, to także w przypadku typowych

i powszechnie publikowanych kryteriów ich wyceny jak np. aktualnych wartości akcji spółek notowanych na giełdzie, czy kursów walut, konsument nie ma na nie wpływu (tak również Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku 20.07.2016 r., I ACa 188/16, niepubl.). Na ważność umowy nie wpływa też zastrzeżenie w Warunkach Ubezpieczenia uprawnień pozwanego do podjęcia decyzji o przedłużeniu okresu subskrypcji, o jej odwołaniu lub o odmowie objęcia ochroną ubezpieczeniową konsumenta, gdyż prowadzą one co najwyżej do niedojścia do skutku konkretnych stosunków ubezpieczeniowych, a nie wypaczają sensu umowy ubezpieczenia grupowego zawartej pomiędzy ubezpieczającym i ubezpieczycielem.

W przypadku powoda sytuacje wyżej opisane nie miały zresztą miejsca.

Po ósme, niezasadne są podniesione przez powoda zarzuty obejścia przy zawieraniu przedmiotowej umowy ubezpieczenia przepisów ustaw o pośrednictwie ubezpieczeniowym, o nadzorze nad rynkiem finansowym i o nadzorze ubezpieczeniowym oraz o funduszach inwestycyjnych.

Jeśli chodzi o ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz.U. nr 124, poz. 1154 ze zm.), to powód wymienił szereg jej przepisów – art. 4a w zw.

z art. 12 ust.2, art. 13 ust. 1 pkt. 1, 4 i 4a, art. 26 ust. 1 pkt. 1, 2 i 4 oraz ust. 2, nakładających na pośrednika ubezpieczeniowego obowiązek przekazywania osobie poszukującej ochrony ubezpieczeniowej albo klientowi informacji, w tym dotyczących tego pośrednika; art. 9, art. 23 ust. 1 w zw. z art. 28 ust. 3 pkt. 1 lit a-e, nakładających na pośrednika ubezpieczeniowego obowiązek wykonywania czynności agencyjnych lub brokerskich wyłącznie przez osoby fizyczne spełniające określone wymogi; art. 13 ust. 1 pkt. 3, art. 26 ust. 1 pkt. 2, 3 i 6,

z których wynika obowiązek działania w sposób lojalny i transparentny względem osoby szukającej ochrony ubezpieczeniowej oraz z poszanowaniem praw stron stosunku ubezpieczenia w taki sposób, aby działalność pośrednika ubezpieczeniowego nie prowadziła do konfliktu interesów; art. 18 i art. 21, zgodnie z którymi pośrednik ubezpieczeniowy

w zakresie czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego – podnosząc, że obejście tych przepisów pozwalało ubezpieczającemu wykonywać działalność agencyjną w sposób całkowicie dowolny, bez żadnych ograniczeń

i bez konieczności spełnienia jakichkolwiek obowiązków wynikających z tych przepisów.

W analizowanym przypadku (...) wykonywał na rzecz pozwanego (...) czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w rozumieniu art. 2 ust. 1 i art. 4 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, związane z zawieraniem umów ubezpieczenia w ramach produktu ubezpieczenia grupowego na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). Nie ulega wątpliwości, że banku uprawnione są do występowania w obrocie prawnym w charakterze agentów

ubezpieczeniowym, jeśli spełnią wymagania stawiane w ustawie takim podmiotom. Ubezpieczeniowa działalność agencyjna mieści się w zakresie czynności dozwolonych bankom, stanowiąc „świadczenie innych usług finansowych”, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe. Powód nie wykazał, żeby w rozpatrywanej sprawie naruszone zostały przez ubezpieczającego (ewentualnie przez ubezpieczyciela) zasady wynikające

z przywołanych wyżej przepisów, nie wykazując faktów będących podstawą powyższych zarzutów. Gdyby jednak nawet tak było, nie prowadziłyby to do nieważności umowy ubezpieczenia grupowego (lub stosunków ubezpieczenia nawiązanych na skutek przystąpienia do umowy przez powoda), lecz mogłyby rodzić co najwyżej odpowiedzialność pośrednika ubezpieczeniowego na podstawie art. 47 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Zupełnie niezrozumiałym był zarzut dotyczący obejścia art. 2 ust. 1 i 2 ustawy z dnia

22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym (Dz.U. nr 124, poz. 1153) oraz art. 3 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (Dz.U. nr 157, poz. 1119 ze zm.), czego powód upatrywał w uniemożliwieniu Komisji Nadzoru Finansowego sprawowania nadzoru nad przedmiotową umową ubezpieczenia z uwagi na fakt nazwania pośrednika ubezpieczeniowego ubezpieczającym. Nie sposób zgodzić się z poglądem, żeby wskazany fakt ograniczał w jakikolwiek sposób możliwość sprawowania nadzoru ubezpieczeniowego przez właściwy podmiot nad przedmiotową umową, gdyby organ ten stwierdził podstawy do podjęcia czynności nadzorczych. Tym bardziej trudno przyjąć, że fakt ten miałby prowadzić do nieważności stosunku ubezpieczenia nawiązanego w ramach przedmiotowej umowy.

Niezasadny był także zarzut naruszenia przepisów art. 3 ust. 1-3, art. 4 ust. 1, art. 38 ust. 1 i art. 45 ust. 1 ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych (Dz.U. nr 146, poz. 1546) w celu obejścia nakazu utworzenia funduszu inwestycyjnego w formie osoby prawnej na zasadach określonych w przepisach tej ustawy, obejścia tworzenia funduszu inwestycyjnego wyłącznie przez towarzystwo funduszy inwestycyjnych i obejścia nakazu uzyskania zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego na prowadzenie działalności polegającej wyłącznie na lokowaniu w instrumenty finansowe środków pieniężnych zebranych w drodze proponowania nabycie jednostek uczestnictwa albo certyfikatów inwestycyjnych. Działalność ubezpieczeniowa polega również na tworzeniu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, związanych z umowami ubezpieczenia na życie

z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Jako że już wcześniej Sąd odniósł się już szczegółowo do dopuszczalności takiej konstrukcji umowy ubezpieczenia, jaka została zawarta w analizowanym przypadku, to nie ma potrzeby ponownego przywołania argumentów na poparcie tego stanowiska. Działalność pozwanego podlegała regulacjom przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a nie ustawy o funduszach inwestycyjnych.

W rezultacie roszczenie powoda o zapłatę kwoty 80.412,14 zł z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia powoda kosztem pozwanego na skutek nienależnego świadczenia (art. 410 § 1 k.c. w zw. z art. 405 k.c.) nie zasługiwało na uwzględnienie, skoro nie potwierdziły się zarzuty powoda o nieistnieniu stosunku ubezpieczenia pomiędzy powodem a pozwanym.

Jeśli chodzi o roszczenie o zwrot opłat transakcyjnych pobranych przez ubezpieczyciela ze składek jednorazowych wpłaconych przez powoda, wywodzone

z twierdzenia, że postanowienia wzorca umowy dotyczące opłaty transakcyjnej stanowią niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., zważyć należy, co następuje:

Celem ochrony konsumentów, jako strony ekonomicznie słabszej, ustawodawca

w treści art. 385<sup>1</sup>-385<sup>3</sup> k.c. uregulował kwestię stosowania przez kontrahentów konsumentów, będących profesjonalnymi podmiotami obrotu gospodarczego, niedozwolonych postanowień umownych (tzw. klauzul abuzywnych). Powołane przepisy stanowią implementację dyrektywy Rady Unii Europejskiej nr 93/13/EWG z 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz.Urz. UE 1993 L 95/29). Zgodnie z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione 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. 385<sup>1</sup> § 2 k.c.). W myśl art. 385<sup>1</sup> § 3 k.c. 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. Natomiast art. 385<sup>1</sup> § 4 k.c. stanowi, iż ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje. Zgodnie z art. 385<sup>2</sup> 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. Klauzulę generalną zawartą w art. 385<sup>1</sup> k.c. uzupełnia przykładowa lista „niedozwolonych postanowień umownych” zamieszczona w art. 385<sup>3</sup> k.c. Obejmuje ona najczęściej spotykane w praktyce klauzule, które uznawane są za sprzeczne z dobrymi obyczajami i zarazem rażąco naruszające interesy konsumenta. Ich wspólną cechą jest nierównomierne rozłożenie praw, obowiązków i ryzyka między stronami, prowadzące do zachwiania równowagi kontraktowej. Chodzi tu o takie klauzule, które jedną ze stron (konsumenta) z góry, w oderwaniu od konkretnych okoliczności, stawiają w gorszym (trudniejszym) położeniu. Zamieszczenie w umowie któregoś z postanowień wymienionych przykładowo w tym przepisie znacząco ułatwia wykazanie, że wypełnia ono przesłanki „niedozwolonego postanowienia umownego”. Art. 385<sup>3</sup> k.c. ustanawia domniemanie, że klauzula umowna o określonej w przepisie treści jest „zakazanym postanowieniem umownym”. To „domniemanie” działa „w razie wątpliwości”, a zatem wówczas, gdy pojawią się wątpliwości co do tego, czy dopuszczalne jest posłużenie się określoną klauzulą w obrocie. W innych przypadkach przedsiębiorca musi wykazać, że wprowadzona do umowy klauzula, chociaż o „niedozwolonej” treści, nie kształtuje praw lub obowiązków konsumenta „w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy”. Wobec tego, aby określone postanowienie umowne mogło zostać uznane za niedozwolone postanowienie umowne, spełnione muszą zostać łącznie cztery warunki:

- umowa musi być zawarta z konsumentem,
- postanowienie umowne nie zostało przez strony uzgodnione indywidualnie,
- postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy,
- postanowienie nie dotyczy głównych świadczeń stron, które zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Przenosząc powyższe zasady na grunt niniejszej sprawy wskazać trzeba, że:

1) sporna umowa ubezpieczenia (stosunek ubezpieczenia nawiązany na skutek przystąpienia przez powoda do umowy ubezpieczenia grupowego) została zawarta pomiędzy towarzystwem ubezpieczeń, jako przedsiębiorcą, a powodem, jako konsumentem, 2) postanowienia umowy dotyczące opłaty transakcyjnej nie zostały uzgodnione z powodem indywidualnie, 3) do głównych świadczeń stron nie należała opłata transakcyjna, której wysokość określono w Tabeli opłat i limitów poprzez wskazanie procentowej części składki jednorazowej, z której jest potrącana, 4) postanowienia Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do Warunków Ubezpieczenia, dotyczące opłaty transakcyjnej kształtują prawa i obowiązki powoda (konsumenta) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Oceniając spełnienie wymienionych wyżej przesłanek wskazać trzeba po pierwsze, że zgodnie z art. 43<sup>1</sup> k.c. przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna, o której mowa w art. 33<sup>1</sup> § 1 k.c., prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową. Powyższe kryteria spełnia pozwany zajmujący się profesjonalnie działalnością z dziedziny ubezpieczeń na życie. Konsumentem jest natomiast osoba fizyczna dokonująca czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową (art.

22<sup>1</sup> k.c.). Na gruncie przedmiotowych stosunków ubezpieczenia powód jest konsumentem, albowiem nie zawarł umów ubezpieczenia z pozwanym w związku z żadną prowadzoną przez siebie działalnością gospodarczą lub zawodową, lecz w celu indywidualnego oszczędzania środków finansowych w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych.

Po drugie, zwrócić trzeba uwagę, że wbrew § 14 Warunków Ubezpieczenia brak jest w Tabelach opłat i limitów wyszczególnienia opłaty za zarządzanie. Z treści tych Tabel wynika, że „opłacie za zarządzanie, obejmującej opłatę za ryzyko” wskazanej w § 14 ust. 1 pkt. 1 Warunków Ubezpieczenia odpowiada opłata transakcyjna, w którą wliczona jest opłata za ryzyko. Pozwany nie wykazał, żeby treść Warunków Ubezpieczenia oraz Tabel opłat i limitów były negocjowane z powodem. Wzorce te stanowią dokumenty opracowane przed zawarciem konkretnej umowy ubezpieczenia i wprowadzane są do danego stosunku prawnego przez jedną ze stron w ten sposób, że druga strona nie ma wpływu na ich treść. Są one zwykle opracowywane w oderwaniu od konkretnego stosunku umownego i w sposób jednolity określają treść przyszłych umów. Wobec tego strona, która wyraziła zgodę na stosowanie wzorca nie może według swojej woli i wiedzy zmieniać jego treści. Ustawodawca w przepisie art. 385<sup>(1)</sup> § 1 k.c. posługuje się określeniem „postanowienie umowy” obejmując nim zarówno postanowienie umowy w ścisłym znaczeniu tego terminu (czyli postanowienie treści czynności prawnej objęte konsensem stron), jak i postanowienie wzorców, które wprawdzie „postanowieniami umowy” w ścisłym znaczeniu nie są, ale kształtują, obok nich treść stosunku zobowiązaniowego ( wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 29.11.2011 r., V ACa 546/11, LEX nr 1120399). Z samej nazwy „Warunki Ubezpieczenia” wynika, że warunki te są stosowane przy zawieraniu nieoznaczonej ilości umów i nie zostały ustalone w trakcie zawierania konkretnej umowy. Pozwany nie przedstawił dowodów w celu wykazania, że w niniejszej sprawie było inaczej, ani nie podnosił nawet twierdzeń co do indywidualnego uzgodnienia z powodem wskazanych wyżej regulacji. W konsekwencji pozwany nie wykazał, że postanowienia dotyczące zasad pobierania opłat transakcyjnych

w określonych stawkach procentowych od wartości wpłaconych składek jednorazowych

w okresie pierwszych sześciu miesięcy polisowych zostały uzgodnione indywidualnie

z powodem. Złożenie przez powoda oświadczenia o otrzymaniu Warunków Ubezpieczenia przed podpisaniem deklaracji przystąpienia i o wyrażeniu zgody na objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach w nich określonych nie świadczy w żadnym razie

o indywidualnym uzgodnieniu zawartych w nich postanowień. Samo doręczenie konsumentowi ogólnych warunków ubezpieczenia, zwłaszcza obszernych, nie jest tożsame

z uzgodnieniem treści umowy indywidualnie ( tak też: Sąd Apelacyjny w Krakowie w orz.

z 04.02.2016 r., I ACa 1555/15, LEX nr 2012822). Na gruncie materiału dowodowego sprawy brak było podstaw do stwierdzenia, że powód miał rzeczywisty wpływ na ukształtowanie Warunków Ubezpieczenia oraz Tabeli opłat i limitów, w tym na regulacje dotyczące pobierania przez (...) opłaty transakcyjnej. Jedyną okolicznością, na którą powód miał wpływ przystępując do umowy ubezpieczenia była wysokość wpłaconych składek jednorazowych.

Po trzecie, pobierane przez (...) opłaty transakcyjne nie należą do głównych świadczeń stron, w związku z czym postanowienia ich dotyczące mogą być oceniane w kontekście niedozwolonych postanowień umownych. W doktrynie wskazuje się, że pojęcie „główne świadczenia stron” należy interpretować raczej wąsko, w nawiązaniu do pojęcia elementów umowy przedmiotowo istotnych (A. Rzetecka-Gil, Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania – część ogólna, Komentarz do art. 385<sup>1</sup>). Zatem tylko postanowienia bezpośrednio regulujące elementy przedmiotowo istotne danej umowy można zaliczyć do postanowień określających główne świadczenia stron, do których w przypadku niniejszych umów (stosunków) ubezpieczenia należały – po stronie powoda zapłata składki ubezpieczeniowej, a po stronie towarzystwa ubezpieczeń – wypłata świadczenia ubezpieczeniowego, tj. sumy ubezpieczenia lub wartości rachunku udziałów, w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego albo wypłata wartości wykupu w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia. Natomiast kwestionowane przez powoda postanowienia dotyczące opłaty transakcyjnej – potrącanej przez ubezpieczyciela od wartości składki jednorazowej poprzez umorzenie udziałów jednostkowych z rachunku udziałów – regulują świadczenia poboczne, związane jedynie pośrednio z głównym przedmiotem umowy. W kontekście celu zawarcia umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, jakim jest przede wszystkim inwestowanie środków pieniężnych w celu ich pomnożenia, nie sposób uznać za jej główne świadczenie

opłaty, którą ubezpieczyciel pobiera za obsługę umowy. Świadczenie na poczet takich kosztów nie odnosi się do istoty zawartej umowy, lecz pozostaje poza nią. Sama nazwa „opłata” wskazuje, że stanowi ona jedynie świadczenie uboczne konsumenta za bliżej nieokreślone w umowie czynności (lub koszty) ubezpieczyciela. Nie sposób więc uznać jej za główne świadczenie ubezpieczonego na gruncie umowy ubezpieczenia.

W konsekwencji opłata transakcyjna może być badana pod kątem jej abuzywności.

Po czwarte, postanowienie umowne jest niedozwolone (abuzywne) wówczas, gdy kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz gdy na skutek owej sprzeczności dochodzi do rażącego naruszenia interesów konsumenta. Pod pojęciem „dobrych obyczajów” rozumie się reguły postępowania zgodne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami uznać trzeba działania zmierzające do dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub braku doświadczenia, a więc działania traktowane powszechnie jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające od przyjętych reguł, standardów postępowania. „Rażące naruszenie interesów konsumenta” polega na nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na jego niekorzyść. Ukształtowanie praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami w zakresie treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu klauzul godzących w równowagę kontraktową stron (vide orz. SN z 13.07.2005 r., I CK 832/04, LEX nr 159111). Termin „interesy” konsumenta rozumiany jest szeroko, nie tylko jako interes ekonomiczny (na co wskazuje dodatkowo forma liczby mnogiej), ale również przy uwzględnieniu aspektu zdrowia i dyskomfortu konsumenta, spowodowanego takimi czynnikami, jak strata czasu, dezorganizacja życia, niewygodna, nierzetelne traktowanie, przykrości czy naruszenie prywatności. Ustawodawca poprzez regulację art. 385<sup>1</sup> k.c. chroni konsumenta przed naruszeniem jego interesów w sposób rażący. Określenie „rażący” odnosi się do wypadków znacznego, szczególnie doniosłego odbiegania przyjętego uregulowania od zasad uczciwego wyważenia praw i obowiązków. Jako kryteria oceny przyjmuje się wielkość poniesionych lub grożących strat (kryterium obiektywne), a także względy subiektywne, związane z przedsiębiorcą lub konsumentem. Działanie wbrew „dobrym obyczajom” w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku (orz. Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 13.09.2012 r., VI ACa 461/12, LEX nr 1223500, orz. SN z 13.07.2005. I CK 832/04, Biul. SN 2005/11/13).

Na tym tle kwestionowane przez powoda regulacje dotyczące pobierania przez ubezpieczyciela opłat transakcyjnych w określonej procentowo części składki jednorazowej należało uznać za kształtujące prawa i obowiązki powoda (ubezpieczonego) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające jego interesy. Przywołane wyżej postanowienia obydwu Tabeli opłat i limitów prowadziły do przejścia przez towarzystwo ubezpieczeń w ciągu pierwszych 6 miesięcy okresów ubezpieczenia znacznej części wpłaconych przez powoda środków tytułem składek jednorazowych, poprzez umorzenie udziałów jednostkowych z rachunku udziałów. Wysokość opłat transakcyjnych wynosiła 4,8% albo 5,145% (w zależności od subskrypcji) wartości składki jednorazowej w każdym miesiącu polisowym, w którym opłata była pobierana. Oznacza to, że ubezpieczyciel pobierał z tego tytułu od ubezpieczonego 28,8% (4,8% x 6) albo 30,87% (5,145% x 6) wpłaconych przez powoda środków. Opłaty te pobierane była przy tym przez pozwanego z góry za zarządzenie umową przez cały zakładany dziesięcioletni okres ubezpieczenia, niezależnie od tego, jak długo umowa ta ostatecznie będzie trwać. Zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia ubezpieczony miał prawo do rezygnacji z ubezpieczenia w każdym czasie trwania okresu ubezpieczenia, składając dyspozycję wypłaty wartości wykupu (§ 18 ust. 1 i 2 Warunków Ubezpieczenia), jednak Warunki Ubezpieczenia nie przewidywały w takiej sytuacji rozliczenia pobranej opłaty transakcyjnej (i wliczonej w nią opłaty za ryzyko). W rezultacie wskazane postanowienia Warunków Ubezpieczenia (§ 14 ust. 1 pkt. 1) i Tabeli opłat

i limitów prowadziły do przejścia przez pozwanego znacznej części wartości wpłaconych przez powoda składek jednorazowych na poczet bliżej niesprecyzowanych w umowie ubezpieczenia kosztów związanych z zarządzaniem, co miało też wpływ na wysokość wypłaconej powodowi wartości wykupu, skoro pobrane środki nie były inwestowane w funduszu kapitałowy. Sytuacja obciążenia powoda znacznymi opłatami transakcyjnymi (kosztami zarządzenia umową) za pełne dziesięcioletnie okresy ubezpieczenia, mimo że stosunki ubezpieczenia uległy rozwiązaniu

w czwartym roku polisowym (po około 3,5 roku ich trwania) prowadzi do wniosku, że powyższe regulacje wzorców umowy ukształtowały prawa powoda i jego obowiązki w sposób niedopuszczalny w relacji konsument – przedsiębiorca. Powyższe rozwiązania sprawiały, że pozwany miał prawo do naliczenia rażąco wysokiej opłaty transakcyjnej (za zarządzanie), a powód nie miał możliwości jej uniknięcia czy uchylenia się od obowiązku jej uiszczenia – niezależnie od okoliczności faktycznych danej sprawy, w tym bez uwzględnienia sytuacji rozwiązania stosunków ubezpieczenia przed upływem okresów ubezpieczenia – bowiem strona pozwana ustaloną przez siebie opłatę pobrała sama w drodze umorzenia udziałów jednostkowych z rachunku udziałów. Zachodziła tu zatem rażąca dysproporcja praw i obowiązków stron stosunku zobowiązaniowego.

Pozwany wskazał, że istotną część kosztów, które pokryć miały pobierane opłaty transakcyjne, stanowiła prowizja dla pośrednika ubezpieczeniowego, która wypłacana była za samo doprowadzenie do nawiązanie stosunków ubezpieczenia, niezależnie od tego, jak długo one ostatecznie trwały. Wynagrodzenie pośrednika ubezpieczeniowego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia nie jest jednak wydatkiem związanym z obsługą umowy ubezpieczenia, lecz kosztem działalności towarzystwa ubezpieczeń w ogólności, stanowiąc, jak przypadku wielu innych podmiotów gospodarczych, koszty związane

z uzyskaniem konkretnych dochodów. Przyjęcie stanowiska, że pobierane opłaty za zarządzanie w ramach konkretnych stosunków ubezpieczeniowych mają służyć do zrefundowania tego rodzaju kosztów prowadziłyby do przerzucenia ryzyka prowadzonej działalności gospodarczej na ubezpieczonych. Zwrócić tu przy tym trzeba uwagę, że pozwany nie wyjaśnił powodowi (konsumentowi) w momencie składania deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia grupowego, na czym polega przedmiotowa opłata i za jakie wzajemne świadczenia pozwanego jest pobierana. We wzorcu próżno bowiem szukać jakiegokolwiek definicji tejże opłaty. W sytuacji, gdy opłata transakcyjna (za zarządzanie) jest pobierana na początku obowiązywania umowy ubezpieczenia i pochłania znaczną część powierzonych ubezpieczycielowi środków pieniężnych w celu ich inwestycji w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, a umowa nie przewiduje zwrotu odpowiedniej części takiej opłaty w razie rezygnacji z ubezpieczenia w trakcie okresu ubezpieczenia, to tak ukształtowany mechanizm pobierania opłaty uzasadnia wniosek, że opłata w takiej formie stanowi rodzaj sankcji na wypadek wcześniejszej rezygnacji z ubezpieczenia. Ukształtowane w ten sposób postanowienia umowne naruszają dobre obyczaje, gdyż sankcjonują przejście przez ubezpieczyciela znacznej części powierzonych przez ubezpieczonego środków pieniężnych, bez względu na okres faktycznej obsługi ubezpieczenia przez pozwanego, a zatem

i w oderwaniu od faktycznie ponoszonych kosztów w ramach konkretnego stosunku ubezpieczenia. Wprowadzenie do wzorców umowy takich postanowień nie może znaleźć akceptacji w kontekście dobrych obyczajów, lecz musi być uznane za działanie rażąco naruszające interesy konsumenta, którym jest powód. Wypełnia to dyspozycję przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

Biorąc pod uwagę powyższe Sąd stwierdził, że postanowienia § 14 ust. 1 pkt. 1 oraz Tabeli opłat i limitów, zgodnie z którymi (...) było uprawnione do pobierania opłat transakcyjnych w pierwszych sześciu miesiącach polisowych we wskazanych

w Tabelach wysokościach, spełniają przesłanki uznania ich za niedozwolone postanowienia umowne w ramach incydentalnej kontroli wzorca umownego, gdyż kształtują one prawa

i obowiązki konsumenta (ubezpieczonego) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszają jego interes. W konsekwencji należy uznać, że pozwane (...) bezpodstawnie pobrało ze środków wpłaconych przez powoda tytułem składek jednorazowych opłaty transakcyjne dające łącznie sumę 60.690,06 zł (14.397,02 + 15.432,01 zł + 7.714,51 zł + 7.714,51 zł + 15.432,01 zł). Skoro bowiem postanowienia wzorców umowy w zakresie opłaty transakcyjnej zostały uznane za abuzywne, to zgodnie z art. 385<sup>(1)</sup> § 1 k.c.

w tym zakresie uważa się je za nieistniejące. Tym samym umowa nie daje pozwanemu prawa do pobierania opłaty transakcyjnej.

Roszczenie powoda o zwrot powyższej sumy znajduje uzasadnienie w przepisach

o bezpodstawnym wzbogaceniu (art. 405 i nast. k.c.) W myśl 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. Zobowiązanie

z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia powstaje przy zaistnieniu trzech przesłanek. Po pierwsze, korzyść musi być uzyskana bez podstawy prawnej, co ma miejsce, gdy u jej podstaw nie leży ani czynność prawna, ani przepis ustawy, ani orzeczenie sądu lub decyzja administracyjna. Po drugie, korzyść musi mieć wartość majątkową, możliwą do określenia w pieniądzu. Po trzecie, korzyść musi być uzyskana kosztem innej osoby, co oznacza istnienie powiązania pomiędzy wzbogaceniem po jednej stronie, a zubożeniem po drugiej stronie. Szczególnym rodzajem bezpodstawnego wzbogacenia jest tzw. świadczenie nienależne, o którym mowa w art. 410 k.c. Świadczenie jest nienależne w sytuacjach określonych w art. 410 § 2 k.c., w tym również w przypadku, gdy spełniający świadczenie nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył. Sytuacje kwalifikowane jako świadczenie nienależne zakładają uzyskanie korzyści majątkowej w następstwie świadczenia, czyli zachowania zmierzającego do wykonania zobowiązania. W niniejszej sprawie pobranie przez pozwanego części środków pochodzących ze składek jednorazowych wpłaconych przez powoda w kwocie łącznej 60.690,06 zł nastąpiło bez właściwej podstawy prawnej, zatem pozwany stał się bezpodstawnie wzbogaony kosztem powoda w zakresie tej kwoty. Wobec tego pozwany obowiązany jest do zwrotu tej kwoty powodowi.

Powodowi należą się również odsetki ustawowe od powyższej należności z tytułu opóźnienia w jej zapłacie przez pozwanego. Stosownie do art. 481 § 1 i 2 k.c., jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności, a jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych. Termin zapłaty wskazanej sumy nie był oznaczony, ani nie wynikał z właściwości zobowiązania, zatem świadczenie to powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu pozwanego do zapłaty (art. 455 k.c.). Jako że powód wezwał pozwanego do zwrotu pobranych opłat transakcyjnych w dniu 12 kwietnia 2016 r., wyznaczając terminy 14 dni do zapłaty, to terminy te upłynęły 26 kwietnia 2016 r. Pozwany znalazł się zatem w opóźnieniu w zapłacie w dniu 27 kwietnia 2016 r., co uzasadniało zasądzenie odsetek od tej daty, zgodnie z żądaniem pozwu.

Niezasadny był zarzut przedawnienia powyższych roszczeń powoda podniesiony przez pozwanego. Dochodząc zwrotu nienależnie pobranych opłat transakcyjnych powód nie dochodził roszczeń z umowy ubezpieczenia, lecz z tytułu nienależnego świadczenia. Nie znajdował tu więc zastosowania trzyletni termin przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia określony w art. 819 § 1 k.c., lecz ogólne terminy przedawnienia określone w art. 118 k.c. Świadczenie polegające na zwrocie nienależnego świadczenia jest świadczeniem jednorazowym, które przedawnia się z upływem 10 lat. Roszczenia powoda

o zwrot nienależnie pobranych środków na poczet opłat transakcyjnych (pobranych przez pozwanego w okresie od listopada 2011 r. do lipca 2012 r.) nie przedawniły się zatem przed wniesieniem pozwu, co miało miejsce w dniu 23 maja 2016 r.

Z opisanych wyżej przyczyn, Sąd orzekł jak w pkt. I i II sentencji wyroku na podstawie powołanych przepisów.

Orzekając o kosztach postępowania w pkt. III sentencji wyroku Sąd stosunkowo rozdzielił je pomiędzy stronami na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c., odpowiednio do wyniku sprawy. Z dochodzonej kwoty 80.402,14 zł Sąd zasądził na rzecz powoda kwotę 60.690,06 zł. Powód wygrał zatem sprawę w 75,48% (60.690,06 zł / 80.402,14 zł x 100) a przegrał w 24,52%, zaś w tym stosunku wygrał sprawę pozwany. Zatem strony powinny ponieść koszty w następujących udziałach: powód w 24,52%, pozwany w 75,48%. Koszty powoda niezbędne do celowego dochodzenia praw w niniejszej sprawie wyniosły łącznie 11.238 zł, na co składają się uiszczona opłata sądowa od pozwu w wysokości 4.021 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa procesowego w wysokości 17 zł i wynagrodzenie pełnomocnika procesowego w wysokości 7.200 zł, ustalone stosownie do § 2 pkt. 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców,

w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia pozwu (tekst jedn.: Dz.U. z 2015 r., poz. 1804). Koszty pozwanego niezbędne do celowej obrony wyniosły natomiast 7.217 zł, na co składają się opłata skarbową od pełnomocnictwa procesowego w wysokości 17 zł i wynagrodzenie pełnomocnika procesowego w wysokości 7.200 zł, ustalone analogicznie jak w przypadku powoda. Suma kosztów obydwu stron w niniejszej sprawie wyniosła zatem 18.455 zł. Pozwany stosownie do wyniku sprawy powinien pokryć koszty procesu w wysokości 13.929,83 zł ( $18.455 \text{ zł} \times 75,45\%$ ), a poniósł koszty w wysokości 7.217 zł. Wobec tego pozwany winien zwrócić powodowi część kosztów postępowania w wysokości 6.712,83 zł ( $13.929,83 \text{ zł} \text{ minus } 7.217 \text{ zł}$ ).