

Sygn. akt XXV C 725/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 maja 2020 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: Sędzia del. Edyta Bryzgalska

Protokolant: protokolant sądowy Weronika Kutyla

po rozpoznaniu w dniu 26 maja 2020 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa D. K.

przeciwko (...) Spółka Akcyjna z siedzibą we W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego (...) Spółka Akcyjna z siedzibą we W. na rzecz powódki D. K. kwotę 92.386,12 zł (słownie: dziewięćdziesiąt dwa tysiące trzysta osiemdziesiąt sześć złotych i 12/100) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 10 listopada 2016 r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanego (...) Spółka Akcyjna z siedzibą we W. na rzecz powódki D. K. kwotę 10.037 zł (słownie: dziesięć tysięcy trzydzieści siedem złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 5.400 zł (słownie: pięć tysięcy czterysta złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego oraz kwotę 17 zł (słownie: siedemnaście złotych) tytułem zwrotu opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Sygn. akt XXV C 725/17

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym w dniu 30 grudnia 2016 r. (data nadania k.106) powódka D. K. wystąpiła przeciwko pozwanemu (...) S.A. we W. o zapłatę kwoty 92.386,12 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 10 listopada 2016 r. do dnia zapłaty oraz kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych, żądając wydania nakazu zapłaty w postępowaniu upominawczym.

W uzasadnieniu pozwu wskazała, że dochodzone pozwem roszczenie wynika z nieważnej umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie (...), powiązanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „(...)”, która została zawarta pomiędzy (...)S.A. jako ubezpieczycielem a (...)S.A. jako ubezpieczającym. W wykonaniu zawartej umowy powódka wpłaciła na rzecz pozwanego pierwszą składkę ubezpieczeniową w wysokości 42.750 zł oraz bieżące składki po 1.292 zł każda, co do momentu złożenia rezygnacji z ubezpieczenia dało łącznie kwotę 126.730 zł. W piątym roku obowiązywania umowy powódka zrezygnowała z ubezpieczenia z uwagi na bardzo niską wartość jednostek uczestnictwa. W dniu 10 listopada 2016 r. pozwany po umorzeniu jednostek uczestnictwa i potrąceniu opłaty likwidacyjnej, wypłacił powódce 34.343,88 zł. Różnica między sumą wpłaconą przez powódkę a kwotą dotychczas otrzymaną z tytułu umowy ubezpieczenia wynosi 92.386,12 zł, stanowiąc kwotę objętą powództwem. Strona powodowa nieważności umowy ubezpieczenia grupowego upatrywała w braku precyzyjnego określenia zasad wyceny aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, będących podstawą do ustalenia wysokości świadczenia należnego ubezpieczonemu, co stanowi naruszenie art. 353⁽¹⁾ k.c. w zw. z art. 58

k.c. (brak określenia przyjętego modelu wyceny oraz metody ustalania indeksu). Zdaniem powódki nie określenie w umowie świadczenia należnego ubezpieczonemu w sposób stanowczy i konkretny pozostaje w sprzeczności z naturą stosunku zobowiązaniowego. Pozwany może bowiem dowolnie, w drodze arbitralnych decyzji kształtować wielkość świadczenia ubezpieczeniowego. Powódka podniosła także, że przedmiotowa umowa jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego. Ponadto powódka wskazała na nieważny charakter złożonej deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia z uwagi na sprzeczność jej treści z bezwzględnie obowiązującym przepisem art. 829 § 2 k.c., który przesądza o konieczności objęcia oświadczeniem woli o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia sumy ubezpieczenia, której w przedmiotowej deklaracji zabrakło. Powódka podniosła nadto, że ponieważ w umowie brak jest wskazania obiektywnie istniejącego miernika wartości, sprawdzalnego dla obu stron i od obu stron niezależnego, nie jest ona w stanie ocenić czy pozwany wywiązał się w trakcie umowy z nałożonych na niego obowiązków.

Niezależnie od podnoszonej nieważności umowy strona powodowa wskazała na abuzywność postanowień umownych upoważniających Towarzystwo do pomniejszenia kwoty wypłacanej klientowi w związku z rozwiązaniem umowy o zryczałtowaną opłatę likwidacyjną, która w przypadku powódki wyniosła 60% wartości rachunku. W przypadku nieuwzględnienia żądania głównego powódka jako roszczenie ewentualne zgłosiła żądanie zapłaty kwoty stanowiącej bezprawnie pobraną opłatę likwidacyjną.

Nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym z dnia 14 lutego 2017 r. Sąd uwzględnił żądanie pozwu (nakaz k.108).

Pozwany w ustawowym terminie wniósł sprzeciw, w którym zaskarżył nakaz zapłaty w całości i wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł.

Pozwany podniósł zarzut braku legitymacji powódki do żądania unieważnienia umowy grupowego ubezpieczenia na życie, gdyż nie posiada statusu strony tychże umów. Umowa została zawarta pomiędzy dwoma przedsiębiorcami – pozwanym jako ubezpieczycielem oraz (...) S.A. jako ubezpieczającym. Powódka jako ubezpieczona może być co najwyżej uczestnikiem stosunku ubezpieczeniowego. Żaden przepis prawa nie nakłada na ubezpieczyciela obowiązku indywidualnego uzgadniania treści umowy ubezpieczenia z ubezpieczonymi w umowach ubezpieczenia grupowego. Zdaniem pozwanego samo roszczenie o zwrot składki może przysługiwać ubezpieczającemu, a nie ubezpieczonemu, wobec czego pozwany nie jest legitymowany biernie. Pozwany wskazał nadto, że roszczenie o ustalenie nieważności umowy i roszczenie o dokonanie przez Sąd indywidualnej kontroli wzorca to dwa różne roszczenia, oparte na różnych przesłankach, które wzajemnie się wykluczają oraz wymagają dokonania odmiennych ustaleń faktycznych. Pozwany stoi na stanowisku, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest umową nazwaną, a wynikające z niej świadczenia są zgodne

z naturą stosunku prawnego umowy ubezpieczenia na życie. Z uwagi na dominujący cel inwestycyjny suma ubezpieczenia jest ustalana z uwzględnieniem wyników inwestycyjnych osiąganych przez ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, w które inwestowane są środki ubezpieczającego. Pozwany wskazał ponadto, że jest obowiązany przepisami prawa do prowadzenia działalności rentowej, a więc takiego kalkulowania produktów ubezpieczeniowych, aby nie została zagrożona płynność finansowa Towarzystwa Ubezpieczeniowego. Wysokie koszty początkowe ponoszone przez pozwanego są następnie amortyzowane przez cały okres trwania umowy z opłat pobieranych przez pozwanego.

W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia w momencie, w którym koszty nie zostały jeszcze zamortyzowane z pobieranych przez pozwanego opłat, pojawia się potrzeba jednorazowego rozliczenia niezamortyzowanej części poniesionych kosztów początkowych. Dlatego też opłata likwidacyjna w początkowym okresie obowiązywania umowy została skalkulowana na tak wysokim poziomie. Pozwany zanegował dowolne określanie świadczeń przysługujących powódce z kwestionowanej umowy. Podniósł, że w certyfikacie wskazano zarówno sumę ubezpieczenia z tytułu zgonu jak i z tytułu dożycia. Ubezpieczyciel wskazał, że wycena aktywów (...) dokonywana jest zgodnie z § 4 ust. 2 i 5 Regulaminu Funduszy. Wartość certyfikatu jest uzależniona od indeksu, który jest dostępny publicznie w serwisie (...). Wycena jednostki uczestnictwa jest publikowana codziennie na stronie internetowej pozwanego,

podobnie jak sprawozdanie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Ponadto klient może sprawdzić wartość swojego rachunku w dedykowanej aplikacji internetowej. Poszczególni uczestnicy ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie są w stanie indywidualnie dokonywać wyceny Funduszu z uwagi na brak wystarczających danych niezbędnych do przeprowadzenia wyceny. Pozwany zanegował nadto kształtowanie wartości jednostki uczestnictwa w dowolny sposób, wskazując, że wartość ta zależy od wyceny instrumentów finansowych, której dokonuje uznany międzynarodowy podmiot finansowy, niezależny od pozwanego. Pozwany podniósł też, że wartość indeksu jest obliczana codziennie i podawana w PLN przez tzw. agenta kalkulacyjnego wg określonej i stałej metodologii. Zdaniem pozwanego kwestionowana umowa nie narusza zasady swobody umów albowiem dla ważności umowy nie ma znaczenia fakt czy metoda wyceny została zawarta w treści umowy ani czy jest znana stronom i zrozumiała dla nich, o ile istnieje obiektywny charakter dokonanej wyceny. Także nie zawarcie w umowie metody obliczania wartości indeksu bazowego nie narusza art. 353⁽¹⁾k.c. albowiem umowa w sposób wystarczająco precyzyjny określa sposób w jaki zostanie obliczone świadczenie, wskazując na użyte indeksy oraz tłumacząc wartość których dóbr wpływa na wartość indeksu. Pozwany podniósł nadto, że sposób wyceny (...) regulują przepisy prawa i strony nie mogą tej kwestii uregulować odmiennie. Na wartość wyceny funduszu wpływają także czynniki rynkowe, niezależne od pozwanego. Co więcej, jak opisano w Regulaminie, wartość jednostki uczestnictwa stanowiła pochodną wartości aktywów funduszu, które z kolei składały się z certyfikatów emitowanych przez zewnętrzny podmiot (...). Podmiot ten de facto dokonywał wyceny przy uwzględnieniu czynników obiektywnych. Zastosowanie zaś dźwigni finansowej powoduje, że wycena wartości udziału jednostkowego jest wrażliwa na czynniki rynkowe. Istotą umowy ubezpieczenia z (...) jest natomiast ryzyko inwestycyjne.

Według pozwanego umowa ubezpieczenia z (...) nie zawiera także postanowień abuzywnych w rozumieniu art. 385⁽¹⁾§ 1 k.c. Umowa została zawarta w drodze negocjacji pomiędzy dwoma przedsiębiorcami, nie kształtuje praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, nie narusza w rażący sposób interesów konsumenta,

a postanowienia, których abuzywność zarzuca powódka stanowią główne świadczenia stron sformułowane w sposób jednoznaczny. Zdaniem pozwanego Całkowity Wykup jest głównym świadczeniem pozwanego z umowy ubezpieczenia z (...) wobec czego nie może zostać uznane za postanowienie niedozwolone (art. 385⁽¹⁾§ 1 zd. 2 k.c.). Opłata likwidacyjna jest ekonomiczną konsekwencją konieczności zabezpieczenia interesów ubezpieczyciela oraz pozostałych klientów. Pozwany odwołał się również do wzoru przeciętnego konsumenta, wskazując, że powódka zdawała sobie sprawę z postanowień umownych przewidujących pobieranie dodatkowych opłat w związku z rezygnacją z ubezpieczenia. Ponadto pozwany podniósł, że Sąd Najwyższy w ostatnim swoim orzecznictwie odszedł od tzw. rozszerzonej prawomocności rejestru klauzul abuzywnych po stronie biernej (sprzeciw k.114-137).

W piśmie procesowym z dnia 22 lutego 2019 r. powódka sprecyzowała żądanie ewentualne w zakresie uznania postanowień o opłacie likwidacyjnej za niedozwolone, wnosząc o zasądzenie kwoty 34.343,89 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 10 listopada 2016 r. do dnia zapłaty (pismo k.397).

W dalszych pismach procesowych oraz na rozprawie w dniu 26 maja 2020 r., na której zamknięto rozprawę, strony podtrzymały dotychczas prezentowane stanowiska, dokonując jedynie ich uszczegółowienia w miarę zgłaszania twierdzeń i zarzutów przeciwnika procesowego (protokół z rozprawy w dniu 26 maja 2020 r. k.523-524).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka jest z wykształcenia (...).

W 2011 r. D. K. dowiedziała się od znajomych o możliwości inwestycji zaoszczędzonych środków pieniężnych w produkt inwestycyjny, który może przynieść korzyści finansowe. Powódka chciała zapewnić lepszy start w życiu swoim wnukom. W tym celu udała się do (...) S.A. Na pierwszym spotkaniu zaproponowano powódce polisę ubezpieczeniową z inwestycją kapitałową. Doradca przedstawił powódce ofertę. W zakresie lokowania środków wpłacanych przez potencjalnych ubezpieczonych, poinformowano powódkę, że będą one inwestowane w certyfikaty, emitowane przez

(...). W momencie przystępowania do umowy doradca nie przekazywał informacji o metodzie wyceny stosowanej przez ubezpieczyciela (pozwaną) albowiem sam jej nie znał. Wskazał jedynie, że wycena tych certyfikatów będzie opierała się na wycenie rynkowej. Doradca nie wyjaśniał dlaczego jest pobierana opłata likwidacyjna ani też jak są skalkulowane opłaty: za zarządzanie i likwidacyjna albowiem takiej wiedzy nie posiadał. Przystępując do grupowej umowy ubezpieczenia, powódka miała świadomość ryzyka inwestycyjnego, które było przedmiotem rozmów podczas spotkania informacyjnego. Doradca nie zapewniał powódki o zysku. Powódka już wcześniej inwestowała w akcje i obligacje, więc mechanizm ryzyka był jej znany. Powódka wiedziała ponadto, że jest to produkt długoterminowy. Poinformował ją o tym doradca, zapoznając ją jednocześnie z opłatami za wcześniejszą rezygnację. Rozważając inwestycję oraz przystępując do umowy grupowego ubezpieczenia na życie powódka nie zakładała rezygnacji przed upływem powyższego okresu.

dowód: wyjaśnienia powódki w charakterze strony 00:06:07, 00:08:39, 00:10:58, 00:18:03 k.398-399v w zw. z k. 523-523v., zeznania świadka M. S. (1) 00:18:00, 00:22:44, 00:31:38 k.516-517

Po spotkaniu doradca przesłał powódce maila z podsumowaniem spotkania oraz załącznikami do umowy, w tym warunkami umowy celem przeanalizowania oferty (dowód: zeznania świadka M. S. (1) 00:18:00, 00:31:38 k.516v-517, wyjaśnienia powódki w charakterze strony 00:19:55 k.399)

W dniu 30 maja 2011 r. D. K. jako ubezpieczony i jednocześnie konsument w rozumieniu art. 22⁽¹⁾ k.c. przystąpiła do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie (...). Ubezpieczającym był (...) S.A. z siedzibą w W.. Ubezpieczycielem (...) S.A. z siedzibą we W.. Warunki umowy ubezpieczenia grupowego zostały wynegocjowane przez strony, które ją zawarły, a zatem przez pozwaną i (...) S.A. Przystępująca do umowy powódka jako klient indywidualny nie miała wpływu na treść postanowień umownych.

(...) S.A. we W. zapłaciło (...) S.A. z siedzibą w W. za usługi pośrednictwa kwotę 4.717.440 zł (dowód: faktura k.155, potwierdzenie transakcji k.156).

Według deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia składka zainwestowana wynosiła 213.750 zł. Składkę Pierwszą ustalono na kwotę 42.750 zł, zaś każdą Składkę Bieżącą na kwotę 1.292 zł. Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu wynosiła: 1% Składki zainwestowanej + (liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu w dacie umorzenia x Wartość Jednostki Uczestnictwa w dacie zgonu Ubezpieczonego). Sumę ubezpieczenia z tytułu dożycia określono na 100% wartości rachunku w dacie umorzenia. Okres ubezpieczenia ustalono na 180 miesięcy, a jako alokację środków pieniężnych wskazano na (...). Powódka w deklaracji przystąpienia złożyła nadto oświadczenie, że wyraża zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową przez (...) S.A. z siedzibą we W..

dowód: Deklaracja przystąpienia (...) k. 153-153v

W myśl Załącznika nr 1 do Deklaracji przystąpienia okres subskrypcji, w którym klient ma możliwość przystąpienia do ubezpieczenia rozpoczyna się 1 maja 2011 r., a kończy 31 maja 2011 r. Dodatkowo w treści załącznika określono daty obserwacji współczynników (...) i (...), odpowiednio dla(...): 10 czerwca 2011 r, a dla (...): 8 czerwca 2026 r.

dowód: Załącznik nr 1 do Deklaracji Przystąpienia k.154

Integralną część umowy stanowiły: Warunki Ubezpieczenia (...), a także (...)” i Tabela Opłat i Limitów Składek, których otrzymanie przed przystąpieniem do powyższej umowy D. K. potwierdziła własnoręcznym podpisem.

dowód: odpis Deklaracji przystąpienia (...) k.153-153v., odpis Załącznika nr 1 do Deklaracji Przystąpienia k.154; odpis Warunków (...) k.16-24 wraz z załącznikiem k.25-26; odpis Regulaminu k.29-31

Powódka otrzymała certyfikat Seria i Nr (...) z dnia 8 czerwca 2011 r. potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) (...). Jaka początek okresu odpowiedzialności wskazano 08.06.2011 r., a jako datę zakończenia okresu odpowiedzialności – 08.06.2026 r. Wysokość świadczenia

ubezpieczeniowego z tytułu zgonu oraz wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia do końca okresu odpowiedzialności określono jak w deklaracji przystąpienia.

dowód: certyfikat k.14

Warunki (...) posługiwały się m.in. następującymi pojęciami zdefiniowanymi w Rozdziale 1: Świadczenie Ubezpieczeniowe – świadczenie pieniężne Ubezpieczyciela wypłacane Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zgon Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub dożycie przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia; Wartość aktywów netto – wartość wszystkich aktywów (...) pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ustalana zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie (...) (...); Wartość jednostki uczestnictwa – wartość stanowiąca iloraz Wartości aktywów netto (...) oraz liczby wszystkich jednostek Uczestnictwa Funduszu Kapitałowego, obliczona zgodnie we wskazanym w warunkach wzorem; Wartość rachunku – wartość stanowiąca iloczyn bieżącej liczby jednostek Uczestnictwa Funduszu znajdującej się na Rachunku oraz aktualnej na dany dzień Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu, obliczona zgodnie we wskazanym w warunkach wzorem; Całkowity Wykup – zamiana przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu zapisanych na Rachunku na środki pieniężne na zasadach określonych w Rozdziale 14; Data Umorzenia – data zamiany przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu na środki pieniężne; Jednostki Uczestnictwa Funduszu – wyodrębniona część Aktywów (...), jednostki Uczestnictwa Funduszu posiadają jednakową wartość i reprezentują prawa majątkowe uczestników (...), Jednostki Uczestnictwa Funduszu nie stanowią odrębnego od Umowy prawa, nie mogą być zbywane na rzecz osób trzecich, nie są oprocentowane; Składka Zainwestowana – wskazana w Deklaracji Przystąpienia kwota, która zostanie zainwestowana w (...) w ciągu całego Okresu odpowiedzialności;(…) – wydzielony fundusz aktywów Ubezpieczyciela, inwestowany zgodnie z przyjętą w Regulaminie (...) (...)” strategią inwestycyjną.

dowód: Rozdział 1 pkt 23, 34, 30, 31, 32, 3, 6, 11, 22, 27 Warunków (...) k.16-24 wraz z załącznikiem k.25-26

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu na wypadek zgonu w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub dożycia Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia. Ponadto celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych Ubezpieczonego przy wykorzystaniu (...).

dowód: Rozdział 2 Warunków (...)k.16-24 wraz z załącznikiem k.25-26

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego kończy się z upływem 180 miesięcy a także m.in.: z dniem zgonu Ubezpieczonego lub z dniem rezygnacji przez Ubezpieczonego z ubezpieczenia (dowód: Rozdział 3 Warunków (...) k.16-24 wraz z załącznikiem k.25-26).

Warunkiem objęcia Ochroną ubezpieczeniową było złożenie przez Klienta – za pośrednictwem Ubezpieczającego – Deklaracji Przystąpienia oraz zapłacenie Składki Pierwszej oraz pierwszej Składki Bieżącej w wysokości zadeklarowanej w Deklaracji Przystąpienia, o czym stanowił Rozdział 4 pkt 1 Warunków (...) (dowód: Warunki (...) k.16-24 wraz z załącznikiem k.25-26).

(...) jest podzielony na jednostki Uczestnictwa Funduszu reprezentujące udziały Ubezpieczonych w Aktywach (...). Jednostki Uczestnictwa Funduszu nie przyznawały Ubezpieczonemu prawa do aktywów Ubezpieczyciela. Zasady funkcjonowania (...) „(...) (...)”, w szczególności sposób lokowania środków (...) oraz sposób wyceny jednostek Uczestnictwa Funduszu regulował Regulamin (...) (...) (...).

dowód: Rozdział 7 pkt 1 i 2 Warunków (...) k. 16-24 wraz z załącznikiem k.25-26

Ubezpieczyciel w ciągu 14 dni roboczych od dnia zakończenia Okresu Subskrypcji, dokonywał pierwszego nabycia Jednostek Uczestnictwa Funduszu i zapisania ich na rachunku. Pierwsze nabycie następowało za Składkę Pierwszą oraz pierwszą Składkę Bieżącą po pomniejszeniu o opłatę za zarządzanie (dowód: Rozdział 4 pkt 10 Warunki (...) k.16-24 wraz z załącznikiem k.25-26).

Ubezpieczyciel pobierał opłatę za zarządzanie, w ramach, której pobierano opłatę za ryzyko oraz opłatę likwidacyjną. Wysokość opłat określa Tabela Opłat i Limitów Składek. Zgodnie z Rozdziałem 8 pkt 3 opłata za zarządzanie jest naliczana procentowo zgodnie

z Tabelą Opłat i Limitów Składek od wartości Składki Zainwestowanej i jest pobierana miesięcznie ze Składki Bieżącej w Dacie nabycia. Natomiast opłata likwidacyjna jest naliczana i pobierana, w przypadku C. wykupu, procentowo zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek od wartości umorzonych Jednostek Uczestnictwa Funduszu z Rachunku. Pobranie następowało poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej Ubezpieczonemu o wartość Opłaty Likwidacyjnej. Opłata za ryzyko była opłatą pobieraną z tytułu udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach Opłaty za zarządzanie (dowód: Rozdział 8 ust. 1-5 Warunków (...) k.16-24 wraz z załącznikiem k.25-26).

Opłata likwidacyjna miała za zadanie de facto rozliczyć koszty dystrybucji ubezpieczenia, których Ubezpieczyciel nie może już rozliczyć w związku z rezygnacją

z ubezpieczenia tj. z pozostałych składek bieżących, a konkretnie z części wyłączonej

z inwestowania w (...). W momencie przystępowania do grupowego ubezpieczenia na życie z (...), powódka jako klient indywidualny nie była informowana o strukturze wszystkich kosztów związanych z umową, w tym kosztów dystrybucji, mających wpływ na wysokość opłaty likwidacyjnej. W otrzymanym certyfikacie potwierdzającym objęcie ochroną ubezpieczeniową, powódka mogła jedynie zapoznać się z procentową wysokością opłaty likwidacyjnej, uzależnioną od wartości rachunku oraz okresu, w którym nastąpiła rezygnacja z ubezpieczenia.

dowód: zeznania świadka M. S. (2) protokół elektroniczny rozprawy z 27.05.2019 r. k.487

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek do Umowy z (...) opłata likwidacyjna przez pierwsze trzy lata trwania okresu odpowiedzialności wynosiła 80 % wartości rachunku. W latach następnych jej wysokość malała wynosząc po okresie 4 lat – 70 %, 5 lat – 60 %, 6 lat – 50%, 7 lat – 40%, 8 lat – 30%, 9 lat – 25%, 10 lat – 20%, 11 lat – 15%, 12 lat – 10%, 13 lat – 5%, 14 – 15 lat – 5% wartości rachunku.

dowód: Tabela Opłat i Limitów k.14v i 27

Zgodnie z Rozdziałem 10 Warunków Ubezpieczenia w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłacał Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu Świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności wynosiła 100% Wartości Rachunku

w Dacie Umorzenia, ustalonej zgodnie z zapisami § 4 ust. 5 Regulaminu (...). Była ona ustalana po umorzeniu na rachunku Jednostek Uczestnictwa Funduszu, które następowała w terminie 25 dni po zakończeniu Okresu odpowiedzialności według wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia. Po zakończeniu Okresu odpowiedzialności certyfikaty gwarantują zwrot kwoty odpowiadającej Składce Zainwestowanej, a Wartość Rachunku miała zostać obliczona wzorem: wartość nominalna x (1 + MAX [0%; I. dzielony przez I. – 1]).

Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego ustalana jest po umorzeniu na Rachunku Jednostek Uczestnictwa Funduszu. Umorzenie wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia uzyskania przez Ubezpieczyciela aktu zgonu Ubezpieczonego. Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ustalana jest według wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu z daty zgonu.

Wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego regulował szczegółowo rozdział 12 Warunków (...).

dowód: Rozdział 10 i 12 Warunków (...) k.16-24 wraz z załącznikiem k.25-26, § 4 ust. 5 Regulaminu (...)” k.29-31

W Rozdziale 14 Warunków Ubezpieczenia (...) uregulowano możliwość zrezygnowania z ubezpieczenia i całkowity wykup. Zgodnie z postanowieniami tego rozdziału Klient w Okresie Subskrypcji lub Ubezpieczony po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, mógł zrezygnować z ubezpieczenia z zachowaniem formy pisemnej.

W razie rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel w terminie 35 dni od dnia otrzymania oryginału oświadczenia w tym zakresie, wypłaca środki z tytułu Całkowitego Wykupu Ubezpieczonemu na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia. W przypadku Całkowitego Wykupu Ubezpieczyciel wypłaca kwotę równą Wartości Rachunku pomniejszoną o Oplatę Likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących).

dowód: Rozdział 14 pkt 1, 4 i 6 Warunków (...) k. 16-24 wraz z załącznikiem k.25-26

Ubezpieczający, nie rzadziej niż raz w roku, zobowiązał się pisemnie informować Ubezpieczonego o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących na określony dzień z tytułu Umowy, ustalonych przy założeniu, że w tym dniu nastąpiłoby Zdarzenie ubezpieczeniowe lub ustalana byłaby wartość Całkowitego wykupu, niezwłocznie po otrzymaniu o tym informacji od Ubezpieczyciela.

dowód: Rozdział 15 ust. 3 Warunków Ubezpieczenia (...)– k. 16-24 wraz z załącznikiem k.25-26

Ponadto ubezpieczony mógł zapoznać się z wyceną wartości Jednostek Uczestnictwa Funduszu na stronie (...) (informacja k.14v).

Zgodnie z postanowieniami Regulaminu (...)” (...) powstawał ze Składek Pierwszych i Składek Bieżących, pomniejszonych o opłatę za zarządzanie, których alokacja jest dokonywana w (...)” poprzez nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu.

Jak wskazano w § 3 ust. 2 Regulaminu (...) ” celem (...) było powiększanie wartości aktywów (...) w wyniku wzrostu wartości lokat, a w szczególności ochrona 100 % kwoty odpowiadającej składce zainwestowanej. Ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego, co wyraźnie zastrzegł w § 3 ust. 3 Regulaminu (...).

dowód: § 3 ust. 1-3 Regulaminu (...)” k.29-31

(...) jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów Ubezpieczyciela, podzieloną na Jednostki Uczestnictwa Funduszu.

Zgodnie z § 4 ust. 2 Regulaminu aktywa netto (...) są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny.

Środki (...) są lokowane do 100% w certyfikaty wyemitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...) (Kod (...) (...)), o czym stanowił § 4 ust. 3 Regulaminu (...). Certyfikaty emitowane przez (...) wyceniane są w PLN. Inwestycja w certyfikaty wiąże się z ryzykiem kredytowym emitenta przez które rozumie się możliwość wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności emitenta do obsługi zadłużenia, w tym do wykupu wyemitowanych certyfikatów.

Stosownie do § 4 ust. 4 Regulaminu (...) (...) stworzony przez (...) umożliwia uzyskanie dynamicznie dostosowywanej ekspozycji na rynek akcji powiązanych z krajami rozwijającymi się oraz na rynek obligacji amerykańskich. Strategia Inwestycyjna indeksu, w przypadku zanotowania trendu wzrostowego na rynku akcji, zwiększa ekspozycję na ten rynek, natomiast w przypadku zanotowania trendu spadkowego zwiększa ekspozycję na rynek obligacji amerykańskich.

Regulamin nie określa metody ustalania indeksu.

Zgodnie z § 4 ust. 5 Regulaminu (...) wartość rachunku po zakończeniu okresu odpowiedzialności zostanie obliczona w oparciu o wartość certyfikatów. Na dzień zakończenia Okresu odpowiedzialności, certyfikaty zapewniają ochronę

wartości nominalnej odpowiadającej Składce Zainwestowanej. Po zakończeniu Okresu odpowiedzialności Wartość Rachunku miała zostać obliczona wzorem: wartość nominalna x (1 + MAX [0%; I. dzielony przez I. - 1]).

dowód: § 4 ust. 1-5 Regulaminu (...)” k. 29-31

Wartość jednostki Uczestnictwa Funduszu ustalana była na Dzień wyceny jako iloraz Wartości aktywów netto (...) na Dzień wyceny i liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dniu wyceny. Wartość jednostki Uczestnictwa Funduszu publikowana była nie rzadziej niż raz w roku w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim oraz na stronie internetowej (...) W § 6 ust. 4 Regulaminu (...) zastrzeżono, że Wartość Jednostek Uczestnictwa Funduszu może ulegać istotnym zmianom w trakcie trwania okresu odpowiedzialności.

dowód: § 6 ust. 1-4 Regulaminu (...)” k. 29-31

Zgodnie z § 7 Regulaminu (...) (...) jest podzielony na Jednostki Uczestnictwa Funduszu o jednakowej wartości, które są tworzone w momencie ich zapisania na Rachunku Ubezpieczeniowego w zamian za przekazane środki pieniężne od (...). Jednostki (...) są nabywane za Składkę Pierwszą oraz Składki Bieżące po pomniejszeniu o Opłatę za zarządzanie. Nabyta liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu równa jest ilorazowi kwoty przekazywanej do (...) z tytułu opłacenia przez Ubezpieczonego Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących po pomniejszeniu o Opłatę za zarządzanie i wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie nabycia. Wartość początkowa Jednostki Uczestnictwa Funduszu wynosiła 200 zł. Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu zmieniała się zgodnie ze zmianą Wartości aktywów netto (...) przypadających na Jednostkę Uczestnictwa Funduszu. Nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje w dniu wskazanym w Certyfikacie.

dowód: § 7 ust. 1-4 Regulaminu (...)” – k. 24-31

Umorzenie jednostek Uczestnictwa Funduszu następowało w razie likwidacji Rachunku bądź likwidacji (...). Umorzenie Jednostek Uczestnictwa Funduszu polega na zamianie Jednostek Uczestnictwa Funduszu na kwotę pieniężną według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu obowiązującej w Dacie Umorzenia i jest związane ze zmniejszeniem się aktywów (...).

dowód: § 8 ust. 1 i 2 Regulaminu (...)” k.29-31

Stosownie do § 9 ust. 1 Regulaminu (...) Likwidacja Rachunku polegała na umorzeniu wszystkich zgromadzonych przez Ubezpieczonego Jednostek Uczestnictwa Funduszu i następowała w przypadku:

- 1) rezygnacji z ubezpieczenia,
- 2) rozwiązania stosunku ubezpieczenia,
- 3) wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu,
- 4) wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia,
- 5) likwidacji (...).

Likwidacja rachunku z powodu rezygnacji z ubezpieczenia następowała według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu najpóźniej 35 dnia od otrzymania przez Ubezpieczyciela oryginału oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia.

dowód: § 9 ust. 1 i 3 Regulaminu (...)” k.29-31

W ramach subskrypcji pozwany zebrał składki na produkt z(...)” (dowód: potwierdzenie k.418v-422).

Zgodnie ze strategią inwestycyjną opisaną w powyższym Regulaminie, składki Ubezpieczonych były lokowane w certyfikaty strukturyzowane emitowane przez Bank (...) z siedzibą w H.. Certyfikaty miały gwarancję banku (...) z siedzibą w P.. Certyfikaty miały 15 letni okres zapadalności licząc od daty emisji.

W dacie zapadalności Towarzystwo wypłaca nominal posiadaczowi certyfikatu powiększony o zysk, jeżeli ten się pojawił z indeksu powiązanego z certyfikatem, wskazanym w Regulaminie. Zysk kalkulowany był na zasadzie zmiany procentowej indeksu pomiędzy dwoma datami: datą początkową ubezpieczenia i datą końcową. Jeżeli indeks nie wzrośnie pomiędzy tymi datami, wówczas każdy uczestnik funduszu w dacie zapadalności tego funduszu, czyli po 15 latach otrzymuje nominal certyfikatu, będący ekwiwalentem składki zainwestowanej przez klienta. Klient ryzykował w okresie 15 lat inwestycji opłaty za zarządzanie pobierane przez cały okres ubezpieczenia od Składki Zainwestowanej.

dowód: zeznania świadka R. P. (1) godz. 00:05:12 – 00:07:45 protokół elektroniczny rozprawy z 16.12.2019 r. k. 52 akt I Cps 95/19

Wartość aktywów w certyfikatach strukturyzowanych jest wyznaczana przez Agenta kalkulacyjnego, wskazanego przez bank (...), który dokonuje wyceny aktywów funduszu, zgodnie z umową zawartą między Ubezpieczycielem a bankiem inwestycyjnym. Ubezpieczyciel nie zna metody wyceny stosowanej przez Agenta kalkulacyjnego albowiem jest to objęte tajemnicą przedsiębiorstwa. Ubezpieczyciel może jedynie dokonywać weryfikacji tej wyceny za pomocą przyjętego przez siebie modelu wyceny. W latach 2012-2014 pozwany do weryfikacji stosował opracowany przez siebie model. Od 2014 r. pozwany zlecił dokonywanie wyceny weryfikacyjnej profesjonalnemu podmiotowi zewnętrznemu, zajmującemu się budowaniem tego rodzaju modeli. Agent kalkulacyjny codziennie przekazuje pozwanemu wycenę wartości aktywów (certyfikatów), a pozwany codziennie weryfikuje prawidłowość tej wyceny.

dowód: zeznania świadka R. P. (1) godz. 00:07:46 – 00:09:30, 00:10:20, 00:19:13 – 00:20:11 protokół elektroniczny rozprawy z 16.12.2019 r. k.52 akt I Cps 95/19

Początkowa wartość Jednostki Uczestnictwa została ustalona przez Ubezpieczyciela na poziomie 200 zł. Wartość ta była parametrem rozliczeniowym, pozwalającym przypisać określoną ilość Jednostek Uczestnictwa dla danego klienta. Składkę wpłaconą przez danego klienta Ubezpieczyciel dzielił przez 200 zł i w ten sposób wyznaczał ilość przydzielonych Jednostek. Każda późniejsza wartość Jednostki Uczestnictwa zależała od wyceny aktywów, które zostały zakupione do tego Funduszu, a że zgodnie ze strategią inwestycyjną do Funduszu nabywano wyłącznie certyfikaty, stąd wpływ na wycenę Jednostki Uczestnictwa ma tylko i wyłącznie wycena tychże certyfikatów strukturyzowanych.

dowód: zeznania świadka R. P. (1) godz. 00:16:05 – 00:18:00 protokół elektroniczny rozprawy z 16.12.2019 r. k.52 akt I Cps 95/19

Instrumenty finansowe nabywane przez fundusz nie są notowane na rynku giełdowym, publicznym, lecz są przedmiotem obrotu na rynku międzybankowym. Emitent certyfikatów zastrzegł sobie, że ewentualne zbycie instrumentów może odbyć się tylko na jego rzecz. Ubezpieczyciel nie mógł zatem dowolnie wejść z instrumentami na szeroki runek publiczny. Umowa pomiędzy pozwanym a bankiem inwestycyjnym nie określa po jakiej kwocie emitent może nabyć instrumenty finansowe.

dowód: zeznania świadka R. P. (1) godz. 00:18:05 – 00:19:08 protokół elektroniczny rozprawy z 16.12.2019 r. k.52 akt I Cps 95/19

Wartość certyfikatów wpływała na wartość wyceny funduszu z (...), przekładając się na wycenę rachunku klienta, zwłaszcza w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy. Dział inwestycji w Towarzystwie (...) dokonuje sprzedaży instrumentu emitentowi i na bazie ceny transakcyjnej jest ustalana wartość jednostki w oparciu, o którą następuje wypłata środków na rzecz Klienta.

dowód: zeznania świadka R. P. (1) godz. 00:19:00 protokół elektroniczny rozprawy z 16.12.2019 r. k.52 akt I Cps 95/19

Klient nie jest w stanie samodzielnie dokonać wyceny instrumentu, bowiem nie posiada do tego odpowiednich danych w postaci parametrów umożliwiających dokonanie wyceny. Ponadto, wycena instrumentu, jak już wspomniano, jest dokonywana przez agenta kalkulacyjnego. Klient musiałby zatem znać metodę jaką stosuje agent kalkulacyjny do dokonania wyceny instrumentu, a tej nie zna nawet pozwany. Dostaje on bowiem od agenta gotową wycenę, którą weryfikuje stosując własną metodę wyceny.

dowód: zeznania R. P. (1) godz. 00:21:00 – 00:21:33 protokół elektroniczny rozprawy z 16.12.2019 r. k.52 akt I Cps 95/19

Notowanie indeksu ma tylko pośredni wpływ na wycenę instrumentów finansowych albowiem na wartość instrumentu wpływają również inne czynniki rynkowe (dowód: zeznania R. P. (1) godz. 00:22:00 protokół elektroniczny rozprawy z 16.12.2019 r. k.52 akt I Cps 95/19).

Pozwany składał półroczne i roczne sprawozdania (...) (dowód: sprawozdania k.423-456).

Stosunek ubezpieczenia (...) potwierdzony certyfikatem nr (...) został rozwiązany z dniem 31 października 2016 r. na skutek złożenia przez powódkę oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia (...), w treści którego zażądała wypłaty należnych środków na wskazany rachunek bankowy (dowód: oświadczenie o rezygnacji k.338). Ostatnią składkę bieżącą w kwocie 1.292 zł powódka uiściła w październiku 2016 r. Na dzień złożenia oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia, powódka od rozpoczęcia okresu ochrony ubezpieczeniowej wpłaciła łączną kwotę 126.730 zł, na którą składają się:

- a. 42.750 zł tytułem Pierwszej Składki (uiszczona 2 czerwca 2011 r.),
- b. 83.980 zł tytułem opłacenia 65 Składek Bieżących po 1.292 zł każda.

Wobec faktu, że rezygnacja z ubezpieczenia nastąpiła w 6 roku obowiązywania umowy, Ubezpieczyciel naliczył powódce Opłatę Likwidacyjną w wysokości 50 % Wartości Rachunku, który na dzień rezygnacji opiewał na kwotę 68.687,77 zł. Powódce wypłacono kwotę 34.343,88 zł tytułem Całkowitego Wykupu.

dowód: historia rachunku ubezpieczenia (...) k.35-36, potwierdzenie przelewu k.33, rozliczenie k.157

Powódka wraz ze spornym produktem nie nabyła innych produktów finansowych.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił przede wszystkim na podstawie powołanych wyżej dowodów z dokumentów, uznanych przez Sąd za mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy w myśl art. 227 k.p.c. Treść tych dokumentów nie budziła wątpliwości Sądu co do ich autentyczności jak i wiarygodności. Prawdziwość dokumentów nie była też kwestionowana przez strony.

W ocenie Sądu dokumenty takie jak: wyroki innych sądów, materiały prasowe, prospekty informacyjne dotyczące funduszy inwestycyjnych, artykuły prasowe, opinie prawne, raport (...), biuletyn (...) mają jedynie charakter poglądowy i mogą zostać uznane wyłącznie za uzupełnienie stanowiska zajmowanego przez stronę, a nie za dowód okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.

Oceniając osobowe źródła dowodu Sąd nie znalazł powodów by zakwestionować prawdziwość zeznań świadków M. S. (1), M. S. (2) i R. P. (1). Ich zeznania były spójne, jasne i logiczne. Zeznania świadka M. S. (2) co do zasadności pobierania opłaty likwidacyjnej i jej wysokości nie mogły mieć jednak wpływu na ocenę prawną powództwa, z przyczyn wskazanych poniżej.

Także zeznaniom powódki Sąd dał wiarę albowiem przedstawiała obiektywnie okoliczności przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, nie zatajając faktów, które mogłyby zostać uznane przez Sąd jako przemawiające za niezasadnością dochodzonego przez nią roszczenia.

Sąd oddalił wniosek powódki o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego rewidenta oraz wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza albowiem rozstrzygnięcie sprawy nie wymagało wiadomości specjalnych. Ponadto odnosząc się do wniosku powódki należy wskazać, że pozwany nie złożył dokumentów, do których został zobowiązany przez Sąd na rozprawie w dniu 22.02.2019 r., a mianowicie:

- składu aktywów (...) (...)” w okresie od 30 maja 2011 r. do dnia 10 listopada 2016 r.;
- warunków emisji lub treści certyfikatów wyemitowanych przez (...);
- umowy zawartej z (...) dotyczącej nabywania przez pozwanego certyfikatów określonych w paragrafie 4 ust. 3 Regulaminu (...) (...);
- stosowanego przez pozwanego modelu wyceny aktywów (...) (...)” w okresie od 30 maja 2011 r. do 10 listopada 2016 r.

Brak było zatem materiału, który mógłby zostać poddany badaniu biegłego. Niezależnie od powyższego przeprowadzenie tego dowodu było zbędne z uwagi na ocenę prawną dokonaną poniżej. Z kolei w odniesieniu do wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza, wskazać należy, że czynienie ustaleń w przedmiocie wysokości kosztów obsługi ubezpieczenia (...) i zasadności pobierania tej opłaty było zbędne. Charakter prawny opłaty likwidacyjnej, a także sposób skalkulowania jej wysokości powinien być określony w umowie, która kreowała określone prawa i obowiązki konsumenta, o czym niżej. Ponadto kwestia ta była przedmiotem zeznań świadka M. S. (2), który przedstawił strukturę kosztów obsługi ubezpieczenia, w szczególności kosztów dystrybucji tegoż produktu.

Sąd oddalił również wniosek o zobowiązanie (...) S.A. do poinformowania czy powódka w związku z przystąpieniem do umowy zakupiła jeszcze inne produkty finansowe jako niemające znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługuje na uwzględnienie w całości. Znajduje ono podstawę w treści art. 385¹ § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 405 k.c. Spełnione przez powódkę świadczenie należy bowiem uznać za nienależne w rozumieniu art. 410 § 2 k.c.

Stan faktyczny sprawy nie był sporny pomiędzy stronami. Spór koncentrował się wyłącznie na ocenie prawnej stosunku zobowiązaniowego, do którego przystąpiła powódka jako ubezpieczony, legitymacji czynnej powódki, legitymacji biernej pozwanego, zasadach wyceny aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, będących podstawą do ustalenia wysokości świadczenia należnego ubezpieczonemu, a także zasadności pobrania opłaty likwidacyjnej w ramach roszczenia ewentualnego.

Z uwagi na podniesiony przez pozwanego zarzut braku legitymacji czynnej powódki oraz legitymacji biernej pozwanego w pierwszej kolejności należałoby odnieść się do ich treści. Rozstrzygnięcie tego zagadnienia wymaga jednak przesądzenia charakteru umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Powódka przystąpiła do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...)” zawartej pomiędzy pozwanym Towarzystwem (...) S.A. a (...) S.A., co było w sprawie bezsporne. Dopuszczalność zawierania tego rodzaju umów przez zakłady ubezpieczeń, choćby element inwestycyjny miał w nich charakter zdecydowanie dominujący, a elementy ochrony ubezpieczeniowej – symboliczny została już przesądzona w doktrynie i judykaturze (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2015 r., III CZP 87/15) i nie była przedmiotem

sporu pomiędzy stronami. W doktrynie i orzecznictwie zwraca się jednak uwagę na złożoną, ubezpieczeniowo-inwestycyjną naturę tego stosunku zobowiązaniowego,

a kwestia kwalifikacji prawnej umowy ubezpieczenia z (...) nadal pozostaje dyskusyjna, choć wydaje się, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwaliło się już stanowisko, że umowę tę należy zakwalifikować do tzw. umów mieszanych (nienazwanych). Kompleksową analizę jurydyczną i ocenę stosunku prawnego wynikającego z umowy ubezpieczenia

z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przeprowadził Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 10 sierpnia 2018 r. III CZP 20/18 (nie publ.), którą Sąd w niniejszym składzie w całości podziela. Tego typu umowy nie zostały przewidziane w Kodeksie cywilnym, a regulacja zawarta w obowiązującej w dacie zawarcia umowy ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.) ma charakter niepełny i niewystarczający do zakwalifikowania tego typu umów do umów nazwanych, jak próbuje przekonywać pozwany. Umowy ubezpieczenia z (...) zostały wymienione

w załączniku do ustawy w dziale I ((...)) grupie 3 („(...), jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym”), odrębnie od wskazanych jako grupa 1 – „ubezpieczeń na życie”. W art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy zdefiniowano „ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy”, jako „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”, a w art. 13 ust. 4 ustawy wskazano elementy obligatoryjne, które zakład ubezpieczeń jest obowiązany określić lub zawrzeć w umowach (...), w tym m.in. zasady ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia (pkt 2), zasady alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (pkt 6) oraz zasady ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (pkt 5).

W ustawie zawarto też regulacje odnoszące się do sprawozdawczości dotyczącej ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (art. 13 ust. 6), dopuszczalności ujawniania danych go dotyczących (art. 19 ust. 2 pkt 23) oraz nałożono na zakład ubezpieczeń wykonujący działalność ubezpieczeniową w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, obowiązek zatrudnienia doradcy inwestycyjnego (lub zawarcia umowy z innym podmiotem uprawnionym) do zarządzania ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym lub ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (art. 156). W art. 151 ust. 2 ustawy wśród rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, przeznaczonych na pokrycie bieżących i przyszłych zobowiązań, jakie mogą wynikać z zawartych umów ubezpieczenia, wymieniono odrębnie (pkt 6) – obok „rezerwy ubezpieczeń na życie” – „rezerwę – ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający”, a w art. 155 ust. 4 postanowiono, że ze wskazanych

w art. 155 ust. 1 ustawy ograniczeń dotyczących udziału w wartości rezerw techniczno-ubezpieczeniowych poszczególnych rodzajów aktywów, wyłączone są aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla ubezpieczeń na życie, o których mowa

w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający (por. też art. 155 ust. 1a).

Regulacje dotyczące ubezpieczeń na życie z (...) zostały zawarte zarówno we wspomnianej ustawie o działalności ubezpieczeniowej jak i dyrektywie nr 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie (Dz. Urz. UE L 345 z 19 grudnia 2002 r.). Zgodnie z art. 25 ust. 1 dyrektywy: w przypadku, gdy świadczenia przewidziane w umowie są bezpośrednio powiązane z wartością jednostek uczestnictwa przedsiębiorstwa zbiorowego inwestowania w zbywalne papiery wartościowe lub z wartością aktywów zawartych w funduszu wewnętrznym zakład ubezpieczeń, zwykle podzielonym na jednostki uczestnictwa, rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe odnoszące się do tych świadczeń muszą znajdować jak najwierniejsze odzwierciedlenie w tych jednostkach lub, w przypadku gdy nie zostały utworzone takie jednostki, w tych aktywach.

Należy także przytoczyć definicję „produktu inwestycyjnego opartego na ubezpieczeniu” użytą w tzw. dyrektywie MiFID II (dyrektywa Parlamentu Europejskiego

i Rady 2014/65/UE z 15 maja 2014 r. w sprawie rynków instrumentów finansowych oraz zmieniająca dyrektywę 2002/92/WE i dyrektywę 2011/61/UE – Dz. Urz. UE L 173): produkt inwestycyjny oparty na ubezpieczeniu oznacza produkt ubezpieczeniowy zapewniający wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu, w przypadku gdy ta

wartość w dniu zapadalności lub wartość wykupu jest całkowicie lub częściowo narażona, bezpośrednio lub pośrednio, na wahania rynków, a ponadto nie obejmuje: produktów ubezpieczeniowych innych niż ubezpieczenia na życie, wymienionych w załączniku nr I do dyrektywy 2009/138/WE (grupy ubezpieczeń innych niż na życie), umów ubezpieczenia na życie,

w przypadku gdy świadczenia z umowy są wypłacane wyłącznie w przypadku śmierci lub w związku z niezdolnością z powodu uszczerbku na zdrowiu, choroby lub niepełnosprawności.

W założeniu normatywnym umowa ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) jest to umowa, w której strony uzgadniają, że przynajmniej część składek ubezpieczeniowych jest alokowana w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, czyli tworzonego z tych składek wydzielonego funduszu aktywów, inwestowanego zgodnie z umową i zarządzanego przez ubezpieczyciela na koszt i ryzyko ubezpieczającego, i której koniecznym elementem, obok świadczeń ubezpieczeniowych zakładu ubezpieczeń, jest możliwość wykupu ubezpieczenia. Umowa, zawierająca w mniejszym czy większym stopniu element ubezpieczeniowy, ma niewątpliwie charakter mieszany w tym sensie, że przy wykorzystaniu konstrukcji umowy ubezpieczenia może realizować także cel inwestycyjny. Zdecydowanie dominujący cel inwestycyjny, wiąże się z inwestowaniem płaconych przez ubezpieczającego składek, na ryzyko ubezpieczonego, i możliwością wypowiedzenia przezeń umowy oraz wycofania wartości jednostek funduszu zgromadzonych na rachunku. Jednak wówczas nie chodzi – jak w przypadku tradycyjnego wykupu ubezpieczenia osobowego – o zwrot części składki nadpłaconej w początkowym okresie w związku z nierównomiernym rozłożeniem ryzyka ochrony ubezpieczeniowej, lecz o wypłatę zgromadzonych i inwestowanych oszczędności. W ramach zobowiązań ubezpieczyciela na plan pierwszy wysuwa się wówczas odpłatny obowiązek zarządzania funduszem kapitałowym pochodzącym ze składek ubezpieczającego oraz obowiązek zapłaty wartości wykupu. Wówczas świadczenie ubezpieczeniowe ma charakter drugorzędny. Dominacja celu inwestycyjnego w tego typu umowach nie prowadzi do zakwalifikowania ich jako umów inwestycyjnych. Ma ona zatem charakter umowy ubezpieczenia, również w sytuacji, gdy wynikający z lokowania składek

w ubezpieczeniowe fundusze inwestycyjne cel inwestycyjny jest zdecydowanie dominujący.

Powódka przystąpiła do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie zawartej pomiędzy pozwanym Towarzystwem a (...) S.A. Przepis art. 808 § 1 k.c. dopuszcza zawarcie przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. W tego typu ubezpieczeniu umowa zawarta pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym kreuje stosunek ubezpieczeniowy pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym. Według poprzednio obowiązującej treści przepisu istniały wątpliwości, czy umowa, z której ma korzystać ubezpieczony niebędący ubezpieczającym, ma charakter umowy na rzecz osoby trzeciej, czy też zawartej na cudzy rachunek. Uważano, że umowa z art. 808 k.c. może być zawarta zarówno na cudzą rzecz (umowa ubezpieczenia sensu stricto), jak i na cudzy rachunek. Różnica pomiędzy tymi umowami polega na tym, że przedmiotem ubezpieczenia

w umowie ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej sensu stricto jest interes ubezpieczającego,

a osobą uprawnioną do odbioru świadczenia jest podmiot trzeci (typowym przykładem takiej umowy jest umowa ubezpieczenia na życie wskazująca osobę, na której rzecz ma nastąpić wypłata ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczającego). Natomiast umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek powoduje ubezpieczenie przez ubezpieczającego działającego we własnym imieniu cudzego interesu. Inną osobą jest więc zawierający umowę i opłacający składkę, a inną podmiot uprawniony do odbioru odszkodowania. Obecne brzmienie przepisu wyeliminowało te niejasności, kształtując umowę ubezpieczenia zawartą w interesie ubezpieczonego jako umowę zawartą na cudzy rachunek. Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, uznać należało, co potwierdza także część doktryny, że powódka jako ubezpieczony, przystępujący do umowy grupowego ubezpieczenia, pozostaje względem tego stosunku prawnego w charakterze osoby trzeciej.

Niezależnie od sposobu zakwalifikowania tej umowy nie można nie zauważyć, że kształtuje ona prawa i obowiązki powódki. Zgodnie zatem z art. 808 § 5 k.c. przepisy art. 385⁽¹⁾-385⁽³⁾ stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Sporna umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, co w niniejszej sprawie było bezsporne.

Jednocześnie w doktrynie podkreśla się, że brak jest podstaw by wyłączyć stosowanie art. 808 § 5 k.c. do umów ubezpieczenia z (...).

W konsekwencji uznać należy, że powódka posiada legitymację czynną do dochodzenia roszczenia w niniejszym postępowaniu. Choć nie jest ona stroną umowy (ta została zawarta pomiędzy pozwanym a (...) S.A.), to umowa kształtuje jej prawa i obowiązki,

a kwestia należnego powódce świadczenia w związku z rezygnacją z umowy mieści się w przedmiocie umowy, do której przystąpiła. Jest ona zatem uprawniona do wytoczenia powództwa, w którym przesłankowo kwestionuje ważność umowy, do której przystąpiła, a także podnosi zarzut abuzywności niektórych postanowień umowy.

Legitymację bierną posiada również pozwany. Powódka nie dochodzi bowiem zwrotu części nadpłaconej składki, jak ma to miejsce w przypadku klasycznej umowy ubezpieczenia, lecz domaga się zwrotu nienależnego świadczenia powołując się na nieważność umowy z uwagi na brak w umowie określonego świadczenia.

W niniejszej sprawie strona powodowa podnosiła nieważność umowy grupowego ubezpieczenia z (...) ze względu na fakt, że świadczenia należne ubezpieczonemu nie zostały określone w umowie w sposób stanowczy i konkretny, lecz w taki sposób, który umożliwia dowolne kształtowanie jego wielkości przez samego ubezpieczyciela w drodze arbitralnych decyzji, na które osoba ubezpieczona nie ma żadnego wpływu. Takie ukształtowanie stosunku zobowiązaniowego, zdaniem powódki, pozostaje w sprzeczności z naturą stosunku zobowiązaniowego, co uzasadnia uznanie jej za nieważną wobec treści art. 58 § 1 k.c. w zw.

z art. 353⁽¹⁾k.c.

Sąd – co do zasady – podzielił argumentację powódki co do braku określoności świadczenia, o czym niżej, jednak uznał, że roszczenie powódki może być rozstrzygnięte na innej niż wskazana przez powódkę podstawie prawnej. Jak wskazuje się w judykaturze, Sąd

z urzędu jest obowiązany do ustalenia właściwej podstawy prawnej żądania (por. uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, OSNC 2008/6/55). Dlatego też na rozprawie w dniu 26 maja 2020 r. poinformował o tym strony. Zdaniem Sądu żądanie powódki może zostać rozstrzygnięte w oparciu o art. 808 § 5 k.c.

w zw. z art. 385¹-385³ k.c. W tym miejscu wyjaśnić należy, że Sąd nie uwzględnił wniosku pozwanego o odroczenie terminu rozprawy celem ustosunkowania się do tej podstawy prawnej, albowiem w przedmiocie dopuszczalności badania roszczeń powódki w kontekście art. 385¹-385³ k.c. pozwany wypowiedział się już bardzo szeroko w sprzeciwie od nakazu zapłaty w pkt IV-VIII i X (k.127-137). Pouczenie Sądu było adresowane przede wszystkim do powódki albowiem powódka jako podstawę swego żądania wyraźnie wskazała art. 58 k.c.

w zw. z art. 353¹ k.c. i nie odniosła się do argumentacji pozwanego w zakresie art. 385¹-385³ k.c.

Zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Unormowania zawarte w art. 385¹-385³ k.c. mają charakter szczególny w stosunku do tych przepisów, które mają powszechne zastosowanie do kształtowania przez kontrahentów treści umowy (wskazać należy chociażby na art. 58, art. 353¹ czy art. 388 k.c.). Uzasadnieniem dla ich wprowadzenia ustawą z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny (Dz. U. Nr 22, poz. 271) był zamiar zapewnienia konsumentom bardziej skutecznej ochrony w stosunkach umownych z profesjonalistami, a przede wszystkim zaś potrzeba uwzględnienia w polskim prawie postanowień dyrektywy nr 93/13/EWG z 5 kwietnia 1993 r. o nieuczciwych warunkach w umowach konsumenckich (Dz. Urz. WE

z 1993 r., L. 95, s. 29), zwanej dalej „dyrektywą”. Regulacje art. 385¹-385³ k.c. stanowią wyraz implementacji w prawie polskim prawa unijnego w postaci wymienionej dyrektywy, co rodzi określone konsekwencje dla ich wykładni. Przede wszystkim musi ona prowadzić do takich rezultatów, która pozwoli urzeczywistnić cele dyrektywy. Sądy krajowe, stosując prawo wewnętrzne, zobowiązane są tak dalece, jak jest to możliwe, by dokonywać jego wykładni w świetle brzmienia i celu rozpatrywanej dyrektywy, tak by osiągnąć przewidziany w niej rezultat, a zatem zastosować się do art. 288 akapit trzeci Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (por. wyrok Trybunału Sprawiedliwości z 21.04.2016 r., C-377/14). Ten obowiązek dokonywania wykładni prawa krajowego zgodnej z prawem Unii jest w istocie nierozdzielnie związany z systemem Traktatu, gdyż zezwala sądom krajowym na zapewnienie, w ramach ich właściwości, pełnej skuteczności prawa Unii przy rozpoznawaniu zawisłych przed nimi sporów. W przypadku omawianych przepisów należy mieć też na uwadze, że sama dyrektywa w art. 8 stanowi, że w celu zapewnienia wyższego stopnia ochrony konsumenta państwa członkowskie mogą przyjąć lub utrzymać bardziej rygorystyczne przepisy prawne zgodne z traktatem w dziedzinie objętej niniejszą dyrektywą. W dyrektywie został więc określony jedynie minimalny poziom ochrony konsumentów.

Z art. 385¹ § 1 k.c. wynika, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są klauzule umowne, które spełniają łącznie trzy przesłanki pozytywne: zostały zawarte w umowach z konsumentem, kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszają interesy konsumenta. Kontrola abuzywności postanowień umowy jest wyłączona jedynie w przypadku spełnienia jednej z dwóch przesłanek negatywnych, to jest: gdy postanowienie umowne zostało indywidualnie uzgodnione z konsumentem oraz postanowienie umowne określa główne świadczenia stron i jest sformułowane w sposób jednoznaczny.

W rozpatrywanej sprawie poza sporem pozostawała okoliczność, że powódka przystąpiła do kwestionowanej umowy ubezpieczenia jako konsument. W myśl art. 22¹ k.c. za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. Bezsporna była również okoliczność, że niniejsza umowa nie była przez powódkę negocjowana. Umowę zawarło bowiem dwóch przedsiębiorców, a powódka jedynie przystąpiła do umowy.

Nie ulega zatem wątpliwości, że powódce jako ubezpieczonemu, przysługuje prawo do żądania kontroli wzorca w drodze powództwa wytoczonego w sprawie indywidualnej w związku z zawartą umową ubezpieczenia grupowego.

W ramach żądania głównego powódka domaga się zapłaty kwoty 92.386,12 zł w związku z nieważnością umowy ubezpieczenia grupowego, której to nieważności powódka upatruje w braku precyzyjnego określenia zasad wyceny aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, będących podstawą do ustalenia wartości Całkowitego Wykupu. Zdaniem pozwanego jest to główne świadczenie umowy w zakresie celu inwestycyjnego,

w związku z powyższym nie podlega badaniu w trybie art. 385¹ § 1 k.c. Ze stanowiskiem tym nie sposób się zgodzić.

Pojęcie „główne świadczenie stron” należy interpretować ściśle, w nawiązaniu do pojęcia elementów umowy przedmiotowo istotnych. Powódka przystąpiła do umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, co było w sprawie bezsporne. Umowa na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy do kategorii umów z zakresu ubezpieczeń osobowych. Pomimo dominującego w tego typu umowach celu inwestycyjnego, przedmiotem tak skonstruowanej umowy pozostaje życie ubezpieczonego i dożycie. W przypadku powódki zakresem ubezpieczenia objęto jej śmierć oraz dożycie określonego okresu. Ubezpieczeniowy aspekt umowy miał co prawda drugorzędne znaczenie, jednakże pomimo że wypłata świadczenia była uzależniona od aktualnej na dzień umorzenia wartości nabytych jednostek uczestnictwa, umowa przewidywała udzielenie ochrony ubezpieczeniowej. W przedmiotowej sprawie do głównych świadczeń stron należało zatem spełnienie przez ubezpieczyciela określonego w

umowie świadczenia w przypadku zajścia przewidzianego w umowie warunku/ów (dożycia lub zgonu), a ze strony powódki opłacanie składek ubezpieczeniowych (Pierwszej Składki i Składek Bieżących). Tylko postanowienia bezpośrednio regulujące wskazane kwestie można zaliczyć do postanowień określających główne świadczenia stron. Świadczenie z tytułu wykupu nie stanowi głównego przedmiotu umowy. Może być zatem przedmiotem badania

w świetle art. 385⁽¹⁾ § 1 k.c. Zgodnie z Rozdziałem 1 pkt w Warunków (...) przez Całkowity Wykup należy rozumieć zamianę przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu zapisanych na Rachunku na środki pieniężne na zasadach określonych w Rozdziale 14. Zgodnie z Rozdziałem 14 pkt 6 Warunków (...) w przypadku Całkowitego Wykupu Ubezpieczyciel wypłaca kwotę równą Wartości Rachunku pomniejszoną o Opłatę Likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących).

Z uwagi na to, że postanowienie Warunków (...) nawiązuje do wartości rachunku, którym to pojęciem posługuje się autor wzorca również dla określenia świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu oraz z tytułu dożycia, konieczna była również ocena tych postanowień pod kątem abuzywności. Przepis art. 385⁽¹⁾ § 1 k.c. wyłącza z zakresu swojego zastosowania tylko te postanowienia umowy, które regulują świadczenia główne

w sposób jednoznaczny. A contrario dopuszcza badanie tych postanowień, regulujących świadczenia główne, które nie zostały sformułowane w sposób jednoznaczny, wyrażone prostym i zrozumiałym językiem. Samo zdefiniowanie jakiegoś pojęcia w Regulaminie nie oznacza, że definicja jest jasna i przejrzysta. Wymóg transparentności nie ogranicza się bowiem tylko do zrozumiałości postanowień umownych pod względem formalnym

i gramatycznym (tak wyrok TSUE z 30.4.2014 r., K. i K. R., C-26/13, EU:C:2013:282, pkt 67–72). Przy ocenie transparentności postanowienia umowy istotne znaczenie odgrywa to, czy umowa wskazuje w sposób przejrzysty sposób ustalania wartości rachunku, tak aby możliwe było zweryfikowanie prawidłowości dokonywanej wyceny i aby konsument mógł przewidzieć, w oparciu o jednoznaczne i zrozumiałe kryteria, konsekwencje ekonomiczne tego postanowień. Ocena transparentności postanowienia umownego powinna uwzględniać wśród całokształtu okoliczności, w których doszło do zawarcia umowy, także reklamę umowy (tak wyrok TSUE z 20.9.2017 r., A. i in., C-186/16, EU:C:2017:703, pkt 46). W ocenie Sądu rozstrzygającego niniejszy spór postanowienia Warunków Ubezpieczenia (Rozdział 10 pkt 2-4, Rozdział 14 pkt 6) oraz Regulaminu (...) (§ 4 ust. 2-5) tylko z pozoru są jednoznaczne i zrozumiałe. W rzeczywistości bowiem ich treść wymaga wypełnienia przez uprzednie dokonanie wyceny rachunku. Opisany zaś w § 4 Regulaminu (...) mechanizm wyceny aktywów jest skomplikowany, niejasny i niemożliwy do zweryfikowania przez osobę trzecią zwłaszcza przy braku pełnych informacji nawet co do sposobu wyceny. Wycena dokonywana jest bowiem w oparciu o indeks (...) którego sposób ustalania jest nieznan nawet pozwanemu, podobnie jak nieznanemu jest metoda wedle której bank inwestycyjny ustala wartość aktywów funduszu, co przyznał świadek pozwanego – R. P. (1). Agent kalkulacyjny na etapie konstruowania modelu wyceny przez pozwane Towarzystwo przekazał pewne wskazówki, ale szczegółów wyceny nie ujawnił (zeznania świadka R. P. godz. 00:07:50). Pozwany może dokonywać jedynie wyceny weryfikacyjnej w oparciu o przyjętą przez siebie metodę. Wprawdzie pozwany w sprzecznie wskazuje, że wartość certyfikatów była ich cechą obiektywną, gdyż można było odnaleźć metodę wyceny. Nie podał jednak gdzie można ją odnaleźć, nie wskazał jej również na żądanie Sądu.

Sąd zdaje sobie sprawę, że oceniana umowa jest umową o charakterze mieszanym, ubezpieczeniowo-inwestycyjnym i w takim przypadku suma ubezpieczenia – wbrew twierdzeniom pozwu – nie musi być określona kwotowo, tak jak w klasycznych ubezpieczeniach na życie, w których wskazuje się konkretną sumę ubezpieczenia. Dominujący w umowie ubezpieczenia na życie z (...) cel inwestycyjny determinuje bowiem powiązanie sumy ubezpieczenia z wynikiem inwestycyjnym osiąganym przez ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Niemniej jednak ów sposób ustalenia sumy ubezpieczenia musi być na tyle jasny i precyzyjny, by możliwe było zweryfikowanie wielkości należnego świadczenia. Innymi słowy świadczenie musi być oznaczalne w sposób obiektywnie mierzalny i weryfikowalny, z zastosowaniem z góry umówionych i znanych stronom kryteriów. W ocenie Sądu wymóg ten powinien być spełniony w szczególności w przypadku inwestowania w instrumenty finansowe nienotowane na rynku publicznym. Zauważyć należy, że w okolicznościach niniejszej sprawy, wartość aktywów funduszy określa wprawdzie podmiot trzeci, a nie pozwanego Towarzystwo, jak podnosiła powódka, jednakże zasłaniając się tajemnicą przedsiębiorstwa czyni to w sposób

wyłącznie sobie znany. Sposobu tego nie zna nawet pozwany, a co znamienne w tej sprawie emitent zastrzegł sobie prawo do nabycia certyfikatów w przypadku Całkowitego Wykupu. Pozwany nie może zatem dokonać zbycia na rynku publicznym, by uzyskać lepszą cenę. Jednocześnie zbycie następuje za cenę wskazaną przez emitenta, który sam dokonuje wyceny wartości. Wycena przez podmiot trzeci odbywa się zaś według bliżej nieokreślonych parametrów i ubezpieczony nie ma możliwości obiektywnie zweryfikować prawidłowości wyceny, a przy certyfikatach jako instrumentach nie notowanych na giełdzie taka weryfikacja jest uzasadniona. W interesie emitenta jest zaś nabycie certyfikatów za jak najniższą kwotę.

Abuzywności postanowień Regulaminu określających sposób wyceny aktywów funduszu nie zmienia okoliczność, że z formalnego punktu widzenia § 4 Regulaminu (...) spełnia wymogi określone w art. 13 ust. 4 obowiązującej wówczas ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a mianowicie wskazuje w jakie instrumenty finansowe wpłacane przez ubezpieczonych środki będą inwestowane, zakreślając w Regulaminie ogólne założenia inwestycyjne, mające na celu maksymalizację zysków przy ograniczaniu ryzyka inwestycyjnego. Regulacja zawarta w § 4 Regulaminu (...) jest na tyle ogólna

i nieprecyzyjna, że w okolicznościach niniejszej sprawy nie pozwala na zweryfikowanie wartości rachunku, od którego jest uzależniona wysokość świadczenia ubezpieczeniowego. Trafnie zatem podniosła powódka, że postanowienia te zostały skonstruowane przez dwóch przedsiębiorców, powiązanych ze sobą kapitałowo, w sposób lakoniczny i ogólnikowy. Zabrakło przy tym w umowie zapisów dotyczących metod i zasad dokonywania wyceny aktywów Funduszu, w tym wyodrębnionych z jego części Jednostek Uczestnictwa reprezentujących udziały Ubezpieczonych. Podkreślenia również wymaga, że wycena aktywów Funduszu może być dokonywana różnymi metodami. Sama kwestia wyboru stosowanej metody nie może być przez nikogo narzucona Ubezpieczycielowi, bowiem przepisy rachunkowe nie określają ich adresatom wyboru konkretnej metody wyceny.

Na gruncie prawa cywilnego powyższej oceny nie zmienia także realizowanie przez pozwanego obowiązków określonych w art. 13 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Z przedłożonych przez pozwanego sprawozdań półrocznych oraz rocznych, które z założenia ustawodawcy miały stanowić ustawowy mechanizm kontrolny nad wyceną przez ubezpieczycieli (...), nie wynika ani sposób wyceny aktywów funduszy ani też jakie konkretne aktywa mieściły się pod pozycją 3. Zauważyć należy, że art. 154 ust. 9 ówczesnej ustawy o działalności ubezpieczeniowej mówi o aktywach innych niż wymienione w ust. 6. W sprawozdaniach finansowych aktywa te nie zostały jednak wskazane. Dane zawarte w tych sprawozdaniach nie pozwalają na weryfikację poprawności wyceny.

Dla podkreślenia głównej tezy wyводу o braku jednoznacznego określenia sposobu wyceny, który pozwoliłby Ubezpieczonemu na weryfikację stanu jego Rachunku pod kątem wspomnianej już wartości godziwej, warto przypomnieć, że dla ustalenia pierwszej wartości Jednostki Uczestnictwa w Funduszu przyjęto hipotetyczną wartość 200 zł (k.157), podczas gdy już w kolejnym miesiącu, tj. lipcu 2011 r. wartość jednej jednostki oszacowano na 87,32 zł, co stanowi zaledwie ok. 40% wartości początkowej. Przez okres trwania ochrony ubezpieczeniowej do czasu rezygnacji powódki wartość ta nigdy nie osiągnęła kwoty 200 zł.

Rację ma zatem powódka wskazując na brak określoności świadczenia i nie chodzi o to, by powódka nie dysponująca wystarczającą wiedzą w przedmiocie wyceny instrumentów finansowych była w stanie sama zweryfikować prawidłowość takiej wyceny. Wystarczające byłoby gdyby przynajmniej profesjonalny podmiot działający na jej zlecenie, mógł dokonać takiej weryfikacji. Brak podstawowych danych, w tym metody wyceny czyni to niemożliwym. Wątpliwości Sądu w okolicznościach niniejszej sprawy pojawiają się również w kontekście pojęcia wartości godziwej, o której mowa w art. 28 ust. 6 ustawy z 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2019 r., poz. 351, z późn. zm.). Zgodnie z tym przepisem za wartość godziwą przyjmuje się kwotę, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie uregulowane na warunkach transakcji rynkowej, pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi, niepowiązanimi ze sobą stronami. Wartość godziwą instrumentów finansowych znajdujących się w obrocie na aktywnym rynku stanowi cena rynkowa pomniejszona o koszty związane z przeprowadzeniem transakcji, gdyby ich wysokość była znacząca. Cenę rynkową aktywów finansowych posiadanych przez jednostkę oraz zobowiązań finansowych, które jednostka zamierza zaciągnąć, stanowi zgłoszona na rynku bieżąca oferta kupna, natomiast cenę rynkową aktywów finansowych, które jednostka zamierza

nabyć, oraz zaciągniętych zobowiązań finansowych stanowi zgłoszona na rynek bieżąca oferta sprzedaży. W niniejszej sprawie jak już wyżej wskazano wyceny certyfikatu dokonuje emitent, który jednocześnie jest jego nabywcą w przypadku rezygnacji ubezpieczonego.

Rację ma pozwany wskazując, że stosowanie analogii działalności pozwanego do działalności towarzystw funduszy inwestycyjnych nie jest właściwe. Są to bowiem różne podmioty funkcjonujące w odmiennym reżimie prawnym. Porównywanie ich na potrzeby niniejszego postępowania jest bezprzedmiotowe.

Zważywszy na całokształt przedstawionych okoliczności, w ocenie Sądu prawo Ubezpieczyciela do kształtowania stosunku prawnego w ramach określonych w ustawach nie może służyć takiemu ukształtowaniu jego treści, aby z formalnego punktu widzenia nie sprzeciwiał się ustawie, ale w rzeczywistości zmierzał do zrealizowania celu ustawowo zakazanego. Sytuacja, w której Ubezpieczony w żaden sposób, bazując na postanowieniach umownych, okresowych raportach, nie może zweryfikować czy wycena zastosowana w jego przypadku przez Ubezpieczyciela odpowiada wartości godziwej, obiektywnej wartości rynkowej nie może być akceptowana. Stosowany przez emitenta model wyceny jak również sposób ustalania indeksu nie został ujawniony w treści Regulaminu.

W kontekście powyższego nie można uznać by świadczenie ubezpieczeniowe powódki zarówno w przypadku zgonu jak i dożycia, a także kwota Całkowitego wykupu były określone w sposób obiektywnie weryfikowalny. Podkreślić przy tym należy, że powódka nie neguje świadomości ryzyka związanego z tą inwestycją. Powódka zdawała sobie z niego sprawę. Czym innym jest jednak ryzyko inwestycyjne, a czym innym weryfikowalności dokonanej wyceny.

Nie ulega wątpliwości Sądu, że wskazane wyżej postanowienia Warunków (...) oraz Regulaminu (...) kształtują prawa i obowiązki powódki

w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jej interesy. W orzecznictwie jak i w doktrynie przyjmuje się, że istotą „dobrego obyczaju” jest szeroko rozumiany szacunek do drugiego człowieka. Dobre obyczaje odwołują się do takich wartości jak uczciwość, szczerowość, zaufanie, lojalność, rzetelność i fachowość. Sprzeczne więc z dobrymi obyczajami będą działania uniemożliwiające realizację tych wartości, w tym również takie, które zmierzają do niedoinformowania, dezinformacji, wykorzystania naiwności lub niewiedzy konsumenta. Nadto, działanie wbrew dobrym obyczajom (w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego) oznacza tworzenie przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron takiego stosunku (por. wyrok Sądu Najwyższego z 13 lipca 2005 r., I CK 832/04, LEX nr 159111). W zakresie przesłanki „rażącego naruszenia interesów konsumenta” znaczenie mają nie tylko (choć

w przeważającym zakresie) względy ekonomiczne, lecz także takie dobra konsumenta jak jego czas, prywatność, wygoda, zdrowie, rzetelne traktowanie, satysfakcja z zawarcia umowy. Naruszenie zaś nosi miano „rażącego”, jeżeli poważnie i znacząco odbiega od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron.

Dla oceny abuzywności danego postanowienia umownego miarodajny jest test polegający na ustaleniu hipotetycznego stanu faktycznego, w którym kwestionowany zapis nie zostałby zastrzeżony i ustalenie, jak wówczas wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta. Jeżeli konsument byłby w lepszej sytuacji, gdyby konkretnego postanowienia wzorca nie było, należy przyjąć, że ma ono charakter nieuczciwy (por. wyrok SA

w Warszawie z 11 października 2011 r., VI ACa 421/11, LEX nr 1171445).

Mając na względzie poczynione rozważania dotyczące badania niedozwolonego charakteru niektórych postanowień Warunków (...) i Regulaminu (...), Sąd doszedł do wniosku, że w umowie ubezpieczenia grupowego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „(...)”, której powołane dokumenty stanowią integralną część, za abuzywne w oparciu o art. 385⁽¹⁾k.c. należało uznać:

1. Rozdział 10 ust. 2 Warunków Ubezpieczenia – w zakresie w jakim świadczenie ubezpieczeniowe ustalane jest w oparciu o Wartość Rachunku, ustalaną zgodnie z niejasnymi zapisami § 4 ust. 5 Regulaminu (...). Z uwagi na niemożność weryfikacji metody wyceny Jednostek Uczestnictw może dojść do sytuacji,

w której ochrona ubezpieczeniowa, pomimo dominującego aspektu inwestycyjnego będzie zupełnie pozorna z uwagi na niewielką Wartość rachunku w Dacie umorzenia;

2. § 4 ust. 2 Regulaminu (...) z uwagi na niejasno sprecyzowany sposób wyceny aktywów netto Funduszu, wobec tego nie nadający się do weryfikacji pod kątem wartości godziwej;

3. § 4 ust. 3 i 4 Regulaminu (...) w zakresie w jakim wycena środków zgromadzonych w (...), a lokowanych w certyfikaty emitowane przez (...), z których wypłata oparta jest na indeksie o niewskazanym sposobie jego ustalania, poza stwierdzeniem, że wynika on z dokumentu zatytułowanego jako tzw. (...), określającego zasady wyceny oraz tego w jakie instrumenty, indeks może inwestować (dokument ten przedstawiony jedynie Ubezpieczycielowi w ramach łączącej go umowy z bankiem inwestycyjnym);

4. § 4 ust. 5 Regulaminu (...) w zakresie w jakim Wartość Rachunku po zakończeniu okresu odpowiedzialności, zostanie obliczona w oparciu o certyfikaty, których wypłata oparta jest o nie wiadomo jak ustalany indeks i metodę wyceny (ust. 3).

Z uwagi na to, że zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. powyższe postanowienia nie wiążą powódki i nie mogą zostać zastąpione innymi postanowieniami, pozwany jest zobowiązany zwrócić powódce całą zainwestowaną przez nią kwotę, oczywiście pomniejszoną o kwotę już wypłaconą. Bez zakwestionowanych postanowień określających główne świadczenia stron nie jest bowiem możliwe utrzymanie tego stosunku zobowiązaniowego (por. wyrok TSUE z dnia 3 października 2019 r. w sprawie C-260/18). Wskazać należy, że Dyrektywa 93/13/EWG jednoznacznie przewiduje w art. 6 ust. 1, że Państwa Członkowskie stanowią, że na mocy prawa krajowego nieuczciwe warunki w umowach zawieranych przez sprzedawców lub dostawców z konsumentami nie będą wiążące dla konsumenta, a umowa w pozostałej części będzie nadal obowiązywała strony, jeżeli jest to możliwe po wyłączeniu z niej nieuczciwych warunków. Zgodnie z wykładnią tego przepisu dokonaną w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości, umowa zawierająca nieuczciwe warunki powinna w zasadzie nadal obowiązywać, bez jakiegokolwiek zmiany innej niż wynikająca z uchylecia nieuczciwych warunków, o ile takie dalsze obowiązywanie umowy jest prawnie możliwe zgodnie

z zasadami prawa wewnętrznego (m.in. wyrok w sprawie C-618/10, w sprawie C-488/11).

W niniejszej sprawie nie jest to możliwe. W tej sytuacji żądanie powódki zwrotu przez Towarzystwu (...) S.A. we W. kwoty 92.386,12 zł tytułem nienależnego świadczenia, Sąd uznał za usprawiedliwione. Znajduje ono bowiem podstawę w treści art. 385¹ § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 405 k.c. Nie ulega wątpliwości, że pozwane Towarzystwo (...) uzyskało bez podstawy prawnej korzyść majątkową kosztem powódki.

O odsetkach orzeczono na podstawie art. 481 k.c.

Z uwagi na uwzględnienie żądania głównego za bezprzedmiotowe Sąd uznał wypowiedanie się w kwestii abuzywności postanowień regulujących pobieranie opłaty likwidacyjnej. Zasygnalizować jedynie należy, że rację ma pozwany wskazując, że Sąd Najwyższy w ostatnich swoich orzeczeniach odszedł od tzw. rozszerzonej prawomocności rejestru klauzul abuzywnych po stronie biernej (por. wyroki SN z 30.11.2017 r., IV CSK 51/17). Niemniej jednak kwestia niedozwolonego charakteru opłaty likwidacyjnej w tego typu umowach grupowego ubezpieczenia z (...) została już przesądzona w orzecznictwie. Sama opłata za wykup nie stanowi głównego świadczenia stron (tak SN w uchwale z dnia 24 stycznia 2020 r., III CZP 51/19). Zastrzeżenie opłaty likwidacyjnej na tak wysokim poziomie w pierwszych latach obowiązywania umowy (50% w 6 roku – przypadek powódki), przy jednoczesnym braku wyraźnego wskazania w warunkach ubezpieczenia charakteru prawnej opłaty likwidacyjnej oraz w jaki sposób została skalkulowana jej wysokość, uzasadnia stanowisko, że taki sposób ukształtowania praw i obowiązków powódki jako konsumenta pozostaje w sprzeczności z dyspozycją art. 385⁽¹⁾ k.c. Zdaniem Sądu, stanowisko pozwanego Towarzystwa co do pokrywania ponoszonych przez niego kosztów, nie jest przekonujące ze względu na wskazane przez niego wydatki, których poniesienie miało zostać zrekompensowane poprzez potrącenie spornych opłat ze środków finansowych

zgrupowanych na rachunku powódki. Analiza tychże deklarowanych wydatków wskazuje, że nie były one powiązane ściśle z kosztami towarzyszącymi rozwiązaniu umowy ubezpieczenia na życie. Wręcz przeciwnie, Sąd doszedł do przekonania, że pozwane Towarzystwo w ten sposób przerzuca na konsumentów koszty poniesione przy zawarciu umowy czy wręcz koszty ogólne związane z prowadzeniem działalności gospodarczej, próbując całkowicie wyłączyć ryzyko finansowe włączone w prowadzoną działalność.

Winno się wskazać w tym miejscu, że pozwane Towarzystwo posiada pełną autonomię co do podejmowanych decyzji o zorganizowaniu swojej działalności. To on decyduje o strategii sprzedaży produktów ubezpieczeniowych, o tym w jakim stopniu będzie korzystał ze swoich zasobów finansowych, a w jakim z usług akwizycyjnych innych podmiotów. Konsument nie ma na to żadnego wpływu. Dodatkowo, nie ma wpływu na to ile placówek posiada pozwany, ilu pracowników zatrudnia oraz czy ponosi tzw. koszty pośrednie związane z reklamą i promocją.

Mimo, że pozwane Towarzystwo mogło zagwarantować sobie zabezpieczenie na wypadek odstąpienia od umowy przez ubezpieczonego, to nie może zyskać akceptacji fakt, że bez wątpienia uczynił to w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Pozwany jako profesjonalista powinien bowiem skonstruować warunki umowy w taki sposób, aby jak najbardziej jasno i przejrzysto wskazywały one konsumentowi, jakie będą realne koszty związane z funkcjonowaniem umowy, a także jakie będą realne koszty związane

z wcześniejszym jej rozwiązaniem. Generalnie zatem już w samej umowie powinno być ustalone, np. w jakiej konkretnie kwocie prowizja w związku z zawarciem umowy została wypłacona pośrednikowi, który skierował powódkę do tego towarzystwa i doradził jej zawarcie umowy. Wówczas rzeczywiście mogłaby być to podstawa do tego, aby pewne kwoty potrącić ze zwracanego świadczenia, tym bardziej, że konsument znając te kwoty, mógłby ocenić ryzyko, jakie wiązałoby się z wycofaniem z umowy. O tym wszystkim powinien być jednak powiadomiony już na etapie zawierania umowy. Nie wystarcza tu ogólnikowe powołanie się na rzekomo powszechnie znany fakt, że koszt wykupu alokowanych środków jest w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia wyższy niż

w następnych. Nie stanowi też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter. W rezultacie powyższych rozważań, Sąd nie odmawia pozwanemu prawa do rozliczenia kosztów akwizycji i innych poniesionych w związku

z przedterminowym rozwiązaniem umowy, wskazując jedynie na konieczność ich konkretyzacji i rzetelnego poinformowania klienta przed zawarciem umowy, czego pozwany w realiach niniejszej sprawy nie dopełnił.

W tej sytuacji trudno nie oprzeć się wrażeniu, że opłata za wykup pełniła funkcję ukrytej i zarazem dotkliwej dla konsumenta kary umownej za rezygnację z kontynuacji umowy, która to kara miała zrekompensować pozwanemu Towarzystwu (...) zakładane przez nią korzyści rażąco nieproporcjonalnym kosztem konsumenta (por. wyrok SN z dnia 28 września 2018 r., I CSK 179/18).

Konkludując stwierdzić należy, że zastrzeżone przez pozwanego pobranie opłat za wykup ustalonych jako w istocie ryczałtowo ułamek od wartości rachunku ubezpieczonego, na wypadek rezygnacji z umowy przed upływem określonego czasu pozostaje w sprzeczności z dyspozycją art. 385⁽¹⁾ k.c. Za abuzywne należy zatem uznać także Rozdział 14 ust. 6 Warunków Ubezpieczenia – w zakresie w jakim wypłaca kwotę równą Wartości Rachunku pomniejszoną o Opłatę likwidacyjną oraz Rozdział 8 ust. 1 pkt 2 i ust 4 – w zakresie w jakim przewiduje pobranie opłaty likwidacyjnej, przy czym w treści Warunków Ubezpieczenia nie wyjaśniono charakteru prawnego tejże opłaty tj. z jakiego tytułu następuje pobranie oraz co się na tę opłatę składa, poza wskazaniem jej procentowej wysokości.

O kosztach postępowania orzeczono zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu wyrażoną w art. 98 § 1 k.p.c. Z uwagi na uwzględnienie żądania głównego powódki w całości, pozwane Towarzystwo winno zwrócić jej kwotę zasądzoną w pkt II wyroku tj. 10.037 zł, na którą składają się koszty: 4.620 zł tytułem opłaty od pozwu, 5.400 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego ustalonych zgodnie z § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

ZARZĄDZENIE

(...)

(...)

(...)

15.06.2020 r.