

sygn. XXV C 2699/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 grudnia 2021 roku

Sąd Okręgowy w Warszawie XXV Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący SSR (del.) Kamil Gołaszewski

Protokolant Katarzyna Konarzewska

po rozpoznaniu 8 listopada 2021 roku w Warszawie na rozprawie

sprawy z powództwa R. M.

przeciwko (...) SA we W., (...) SA w W.

o zapłatę

I. zasądza od **(...) SA z siedzibą we W.** na rzecz **R. M.** kwotę **131 070,94 zł** (sto trzydzieści sześć tysięcy siedemdziesiąt złotych dziewięćdziesiąt cztery grosze) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 30 stycznia 2019 roku do dnia zapłaty;

II. w pozostałym zakresie oddala powództwo;

III. zasądza od **(...) SA z siedzibą we W.** na rzecz **R. M.** kwotę **13 051 zł** (trzynaście tysięcy pięćdziesiąt jeden złotych) tytułem kosztów procesu, w tym 6 480 zł (sześć tysięcy czterysta osiemdziesiąt złotych) tytułem kosztów zastępstwa procesowego;

IV. oddala wniosek pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. o zasądzenie kosztów procesu.

Sygn. akt XXV C 2699/18

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 20 września 2018 roku wniesionym do sądu 11 grudnia 2018 roku powód R. M. żądał zasądzenia na swoją rzecz solidarnie bądź in solidum od (...) SA z siedzibą we W. oraz (...) SA z siedzibą w W. kwoty 131 070,94 złotych wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 2 czerwca 2018 roku do dnia zapłaty wraz z kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powód wskazał, że działając jako konsument, namówiony przez pracowników (...) SA, zawarł dwie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) (dalej: Umowy), będąc wprowadzonym w błąd co do charakteru nabywanego produktu. W związku z rozwiązaniem tych Umów powód otrzymał niższe kwoty niż suma uiszczanych przez czas trwania Umów składek. Obecnie powód dochodzi od pozwanych zapłaty tej różnicy.

W ocenie powoda zawarte przez strony umowy są nieważne jako sprzeczne z bezwzględnie wiążącymi przepisami prawa ubezpieczeniowego oraz naturą stosunku ubezpieczenia oraz stosunku zobowiązaniowego jako takiego, jak również z zasadami współżycia społecznego. W szczególności Umowy miały nie wskazywać sumy ubezpieczenia, a nadto określać wysokość świadczenia ubezpieczeniowego inaczej niż w dokumencie polisy i deklaracji wysokości świadczenia. Umowy zawierały postanowienia, które pozostawiały zakładowi ubezpieczeń swobodę w ustalaniu wysokości swego świadczenia wobec powoda. Nadto powód uchylił się od skutków prawnych oświadczenia o zawarciu

Umów, które zostały złożone pod wpływem błędu. Względnie powód podnosi abuzywność postanowień dotyczących potrącania ze świadczenia dla ubezpiezonego opłaty likwidacyjnej i administracyjnej, które łącznie wyniosły 90 629,83 zł.

Wobec pozwanego (...) SA powód podnosi dopuszczenie się nieuczciwej praktyki rynkowej wprowadzającej w błąd polegającej na zatajaniu ryzyk związanych z oferowanym produktem, co uzasadnia dochodzenie roszczenia o zwrot różnicy pomiędzy sumą wpłaconych składek a dotychczas zwróconą powodowi kwotą, ewentualnie unieważnienie umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń (pozew k.3-25).

Pozwany (...) SA z siedzibą w W. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Pozwany podniósł, że nie ciążyły na nim jako na ubezpieczającym żadne szczególne obowiązki informacyjne wobec ubezpiezonego. Prezentacja produktu przez pozwanego była dobrowolna i stanowiła uzupełnienie informacji zawartych w dokumentach dotyczących ubezpieczenia wydanych przez ubezpieczyciela. Pozwany zaprzeczył, aby doradca klienta przekazywał informacje, które mogły wprowadzić go w błąd. Nadto pozwany zakwestionował dochowanie przez powoda rocznego terminu na uchylenie się od skutków prawnych oświadczenia woli od dnia wykrycia błędu. Pozwany zakwestionował również związek pomiędzy swoim działaniem a szkodą, wskazując, że szkoda powstała w związku z wcześniejszym zakończeniem ubezpieczenia przez powoda (odpowiedź na pozew k.123-137).

Pozwane (...)SA z siedzibą we W. w odpowiedzi na pozew wniosło o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Pozwany zakwestionował wszystkie twierdzenia przedstawione w pozwie, podnosząc przede wszystkim, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest przewidziana w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, zaś umowy, do których przystąpił pozwany zawierają wszystkie wymagane przez prawo elementy. Pozwany podkreślił, że przy zawieraniu umów długoterminowego oszczędzania ponosi koszty, które przez pierwsze lata osiągają wysoki poziom w stosunku do wartości wpłacanych składek. W związku z tym opłaty likwidacyjne są rekompensatą kosztów jakie poniósł ubezpieczyciel, a nie jego zyskiem. Pozwany podniósł nadto, że powód nie posiada legitymacji do żądania unieważnienia/uznania za nieważną umowy ubezpieczenia grupowego, do której przystąpił, ponieważ nie jest jej stroną. Pozwany podniósł również zarzut przedawnienia roszczenia powoda w zakresie opłaty administracyjnej za okres 3 lat przed złożeniem pozwu (odpowiedź na pozew k.161-179).

W dalszym toku postępowania pozwane(...) SA podniosło niedopuszczalność badania abuzywności opłaty administracyjnej, ponieważ jest to główne świadczenie strony (pismo procesowe z 19.04.2019 r. k.267-280).

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

Powód R. M., podpisując w dniu 20 sierpnia 2010 roku dwie Deklaracje Przystąpienia (...), przystąpił jako ubezpieczony do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) zawartej w dniu 12 lipca 2010 r. pomiędzy (...) S.A. we W. jako ubezpieczycielem i (...) S.A. w W. jako ubezpieczającym (deklaracje przystąpienia (...) z załącznikami k.143-146, certyfikaty z dnia 08.09.2010 r. k.30-31).

Powód przystąpił do ubezpieczenia w wyniku prezentacji tego produktu przez (...) S.A. w W. (okoliczność bezsporna).

Zgodnie z podpisanymi przez powoda deklaracjami przystąpienia do umowy ubezpieczenia Składka Zainwestowana wynosiła 247 500 zł oraz 292 500 zł, Składka Pierwsza – odpowiednio 49 500 zł i 58 500 zł, Składka Bieżąca – odpowiednio 1364 zł i 1612 zł. Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu miała wynosić 1 % \* Składka Zainwestowana + (liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia \* Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu Ubezpiezonego) + wartość Składki Pierwszej lub Składek Bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do Ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie Ubezpiezonego.

Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia miała wynosić 100 % Wartości Rachunku w Dacie Umorzenia. Alokacja środków pieniężnych miała nastąpić w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...). Długość Okresu odpowiedzialności miała wynosi 180 miesięcy, zaś data początku Okresu odpowiedzialności przypadać 6 Dzień roboczy po zakończeniu Okresu Subskrypcji. Data przystąpienia do ubezpieczenia to 20 sierpnia 2010 roku. Zgodnie zaś z załącznikiem nr 1 do Deklaracji Przystąpienia Okres Subskrypcji, w którym Klient ma możliwość przystąpienia do ubezpieczenia to 12 lipca 2010 r. – 31 sierpnia 2010 r. Daty obserwacji to: tinal: 8 września 2010 roku, tfinal: 8 września 2025 roku. Zgodnie z oświadczeniami Ubezpieczonego zawartymi w Deklaracjach traciły one ważność w przypadku niezapłacenia Składki Pierwszej i pierwszej Składki Bieżącej do pierwszego Dnia roboczego po zakończeniu Okresu Subskrypcji lub przekazania kwoty Składki Pierwszej i pierwszej Składki Bieżącej w wysokości niższej niż określona w Deklaracji Przystąpienia (deklaracje przystąpienia (...) z załącznikami k.143-146).

W związku z przystąpieniem do ubezpieczenia powód otrzymał dwa certyfikaty potwierdzające objęcie ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...): nr (...) i nr (...) (certyfikaty z dnia 08.09.2010 r. k.30-31).

Integralną część wyżej wymienionej umowy ubezpieczenia grupowego stanowiły Warunki Ubezpieczenia „(...)” (kod (...)), Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (kod: (...)), Tabela Opłat i Limitów Składek (kod: (...)), których otrzymanie przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, zapoznanie się z ich treścią, ich zrozumienie i akceptację powód potwierdził własnoręcznym podpisem pod deklaracjami przystąpienia z dnia 20 sierpnia 2010 roku (deklaracje przystąpienia (...) z załącznikami k.143-146, Warunki Ubezpieczenia „(...)” k.51-55, Tabela Opłat i Limitów k.50, Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) k.48-49).

Zgodnie z Rozdziałem 2 pkt 1 i 2 Warunków (...) (WU) przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu na wypadek zgonu Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub zająścia w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wskutek przyczyn zaistniałych w Okresie odpowiedzialności zgonu Ubezpieczonego w wyniku następstw Nieszczęśliwego Wypadku lub dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności. Ponadto celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych Ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...).

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy podzielony jest na jednostki uczestnictwa Funduszu reprezentujące udziały Ubezpieczonych w Aktywach Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (Rozdział 7 pkt 1 WU).

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) powstaje z wpłacanych przez Ubezpieczonych Składek Pierwszych oraz Składek Bieżących pomniejszonych o Opłatę Administracyjną, których Alokacja dokonywana jest w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) poprzez nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu (§3 ust.1 Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...)).

Celem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) jest powiększanie wartości Aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego w wyniku wzrostu wartości lokat Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. W szczególności celem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) jest ochrona 100% kwoty odpowiadającej Składce Zainwestowanej (§3 ust.2 Regulaminu). Ubezpieczyciel nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego określonego w ust. 2 (§3 ust.3 Regulaminu).

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów Ubezpieczyciela, składającą się z Jednostek Uczestnictwa Funduszu o jednakowej wartości (§4 ust.1 Regulaminu). Aktywa netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny (§4 ust.2 Regulaminu). Środki Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) lokowane są do 100% w certyfikaty wyemitowane przez (...) gwarantowane przez (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...) (KOD (...)). Certyfikaty emitowane przez (...) wyceniane są w złotych polskich. Inwestycja w certyfikaty wiąże się z ryzykiem kredytowym emitenta. Przez ryzyko kredytowe emitenta rozumie

się możliwość wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności emitenta do obsługi zadłużenia, w tym do wykupu wyemitowanych certyfikatów (§4 ust.3 Regulaminu).

Indeks (...) stworzony przez (...) zapewnia 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 (§4 ust.4 Regulaminu).

Zgodnie z §5 ust. 1 Regulaminu, jeżeli nastąpi zdarzenie mające istotny wpływ na dalsze funkcjonowanie indeksu, w szczególności nastąpi likwidacja indeksu, o którym mowa w §4 ust.3-6, agent kalkulacyjny ( (...) lub jego następca) może zastąpić zlikwidowany indeks „Zastępczym Indeks” pod warunkiem, że wartość (...) jest ustalana w analogiczny sposób do wartości indeksu, o którym mowa w §4 ust.3-6. W przypadku braku możliwości spełnienia tego warunku, wartość indeksu może zostać określona przez agenta kalkulacyjnego.

Ubezpieczony płaci zadeklarowane w Deklaracji Przystąpienia Składki Bieżące oraz Składkę Pierwszą (rozdział 5 pkt 3).

Wysokość Składki Bieżącej płatnej miesięcznie obliczana jest na podstawie wysokości Składki Zainwestowanej. Jest to suma różnicy Składki Zainwestowanej i Składki Pierwszej oraz iloczynu Składki Zainwestowanej, liczby 15 oraz Opłaty Administracyjnej podzielona przez liczbę 180 (rozdział 5 pkt 3). Wysokość Składki Zainwestowanej obliczana jest na podstawie zadeklarowanej Składki Pierwszej i jest niezmienna w całym okresie odpowiedzialności, wynosząc pięciokrotność Składki Pierwszej (Składka Pierwsza podzielona przez 20% - rozdział 6 pkt 1).

Składka Pierwsza oraz Składki Bieżące wpłacane są przez Ubezpieczonego na rachunek bankowy Ubezpieczyciela. Łączna kwota Składki Pierwszej i pierwszej Składki Bieżącej powinna zostać zapłacona do pierwszego dnia roboczego po zakończeniu okresu subskrypcji (rozdział 5 pkt 5 WU).

Ubezpieczyciel w ciągu 14 Dni roboczych od dnia zakończenia Okresu Subskrypcji, dokonuje pierwszego nabycia Jednostek Uczestnictwa Funduszu i zapisania ich na Rachunku. Do czasu nabycia Jednostek Uczestnictwa Funduszu środki pieniężne nie są oprocentowane. Pierwsze nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje za Składkę Pierwszą oraz pierwszą Składkę Bieżącą po pomniejszeniu o Opłatę Administracyjną (rozdział 5 pkt 10 WU). W dniu wskazanym w Certyfikacie, o którym mowa w Rozdziale 13, następują kolejne nabycia Jednostek Uczestnictwa Funduszu i zapisanie ich na Rachunku (rozdział 5 pkt 11 WU).

Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu ustalana jest na Dzień wyceny. Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu na Dzień wyceny obliczana jest jako iloraz Wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego na Dzień wyceny i liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dniu wyceny (§6 ust.1-2 Regulaminu).

Zgodnie z §2 ust. 12 Regulaminu Wartość Aktywów Netto to wartość wszystkich Aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, ustalana zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...).

Jednostki Uczestnictwa Funduszu tworzone są w momencie ich zapisania na Rachunku Ubezpieczonego w zamian za przekazane środki pieniężne do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Jednostki Uczestnictwa Funduszu nabywane są za Składkę Pierwszą oraz za Składki Bieżące pomniejszone o Opłatę Administracyjną. Nabyta liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu równa jest ilorazowi kwoty przekazywanej do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego z tytułu zapłacenia przez Ubezpieczonego Składki Pierwszej lub Składek Bieżących pomniejszonych o Opłatę Administracyjną i wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie nabycia (§7 ust.2 Regulaminu). Wartość początkowa Jednostki Uczestnictwa Funduszu wynosi 200 zł. Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu zmienia się zgodnie ze zmianą Wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego przypadających na Jednostkę Uczestnictwa Funduszu (§7 ust.3 Regulaminu).

Umorzenie Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje w razie: likwidacji Rachunku lub likwidacji Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). 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 Aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (§8 ust. 1 i 2 Regulaminu).

W okresie obowiązywania Umowy Ubezpieczyciel może zlikwidować Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...), bądź zmienić jego strategię inwestycyjną, o czym poinformuje Ubezpieczającego najpóźniej 3 miesiące kalendarzowe przed jego likwidacją lub zmianą strategii inwestycyjnej. Ubezpieczeni, za pośrednictwem Ubezpieczającego, zostaną poinformowani pisemnie o likwidacji Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) lub zmianie jego strategii inwestycyjnej najpóźniej 2 miesiące kalendarzowe przed jego likwidacją lub zmianą strategii inwestycyjnej (§10 ust. 1 i 2 Regulaminu).

W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu Świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa (rozdział 10 pkt 1).

Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności wynosi 100% Wartości Rachunku w Dacie Umorzenia. Wartość Rachunku, o której mowa w zdaniu poprzednim zostanie ustalona zgodnie z zapisami §4 ust. 5 Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (rozdział 10 pkt 2).

Zgodnie z §4 ust.5 Regulaminu Wartość Rachunku po zakończeniu Okresu odpowiedzialności zostanie obliczona w oparciu o wartość certyfikatów, o których mowa w ust. 3. Na dzień zakończenia Okresu odpowiedzialności, certyfikaty zapewniają ochronę wartości nominalnej odpowiadającej Składce Zainwestowanej. Na dzień zakończenia Okresu odpowiedzialności wartość certyfikatów zostanie obliczona zgodnie z poniższym wzorem:

wartość nominalna \* (1 + Max (0; Indexfinal/Indexinitial - 1))

gdzie:

Indexfinal - wartość indeksu w dacie tfinal na zamknięcie dnia;

Indexinitial - wartość indeksu w dacie tinitial na zamknięcie dnia;

Data tfinal oraz data tinitial wskazane są w Załączniku nr 1 do Deklaracji Przystąpienia.

Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności ustalana jest po umorzeniu na Rachunku Jednostek Uczestnictwa Funduszu. Umorzenie wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje w terminie 25 dni po zakończeniu Okresu odpowiedzialności, według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia (rozdział 10 pkt 3).

Zgodnie z Rozdziałem 10 pkt 4 Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu:

- zgonu Ubezpieczonego innego niż zgon Ubezpieczonego w wyniku następstw Nieszczęśliwego Wypadku, z zastrzeżeniem Rozdziału 9, obliczana jest zgodnie z wzorem:

$1 \% * \text{Składka Zainwestowana} + (\text{liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia} * \text{Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu Ubezpieczonego}) + \text{wartość Składki Pierwszej lub Składek Bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do Ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie Ubezpieczonego};$

- zgonu Ubezpieczonego w wyniku następstw Nieszczęśliwego Wypadku, z zastrzeżeniem Rozdziału 9, obliczana jest zgodnie z wzorem:

Wyższa z dwóch wartości  $[(1\% * \text{Składka Zainwestowana} + (\text{liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia} * \text{Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu Ubezpieczonego}) + \text{wartość Składki Pierwszej lub Składek Bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do Ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie Ubezpieczonego}]$ ; (suma zapłaconych: Składki Pierwszej i Składek Bieżących do dnia zgonu Ubezpieczonego, pomniejszona o Opłatę Administracyjną)].

Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego ustalana jest po umorzeniu na Rachunku Jednostek Uczestnictwa Funduszu. Umorzenie wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu następuje po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie Ubezpieczonego (na przykład poprzez złożenie „Wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego”, którego wzór został pomocniczo przygotowany przez Ubezpieczyciela), według Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu z daty zgonu (rozdział 10 pkt 5).

Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie ubezpieczeniowe Ubezpieczonemu z tytułu dożycia do końca Okresu odpowiedzialności lub Uprawnionemu z tytułu zgonu Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności, z zastrzeżeniem Rozdziału 9 (rozdział 12 pkt 1).

Warunki Ubezpieczenia przewidywały w Rozdziale 14 możliwość rezygnacji z ubezpieczenia. Zgodnie z jego zapisami w razie rezygnacji z ubezpieczenia po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o Opłatę Likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (rozdział 14 pkt 6).

Zgodnie z rozdziałem 8 pkt 1 WU ubezpieczyciel pobiera Opłatę Administracyjną, w ramach której pobierana jest Opłata za ryzyko i Opłatę Likwidacyjną.

Opłata Administracyjna, z wyłączeniem pobieranej w ramach niej Opłaty za ryzyko, stanowi opłatę przeznaczoną na pokrycie kosztów czynności zarządzania i administrowania ubezpieczeniem oraz kosztu zawarcia danego stosunku ubezpieczenia a także stanowi wynagrodzenie Ubezpieczyciela za obsługę danego stosunku ubezpieczenia. Opłata Administracyjna naliczana jest procentowo zgodnie z „Tabelą Opłat i Limitów Składek” od wartości Składki Zainwestowanej i pobierana jest miesięcznie za Składki Bieżącej w Dniu zapłaty Składki Bieżącej (rozdział 8 pkt 3 WU).

Opłata Likwidacyjna pobierana jest w przypadku Całkowitego wykupu dokonanego w związku z rezygnacją przez Ubezpieczonego z ubezpieczenia oraz w związku z rozwiązaniem stosunku ubezpieczenia w przypadkach, o których mowa w Rozdziale 5 pkt. 7-8. Pobieranie Opłaty Likwidacyjnej ma na celu pokrycie poniesionych i nierozliczonych przez Ubezpieczyciela kosztów powstałych w związku z zawarciem stosunku ubezpieczenia z danym Ubezpieczonym oraz kosztów poniesionych przez Ubezpieczyciela związanych z czynnościami podejmowanymi w związku z umorzeniem Jednostek Uczestnictwa Funduszu na Rachunku i realizacją Całkowitego wykupu. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i reasekuracji w momencie rozwiązania umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany rozliczyć koszty akwizycji tej umowy ubezpieczenia a koszty te powinien pokryć z wpłaconych przez Ubezpieczonego składek. Koszty zawarcia stosunku ubezpieczenia z danym Ubezpieczonym stanowią koszty dystrybucji oraz koszty wdrożenia przypadające na dany stosunek ubezpieczenia. Opłata Likwidacyjna ma na celu pokrycie tej części kosztów poniesionych przez Ubezpieczyciela w związku z zawarciem stosunku ubezpieczenia z danym Ubezpieczonym, których w związku z wcześniejszym zakończeniem stosunku ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie będzie mógł pokryć w przyszłości. Opłata likwidacyjna pobierana jest w niższej z dwóch wartości: procencie Składki Zainwestowanej wskazanej w „Tabeli Opłat i Limitów Składek” albo procencie Wartości Rachunku wskazanym w „Tabeli Opłat i Limitów Składek” (rozdział 8 pkt 4 WU).

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek opłata likwidacyjna w pierwszym roku odpowiedzialności wynosiła 75 % Wartości Rachunku lub 60 % Składki Zainwestowanej, w drugim – 75 % Wartości Rachunku lub 46,77 % Składki Zainwestowanej, w trzecim – 75 % Wartości Rachunku lub 38,76 % Składki Zainwestowanej, w czwartym – 75 % Wartości Rachunku lub 34,84 % Składki Zainwestowanej, w piątym – 50 % Wartości Rachunku lub 30,27 % Składki

Zainwestowanej, w szóstym – 30 % Wartości Rachunku lub 25,24 % Składki Zainwestowanej, w siódmym – 20 % Wartości Rachunku lub 20,60 % Składki Zainwestowanej, w ósmym – 15 % Wartości Rachunku lub 16,11 % Składki Zainwestowanej, w dziewiątym – 10 % Wartości Rachunku lub 11,66 % Składki Zainwestowanej, w dziesiątym – 5 % Wartości Rachunku lub 8,01 % Składki Zainwestowanej, w jedenastym – 4 % Wartości Rachunku lub 4,90 % Składki Zainwestowanej, w dwunastym – 3 % Wartości Rachunku lub 2,19 % Składki Zainwestowanej, w trzynastym – 2 % Wartości Rachunku lub 0,72 % Składki Zainwestowanej, w czternastym – 1 % Wartości Rachunku lub 0,30 % Składki Zainwestowanej, w piętnastym – 1 % Wartości Rachunku lub 0,09 % Składki Zainwestowanej. Ubezpieczyciel naliczał ponadto od Składki Zainwestowanej, Oplatę Administracyjną w wysokości 1,28 % w skali roku od Składki Zainwestowanej, Oplatę za ryzyko w wysokości 0,033% w skali roku wliczoną w Oplatę Administracyjną (Tabela Opłat i Limitów Składek k.50).

Środki Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) lokowane są do 100% w obligacje strukturyzowane „ (...)” wyemitowane w dniu 24 września 2010 r. przez (...). Instrumenty te stanowią nierozzerwalny produkt będący połączeniem dłużnego instrumentu finansowego (obligacji) oraz instrumentu pochodnego, którego wartość uzależniona jest od zmian wartości indeksów umożliwiającą ekspozycję na różne rynki akcji, nieruchomości, obligacji, jak również waluty i surowce (decyzja KNF z 11.04.2011 r. k.108-113).

Tytułem ubezpieczenia stwierdzonym certyfikatem nr (...) powód wpłacił łącznie kwotę 197 132 zł, zaś opłata administracyjna wyniosła łącznie 26 832 zł. Z kolei tytułem ubezpieczenia stwierdzonym certyfikatem nr (...) – 166 804 zł, zaś opłata administracyjna wyniosła łącznie 22 704 zł (tabele rachunku ubezpieczonego k.32-35).

W trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej powód zrezygnował z ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) (okoliczność bezsporna).

Na dzień likwidacji rachunków, tj. na 28 listopada 2017 r. na rachunku ubezpieczenia stwierdzonego certyfikatem nr (...) było 3 178,97179 jednostek uczestnictwa, zaś na rachunku ubezpieczenia stwierdzonego certyfikatem nr (...) – 2 689,89919 jednostek uczestnictwa. Pojedyncza jednostka uczestnictwa miała wartość 46,68 zł. Wartość rachunków wynosiła odpowiednio 148 394,40 zł oraz 125 564,49 zł. Wysokość opłaty likwidacyjnej wyniosła 15 %, tj. odpowiednio 22 259,16 zł oraz 18 834,67 zł. Powodowi wypłacono odpowiednio 126 135,24 zł oraz 106 729,82 zł (tabele rachunku ubezpieczonego k.32-35).

Pismami z 16 kwietnia 2018 r. powód złożył (...)S.A. we W. oraz (...) SA z siedzibą w W. oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) w zakresie wyrażenia zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, jako oświadczeń woli złożonych pod wpływem błędu, wskazując, iż zgodnie z deklaracjami pracownika (...) ubezpieczenie, do którego przystępował miało być bezpiecznym produktem oszczędnościowym a nie ryzykownym produktem inwestycyjnym. Tymczasem wartość jednostek funduszu spadła z wartości 200 zł na 46,68 zł na dzień rozwiązania. Ponadto powód nie został poinformowany, iż wpłacana składka zostanie obciążona blisko 19 % opłatą administracyjną (oświadczenia z dnia 16.04.2018 r. wraz z potwierdzeniem nadania k.39-41, 44-46).

Jednocześnie z ww. oświadczeniami pełnomocnik powoda wezwał pozwanych do zapłaty w terminie 3 dni od otrzymania wezwania kwot 70 996,76 zł oraz 60 074,18 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia otrzymania wezwania do dnia zapłaty tytułem zwrotu sumy wpłaconych składek na poczet ubezpieczenia (...) nr polisy (...) pomniejszonej o dotychczas wypłaconą wartość wykupu (pisma z 21.05.2018 r. wraz z potwierdzeniem nadania k.38, 41, 43, 46).

Ww. pisma zostały doręczone (...) SA w dniu 29 maja 2018 r., zaś (...) SA w dniu 25 maja 2018 r. (pismo z 18.06.2018 r. k.42, pismo z 20.06.2018 r. k.47).

W dniu 19 października 2010 r. (...) SA wystawiło (...)SA fakturę na kwotę 11 068 717,50 zł za usługi pośrednictwa finansowego w związku z ubezpieczeniem z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...). Kwota ta stanowi 75

% łącznie zebranej składki pierwszej pomniejszonej o kwotę 74 407,50 zł (faktura VAT wraz z wyliczeniem kwoty premii k.192, 193).

Powyższe okoliczności Sąd ustalił na podstawie wskazanych wyżej dowodów z dokumentów prywatnych zgromadzonych w aktach niniejszej sprawy, które nie pozostawały ze sobą w sprzeczności i których autentyczności i zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy nie zakwestionowała skutecznie żadna ze stron niniejszego postępowania.

Ustalając stan faktyczny sprawy sąd pominął wydruki tabel przedstawiające koszty działalności ubezpieczeniowej i inne wskaźniki dotyczące zakładów ubezpieczeń w Polsce (k.220-224), ponieważ nie wiadomo jakie jest źródło danych zawartych w tabelach, a zatem nie da się zweryfikować ich prawdziwości.

Ustalając stan faktyczny sąd pominął dowody w postaci istotnych poglądów prezesa UOKiK, wyroków, pism, opinii i stanowisk urzędów lub podmiotów trzecich, ponieważ są to dowody, które nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. W szczególności nie jest faktem istotnym dla rozstrzygnięcia to, jaka jest ocena prawna umowy ubezpieczenia dokonana przez podmioty trzecie.

Sąd pominął ostatecznie w podstawie rozstrzygnięcia kwestie związane z przebiegiem oferowania i prezentowania powodowi oferty, gdyż wobec przyjętej podstawy rozstrzygnięcia były one nieistotne.

### **Sąd zważył, co następuje:**

W pierwszej kolejności rozważenia wymagały twierdzenia powoda o nieważności Umowy ubezpieczenia.

Po pierwsze powód wskazywał, że umowa ubezpieczenia jest nieważna z powodu sprzeczności z art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (dalej: udg). Przepis ten określa obowiązki zakładu ubezpieczeń w przypadku ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Obowiązki te zakład ubezpieczeń może spełnić poprzez zawarcie wymienionych w tym przepisie elementów w umowie ubezpieczenia.

W związku z powyższym już sama konstrukcja tego przepisu wskazuje, że nie dotyczy on obowiązkowych postanowień umowy, ponieważ obowiązki zakładu ubezpieczeń wymienione w pkt. 1) – 6) mogą być spełnione nie tylko poprzez zawarcie w umowie ubezpieczenia określonych zapisów, ale również poprzez inne określenie, jak bowiem stanowi ten przepis: „zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia”. Spójnik alternatywny „lub” nie łączy zaś słów „określenie” i „zawarcie”, ale wyrażen „określenie” i „zawarcie w umowie ubezpieczenia”. W przeciwnym wypadku alternatywa byłaby tylko pozorną, skoro „określić coś w umowie” znaczy zasadniczo to samo, co „zawrzeć coś w umowie”. Założenie racjonalnego ustawodawcy każe zaś wykluczać istnienie takich sytuacji.

Nawet jednak jeśli uznać, że art. 13 ust. 4 udg określa obowiązkowe elementy umowy ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, to nie oznacza to że są to elementy przedmiotowo istotne (essentialia negotii) takiej umowy. Podobnie bowiem skonstruowany art. 69 ust. 2 prawa bankowego również nie określa wyłącznie takich elementów (zob. wyrok SN z dnia 22 stycznia 2016 r., I CSK 1049/14, OSNC 2016 nr 11, poz. 134, str. 92; System Prawa Handlowego, t. V – Prawo umów handlowych, rozdział 12, pkt 12.5.5.1.). Elementy przedmiotowo istotne umowy ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym określa art.805 §1 kc, który stanowi, że 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.

Niezależnie od powyższego, należy uznać, że zakład ubezpieczeń zawarł elementy wymagane w art. 13 ust. 4 pkt 2-4 udg w §3-10 Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). W istocie powód nawet nie kwestionuje tej okoliczności, wskazując jedynie na niewystarczające lub wadliwe wypełnienie tego obowiązku przez zakład ubezpieczeń. Nie oznacza to jednak, że zakład ubezpieczeń nie spełnił nałożonych na niego obowiązków,



jako że art. 13 ust. 4 mówi tylko o konieczności ustalenia pewnych zasad przez zakład ubezpieczeń, nie wskazując w jaki sposób ma to nastąpić. W szczególności jednak art. 13 ust. 4 pkt 1 udg nie implikuje nakazu zaoferowania ubezpieczonemu kilku ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, a jedynie statuuje pewne obowiązki informacyjne zakładu ubezpieczeń umożliwiające klientowi podjęcie świadomego wyboru co do wyboru ubezpieczenia.

Odnosnie do powoływanej przez powoda sprzeczności umowy z art.132 ust.4 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II), to nie wywołuje ona bezpośredniego skutku w ustawodawstwie kraju członkowskiego bez odpowiedniej transpozycji w krajowym akcie prawnym. Ponadto dotyczy ona zasad funkcjonowania zakładów ubezpieczeń, nie wywołując skutków dla konkretnych stosunków ubezpieczenia.

Nie są również zasadne zarzuty powoda związane z przerzuceniem ryzyka inwestycyjnego z ubezpieczającego na ubezpieczonego lub niewłaściwego sposobu inwestowania kapitału przez zakład ubezpieczeń. Jakkolwiek z art. 808 § 2 kc wynika, że roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu, to nie stanowi to jednak przeszkody do przeniesienia ciężaru finansowego opłacenia składek na ubezpieczonego niebędącego stroną umowy ubezpieczenia (zob. wyrok

SN z dnia 12 września 2013 r., IV CSK 91/13). Tym samym, można powiedzieć, że w sensie ekonomicznym ubezpieczony może stać się stroną stosunku ubezpieczenia, zaś pozycja ubezpieczyciela jest w takim przypadku w pełni transparentna (dalej tylko w sensie ekonomicznym, a nie prawnym).

W tym też duchu należy odczytywać przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, gdzie jest mowa o ryzyku, które ma ponosić ubezpieczający (jak choćby w przywoływanym przez powoda art. 155 ust. 4). Z punktu widzenia interesów finansowych zakładu ubezpieczeń (powoływane przez powoda art. 154 i 155 znajdują się w rozdziale 7 Gospodarka finansowa zakładu ubezpieczeń) pozycja ubezpieczającego jest tożsama z pozycją ubezpieczonego, to znaczy przeciwstawna pozycji zakładu ubezpieczeń. Tam zatem, gdzie ustawa przewiduje, że ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający, chodzi o to, że ma go nie ponosić zakład - ubezpieczyciel, a nie ubezpieczony. Jeśli ryzyka inwestycyjnego nie ponosi zakład ubezpieczeń, ale druga strona stosunku ubezpieczenia możliwe jest odejście od wyznaczonych przez ustawę sztywnych norm alokacji kapitału w określone aktywa. Normy te służą bowiem ochronie wypłacalności zakładu ubezpieczeń. Jak stanowi art. 151 ust. 1 udg rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe są przeznaczone na pokrycie bieżących i przyszłych zobowiązań, jakie mogą wyniknąć z zawartych umów ubezpieczenia. Jeśli całe ryzyko związane z zawartą umową sprowadza się do wypłacenia środków klienta zgromadzonych w funduszu kapitałowym, to wtedy po stronie zakładu ubezpieczeń nie ma żadnego ryzyka i takie środki zakład ubezpieczeń może inwestować dowolnie. Wniosek taki wynika również z samej definicji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego zawartej w art. 2 ust. 1 pkt 13 udg, który stanowi, że jest to wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia. Sposobu inwestycji środków z tego funduszu nie określa zatem ustawa, a jedynie umowa.

Niezależnie od powyższego z przepisów regulujących gospodarkę finansową zakładu ubezpieczeń w ogólności nie da się i nie należy wywodzić bezpośrednich skutków dla poszczególnych umów ubezpieczenia, ponieważ nie istnieje wydzielony kapitał uzyskany tylko w ramach danego stosunku ubezpieczenia, ale można mówić tylko o kapitałach (rezerwach, aktywach) całego zakładu ubezpieczeń, który musi być inwestowany w sposób określony w normach ostrożnościowych zawartych w ustawie.

Bez znaczenia pozostaje zarzut powoda lokowania środków przez ubezpieczyciela w obligacje strukturyzowane a nie certyfikaty, ponieważ jako zarzut w istocie nienależytego wykonania umowy nie może wpływać na jej ważność.

Nie jest zasadny również zarzut powoda o nieokreśleniu w umowie wysokości sumy ubezpieczenia. Zgodnie z art. 12 ust. 4 pkt 2) udg zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia m.in. zasad ustalania wartości świadczeń. Oznacza to, że w przypadku umów ubezpieczenia na życie związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, nie potrzeba określenia kwotowo sumy ubezpieczenia a wystarczy

określenie zasad jej ustalania. Wynika to z samej konstrukcji tego ubezpieczenia, gdzie wysokość świadczeń jest zależna od wartości funduszu kapitałowego na określony dzień w przyszłości.

Jakkolwiek wyżej przywołane zarzuty dotyczące nieważności stosunku ubezpieczenia nie okazały się zasadne, to słusznie podniósł powód, iż regulacje umowne łączącego pozwanego z powodem stosunku ubezpieczenia wadliwie normują określanie wartości jednostek uczestnictwa w funduszu kapitałowym, co prowadzi do nieważności umowy ubezpieczenia.

Bez dokładnego określenia świadczenia nie może być mowy o istnieniu zobowiązania cywilnoprawnego. Zgodnie z art. 353 § 1 kc zobowiązanie polega na tym, że wierzyciel może żądać od dłużnika świadczenia, a dłużnik powinien świadczenie spełnić. Jeśli nie wiadomo jakie świadczenie stanowi wykonanie zobowiązania, to ma zobowiązania.

Określenie zobowiązania nie może również co do zasady zostać pozostawione żadnej ze stron stosunku, ponieważ przeczyłoby to zasadzie równorzędności podmiotów prawa cywilnego, naruszając art. 353<sup>1</sup> kc. „Świadczenie w łączącym strony stosunku zobowiązaniowym powinno być oznaczone w chwili zawarcia umowy lub nadawać się do oznaczenia w okresie późniejszym. Tym niemniej kryteria, według których nastąpić ma ustalenie świadczenia, powinny być oznaczone już w chwili powstania danego stosunku zobowiązaniowego. [...] W doktrynie wskazuje się, że pozostawienie jednej ze stron oznaczenia świadczenia jest dopuszczalne, jeżeli ma ona tego dokonać w sposób obiektywny (...). Gdyby bowiem oznaczenie świadczenia pozostawione zostało jednej ze stron, bez jakichkolwiek ograniczeń w tym zakresie, takie postanowienie umowne – jako sprzeczne z art. 353<sup>1</sup> kc – byłoby nieważne, co pociągałoby zazwyczaj za sobą nieważność całego zobowiązania (...)” (W. Borysiak w: Komentarz do art. 353, K. Osajda (red.), Tom III A. Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania. Część ogólna, Warszawa 2017).

W obowiązującej na gruncie prawa polskiego konstrukcji zobowiązania umownego jako stosunku prawnego pomiędzy formalnie równorzędnymi podmiotami nie ma więc miejsca na przyznanie jednej ze stron zobowiązania możliwości jednostronnego, władczego oddziaływania na pozycję drugiej strony, a w szczególności na wysokość świadczenia albo kształt zobowiązania jednej ze stron.

Stanowisko takie zostało wyrażone w orzecznictwie już w pierwszych latach obowiązywania art.353<sup>1</sup> kc. Przywołać należy tu uchwałę składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z 22 maja 1991 roku, sygn. III CZP 15/91, w której stwierdza się, że: „za sprzeczne z naturą umowy gospodarczej należy uznać pozostawienie w ręku jednej tylko strony możliwości dowolnej zmiany jej warunków”.

Poglądy takie wyrażane są również w nowszym orzecznictwie. M.in. w wyroku Sądu Najwyższego z 22 maja 2014 r., sygn. IV CSK 597/13, zostało wskazane, że „nie zasługuje na aprobatę pogląd uznający dopuszczalność przyznania wyłącznie jednej stronie stosunku zobowiązaniowego możliwości zmiany warunków umowy”. Wyrok ten o tyle zasługuje na uwagę, że dotyczy dowolności ustalania przez jedną ze stron umowy cennika stanowiącego podstawę ustalenia wysokości odpłatności za świadczenia drugiej strony. Sytuacja jest więc analogiczna do będącego przedmiotem sporu w niniejszej sprawie przypadku ustalania przez ubezpieczyciela wyceny aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, stanowiącej podstawę ustalenia wysokości świadczenia ze strony ubezpieczyciela na rzecz ubezpieczonego.

Również w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 10 października 2017 r., sygn. VI ACa 726/16, sąd ten wskazał, że „umowa, w której jedna ze stron może dowolnie wpływać na zakres własnego zobowiązania, nie mieści się w granicach swobody umów, zaprzeczając istocie (naturze) stosunku obligacyjnego, w rozumieniu art. 353<sup>1</sup> k.c.”

Wreszcie odwołać należy się do tej linii orzecznictwa Sądu Najwyższego, która wyklucza, w stosunku do umów zawieranych przez banki, możliwość jednostronnego, swobodnego i nieskrępowanego kształtowania wysokości zmiennego oprocentowania. Przywołać tu należy uchwałę składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z 6 marca 1992 roku, sygn. III CZP 141/91 oraz uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 1992 r., sygn. III CZP 50/92, w których stwierdza się m.in., że: „Okoliczności, od zaistnienia których ma być uzależniona w regulaminie bankowym zmiana

wysokości oprocentowania wkładów i kredytów, powinny być skonkretyzowane w taki sposób, aby w przyszłości mogła być dokonana należyta ocena, czy rzeczywiście one wystąpiły i czy w związku z tym zmiana oprocentowania jest obiektywnie usprawiedliwiona”.

Przed przeprowadzeniem analizy postanowień tworzących stosunek ubezpieczenia, do którego przystąpił powód, pod kątem zgodności z wyżej omówionymi zasadami należy poczynić dodatkowe zastrzeżenie, że nie ma znaczenia w jaki sposób zakład ubezpieczeń w rzeczywistości ustalał wartość jednostek uczestnictwa funduszu kapitałowego. Analizie podlega bowiem jedynie treść czynności prawnej a nie sposób wykonywania umowy.

W razie dożycia do końca okresu odpowiedzialności wysokość świadczenia określa wzór zawarty w §4 ust. 5 Regulaminu. Zmiennymi w tym wzorze są: wartość nominalna odpowiadająca Składce Zainwestowanej oraz wartości indeksu, o którym mowa w §4 ust.3 Regulaminu w dacie początkowej i końcowej wskazanej w załączniku nr 1 do Deklaracji przystąpienia. Powołane postanowienie umowne wskazuje, że po zakończeniu okresu ubezpieczenia wartość rachunku miała zostać określona jako iloczyn składki zainwestowanej i ewentualnego wzrostu procentowego indeksu. Możliwe są zatem dwa scenariusze realizacji umowy. Jeśli indeks nie wzrośnie ponad poziom w dacie zawarcia umowy, ubezpieczony otrzyma całość składki zainwestowanej. Jeśli natomiast indeks wzrośnie, ubezpieczony otrzyma składkę zainwestowaną powiększoną proporcjonalnie o wzrost indeksu. Należy zwrócić uwagę, że wartość tak określonego świadczenia nie zależy w żadnym stopniu od wartości jednostki uczestnictwa funduszu – ta zmienna nie stanowi podstawy do określenia wysokości świadczenia.

Tak określone świadczenie na wypadek dożycia odpowiada wymogom art. 353<sup>1</sup> kc. Wysokość świadczenia jest wskazana już w dacie zawarcia umowy, zaś ubezpieczyciel nie ma wpływu na wysokość indeksu, który jest ustalany przez podmiot trzeci.

W razie zgonu ubezpieczonego innego niż w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku wysokość świadczenia miała zostać określona jako suma 1% składki zainwestowanej i 100 % wartości rachunku w dacie umorzenia (tj. iloczynu wartości jednostki oraz liczby jednostek posiadanych przez ubezpieczonego) powiększona o sumę składek wpłaconych, ale nie alokowanych. W przypadku zgonu w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku wysokość świadczenia wynosiła wyższą z dwóch wartości, tj. albo wartość świadczenia w razie zgonu ubezpieczonego innego niż w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku, albo sumę zapłaconych składek bieżących i składki pierwszej, pomniejszoną o Opłatę Administracyjną (rozdział 10 ust. 4 Warunków Ubezpieczenia).

Zasadniczym elementem wpływającym na wysokość świadczenia w razie zgonu innego niż w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku jest zatem wartość jednostki uczestnictwa, będąca pochodną wartości aktywów Funduszu. Zgodnie z §4 ust. 2 i 3 Regulaminu aktywa netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny, zaś środki Funduszu są lokowane do 100 % w certyfikaty związane z określonym indeksem. W świetle pozostałych postanowień Regulaminu, wyrażenie „do 100 %” należy odczytywać jako „100 %”, zważywszy, że postanowienia regulaminu odwołują się jedynie wartości certyfikatów, a nie jakichkolwiek innych aktywów.

Odnośnie do samej wyceny wskazanych w Regulaminie certyfikatów, będących w istocie obligacjami strukturyzowanymi, to brak jest jakiegokolwiek innego przepisu umownego innego niż §4 ust. 2 Regulaminu, który by określał sposób wyceny tych instrumentów. Aby zatem stwierdzić, że łączący strony stosunek prawny dostatecznie precyzuje główne świadczenie stron, należałoby ustalić, czy istnieje tylko jeden, niechybny sposób ustalenia „wartości rynkowej” przedmiotowych obligacji, którego zastosowanie zawsze prowadzi do takich samych, jednoznacznych wyników.

Dla przykładu, w przypadku instrumentów lub towarów będących przedmiotem obrotu giełdowego, takim sposobem jest odczyt notowań giełdowych danego dobra. W przypadku przedmiotowych obligacji nie można mówić o istnieniu takiego wskaźnika, skoro ubezpieczyciel w odpowiedzi na pozew wskazuje, że wartość aktywów netto funduszu ustalana jest według wartości godziwej pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości z zachowaniem zasad

ostrożnej wyceny (k.166v). Tym samym uznać należy, że ubezpieczyciel dokonuje wyceny jednostek funduszu na innej, niesprecyzowanej ani regulaminie, ani w warunkach ubezpieczenia, podstawie, niewyjaśnionej zresztą również w pismach procesowych.

Co prawda pozwany (a także świadek T. K. w swoich zeznaniach) powołał w tym kontekście art. 28 ust. 6 zd. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, który stanowi, że 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, niepowiązаныmi ze sobą stronami, jednakże w świetle tej definicji wartość godziwą można uznać jedynie za pewien postulat, cel, do którego należy dążyć, a który nie stanowi jednoznacznej wartości, ale raczej pewien akceptowalny, przy przyjętych założeniach, przedział cenowy (por. A. Helin, Komentarz do art. 28 [w:] Ustawa o rachunkowości. Komentarz, Wyd. 7, Warszawa 2017).

Potwierdzają to również przepisy Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych (nieznajdującego jednak zastosowania do praw i zobowiązań wynikających z umów ubezpieczeniowych na mocy §1 ust.1 pkt 3), który w §15 stwierdza, że za wiarygodną uznaje się wartość godziwą ustaloną w szczególności drogą: oszacowania dłużnych instrumentów finansowych przez wyspecjalizowaną, niezależną jednostkę świadczącą tego rodzaju usługi, przy czym możliwe jest rzetelne oszacowanie przepływów pieniężnych związanych z tymi instrumentami (pkt 2), oszacowania ceny instrumentu finansowego, dla którego nie istnieje aktywny obrót regulowany, na podstawie publicznie ogłoszonej, notowanej w aktywnym obrocie regulowanym ceny nieróżniącego się istotnie, podobnego instrumentu finansowego, albo cen składników złożonego instrumentu finansowego (pkt 4), oszacowania ceny instrumentu finansowego za pomocą metod estymacji powszechnie uznanych za poprawne (pkt 5).

Powyższe wskazuje, że nie istnieje jeden sposób ustalenia wartości godziwej, a te które (jedynie przykładowo) wymienia prawodawca są tylko ogólnymi wytycznymi, nieprowadzącymi bezpośrednio do ustalenia jednej konkretnej wartości godziwej. Zresztą przepis nie mówi o ustalaniu wartości godziwej, ale o jej szacowaniu, co samo w sobie wskazuje, że istnieje tu pewna dowolność i akceptacja dla różnorodnych wyników.

Mając powyższe na uwadze, uznać należy, że łączący strony stosunek umowny nie zawiera norm pozwalających ustalić wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu innego niż w wyniku następstw nieszczęśliwego wypadku. Nie można przy tym nawet mówić, że określenie świadczenia pozostawiono ubezpieczycielowi, jako że żaden przepis nie pozostawia ustalenia świadczenia ubezpieczycielowi. Równie dobrze bowiem, to ubezpieczający lub ubezpieczony mogliby ustalić wartość jednostek uczestnictwa funduszu, a to że tak się nie dzieje jest tylko kwestią faktu a nie prawa.

Istotne jest również, że w § 10 Regulaminu ubezpieczyciel zastrzegł sobie możliwość likwidacji funduszu bądź zmiany jego strategii inwestycyjnej. Taka decyzja nie została obwarowana żadnymi warunkami, ubezpieczyciel zobowiązywał się do powiadomienia ubezpieczającego, a za jego pośrednictwem ubezpieczonych. W razie likwidacji funduszu zgodnie z postanowieniami rozdziału 14 Warunków Ubezpieczenia następowało umorzenie wszystkich jednostek uczestnictwa według wartości jednostek z dnia likwidacji (ust. 9 i 10). Ponieważ strategia inwestycyjna została określona w §4 i 5 Regulaminu, ubezpieczyciel uzyskał prawo do dowolnego określenia nie tylko rodzaju aktywów, w które fundusz mógłby angażować swoje środki, ale określania daty zakończenia okresu odpowiedzialności. To zaś oznacza, że ubezpieczyciel uzyskuje uprawnienie do wpływania na termin i wysokość świadczenia należnego ubezpieczonemu z tytułu zakończenia trwania okresu odpowiedzialności. Sytuacja, w której jedna ze stron decyduje o wysokości świadczenia pozwalającego na zwolnienie się z własnego świadczenia, jest niedopuszczalna.

Zdaniem Sądu Okręgowego przedstawiona tu regulacja umowna jest równoznaczna z przyznaniem ubezpieczycielowi kompetencji do dowolnego określenia przedmiotowo istotnych elementów stosunku zobowiązaniowego. Regulamin podaje określoną strategię inwestycyjną (wybór konkretnych aktywów) i powiązany z nim sposób określenia wartości rachunku w dacie ustania odpowiedzialności, a więc i wysokość świadczenia przysługującego w wypadku dożycia. Jednakże ten sam regulamin zezwala na dowolną zmianę sposobu lokowania środków, w szczególności inwestycję w inne aktywa niż wskazano w pierwotnym regulaminie. W paragrafie regulaminu wskazującym na

obligacje strukturyzowane lub certyfikaty jako sposób inwestowania znajduje się również postanowienie określające wysokość rachunku z uwzględnieniem ewentualnego wzrostu indeksu, z którym te obligacje (certyfikaty) były powiązane. Zgodnie z umową ubezpieczyciel mógł zatem nie tylko zainwestować w inne aktywa, które nie pozwalały na zagwarantowanie 100% zwrotu składki zainwestowanej (np. w akcje), ale i usunąć z regulaminu fragment o uzależnieniu wysokości świadczenia od ewentualnego wartości indeksu. Na tej samej zasadzie ubezpieczyciel może samodzielnie zdecydować o wysokości świadczenia należnego ubezpieczonemu w razie likwidacji funduszu: decydując się na likwidację przy określonej (niskiej) wartości jednostki uczestnictwa, spowoduje wypłacenie ubezpieczonemu świadczenia w niskiej wysokości.

Naruszenie istoty stosunku zobowiązaniowego oznacza przekroczenie granic swobody umów określonych w art. 353<sup>1</sup> kc i prowadzi do nieważności czynności prawnej jako sprzecznej z ustawą (art. 58 kc). Dotknięte nieważnością postanowienia nie dotyczyły tylko części czynności prawnej, ale jej całości, wpływając na podstawowy mechanizm działania ubezpieczenia, albowiem składki płacone przez ubezpieczonego były alokowane w aktywa finansowe, których wycena jest niemożliwa. Tym samym ubezpieczony nie mógł zarabiać na ewentualnym wzroście wartości jednostek uczestnictwa, mogąc liczyć jedynie na odzyskanie wpłaconych składek (jednocześnie jednak ponosząc lokaty od zarządzania funduszem) z ewentualną korektą o wzrost wartości indeksu pomiędzy datą początkową i końcową odpowiedzialności ubezpieczyciela, co stanowiło swego rodzaju zakład. Tym samym wypaczony został sens ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a taka czynność prawna nie może się ostać w obrocie.

Przeciwko możliwości ostania się przedmiotowej umowy ubezpieczenia w obrocie prawnym przemawia niemożliwość zastąpienia zakwestionowanych postanowień jakimikolwiek przepisami prawa. Nie ma żadnego przepisu dyspozytywnego, czy to ogólnego, czy szczególnego dla kontraktów ubezpieczeniowych lub kontraktów rynku finansowego, który określałby wysokość świadczenia w zależności od wartości danego dobra. Wobec braku mogących znaleźć zastosowanie przepisów dyspozytywnych stanowiących podstawę wyznaczenia takiego kursu, wykluczyć należy możliwość ustalenia wartości ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w oparciu o ogólne przepisy odnoszące się do zasad konstruowania treści i skutków czynności prawnych (np. art. 56 kc) czy też wykonania zobowiązania (art. 354 kc). Możliwość uzupełnienia treści stosunku prawnego w oparciu o ustalone zwyczaje i zasady współżycia społecznego nie wyłącza bowiem wymogu określenia w oświadczeniu woli składników przedmiotowo istotnych czynności prawnej (zob. P. Sobolewski, Komentarz do art. 56 [w:] K. Osajda, Kodeks cywilny. Komentarz, Legalis).

Niezależnie od powyższego nawet jeśli uznać, że wyżej rozpatrywane postanowienia umowne (§4 ust.2 i §10 ust.1 Regulaminu) są ważne, to jednak pozostają abuzywne. Nie tylko zresztą one, ale również klauzule dotyczące wysokości opłat (Rozdział 8 ust. 3 Warunków Ubezpieczenia i Tabela Opłat) oraz wartości początkowej jednostek uczestnictwa (§7 ust.3 zd.1 Regulaminu).

Zgodnie z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem, niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. W myśl art. 385<sup>1</sup> § 2 k.c., jeżeli postanowienie umowy zgodnie z § 1 tego artykułu nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie. Stosownie do treści art. 385<sup>1</sup> § 3 k.c., niezgodnione indywidualnie są natomiast 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. Zgodnie zaś z art. 385<sup>1</sup> § 4 k.c., ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje. Podkreślić należy, że art. 385<sup>1</sup> k.c. stanowi implementację art. 3 dyrektywy Rady Wspólnot Europejskich 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 roku w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz. Urz. WE L Nr 95, s. 29 ze

zm.), który stanowi, że warunki umowy, które nie były indywidualnie negocjowane, mogą być uznane za nieuczciwe, jeśli stoją

w sprzeczności z wymogami dobrej wiary, powodują znaczącą nierównowagę wynikających z umowy, praw i obowiązków stron ze szkodą dla konsumenta. Z przytoczonych regulacji wynika, że aby określone postanowienie umowy mogło zostać uznane za niedozwolone, muszą zostać spełnione cztery warunki: 1) umowa musi być zawarta z konsumentem, 2) postanowienie umowy nie zostało uzgodnione indywidualnie, 3) postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, 4) postanowienie sformułowane w sposób jednoznaczny nie dotyczy głównych świadczeń stron.

W niniejszej sprawie wątpliwości nie budzi okoliczność, że zawierając z pozwanym umowy ubezpieczenia powód posiadał status konsumenta w rozumieniu art. 22<sup>1</sup> k.c., który stanowi, że za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową.

Ponadto z art. 385<sup>1</sup> § 4 k.c. wynika domniemanie braku indywidualnych uzgodnień postanowień umowy w przypadku, gdy postanowienie umowy zostało zaczerpnięte z wzorca umowy. Niewątpliwie zarówno Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, jak i Warunki Ubezpieczenia oraz Tabela Opłat stanowią wzorce umowne. Powód oczywiście nie mógł mieć wpływu na ich kształtowanie, skoro nie jest on nawet stroną umowy ubezpieczenia, a jedynie do niej przystąpił jako ubezpieczony.

W związku z powyższym w przedmiotowej sprawie brak jest podstaw do wyłączenia spornych postanowień umownych spod kontroli przewidzianej w art. 385<sup>1</sup> k.c.

Nie ma również podstaw do przyjęcia, że zawarte w kwestionowanej umowie ubezpieczenia na życie postanowienia określały główne świadczenia stron. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wskazuje się, że pojęcie głównego świadczenia stron należy rozumieć wąsko, w nawiązaniu do pojęcia elementów przedmiotowo istotnych umowy (essentialia negotii) (zob. wyroki z dnia 8 czerwca 2004 r., I CK 635/03, Legalis nr 208591 i z dnia 1 marca 2017 roku, IV CSK 285/16, Legalis nr 1618112).

Główne świadczenia stron Umowy zostały wyraźnie określone w Rozdziale 5 ust.1 i Rozdziale 10 ust.1, 2 i 4 Warunków Ubezpieczenia, gdzie wskazano, iż ubezpieczony ma obowiązek opłacać składkę pierwszą i składki bieżące, a Towarzystwo ubezpieczeniowe jest zobowiązane do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek zgonu lub dożycia ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności, co stanowi z kolei główne świadczenie tegoż Towarzystwa. Opłata likwidacyjna i administracyjna nie stanowiły zaś nawet świadczenia ubezpieczonego, a jedynie korzyść odnoszoną przez zakład ubezpieczeń kosztem ubezpieczonego (por. uchwała SN z dnia 24 stycznia 2020 r., III CZP 51/19). Podobnie uprawnienie do likwidacji funduszu lub zmiany jego strategii nie było świadczeniem. Z kolei postanowienie dotyczące ustalania wartości aktywów netto funduszu, jakkolwiek związane ze świadczeniem głównym ubezpieczyciela, to nie określało go bezpośrednio, więc z punktu widzenia kontroli abuzywności było postanowieniem, którego badanie pod tym kątem z całą pewnością jest możliwe.

Niezależnie jednak od powyższego, nawet jeśli uznać, że §4 ust.2 Regulaminu określał jednak główne świadczenie stron, to z pewnością nie był postanowieniem jednoznacznym. Jakkolwiek bowiem przepis wydaje się być jasny, to jednak jego redakcja i umiejscowienie nie dają konsumentowi pojęcia o znaczeniu tego przepisu dla jego praw i obowiązków. Aby bowiem zrozumieć jakie znaczenie ma wartość aktywów netto funduszu dla swych praw ubezpieczony musi sięgnąć do innego dokumentu, tj. Warunków Ubezpieczenia, gdzie od wartości aktywów netto zależy wartość jednostki uczestnictwa, od której zależy przysługujące świadczenie ubezpieczeniowe. Jednocześnie na podstawie §4 ust.2 Regulaminu ubezpieczony nie jest w stanie ustalić w jaki sposób wartość aktywów netto funduszu zostanie rzeczywiście ustalona. Tym samym nie można uznać, aby przepis ten spełniał wymagania jednoznaczności.

W dalszej kolejności należało ocenić czy kwestionowane klauzule umowne kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Podkreślić trzeba, że sprzeczne z dobrymi obyczajami są przede wszystkim działania niezgodne z zasadą równorzędności stron kontraktujących.

Rażącym naruszeniem interesów konsumenta jest z kolei nieusprawiedliwiona dysproporcja praw czy obowiązków na jego niekorzyść w stosunku obligacyjnym. Wspólną cechą wyżej wskazanych przesłanek jest nierównomierne rozłożenie praw, obowiązków czy ryzyka między stronami, prowadzące do zachwiania równowagi kontaktowej (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 lipca 2005 roku, I CK 832/04, Legalis numer 71468). Do dobrych obyczajów, uczciwości kupieckiej zalicza się przede wszystkim wymaganie od przedsiębiorcy wysokiego poziomu świadczonych usług oraz stosowania we wzorcach umownych takich zapisów, aby dla zwykłego konsumenta były one jasne, czytelne i proste, a ponadto by postanowienia umowne w zakresie łączącego konsumenta z przedsiębiorcą stosunku prawnego należycie zabezpieczały interesy konsumenta i odwzorowywały przysługujące mu uprawnienia wynikające z przepisów prawa. Postanowienia umów, które kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z wyżej wymienionymi wartościami kwalifikować należy zawsze jako sprzeczne z dobrymi obyczajami, w rozumieniu przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

W szczególności dotyczy to wszelkich postanowień, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między partnerami umowy. Co do zasady, za sprzeczne z dobrymi obyczajami uznaje się reguły postępowania sprzeczne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami można uznać także działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności, a więc działanie potocznie określane jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające od przyjętych standardów postępowania. Sąd jest zatem obowiązany do zbadania i oceny, czy konkretne klauzule umowne przekraczają granice rzetelności kontraktowej określone przez ustawodawcę w odniesieniu do kształtowania praw i obowiązków stron konsumenckiego stosunku obligacyjnego (tak Sąd Najwyższy w wyrokach z dnia 27 listopada 2015 roku, I CSK 945/14, Legalis nr 1508206, z dnia 30 września 2015 roku, I CSK 800/14, Legalis nr 1372861, z dnia 13 sierpnia 2015 roku, I CSK 611/14, Legalis nr 1325760, a także Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyrokach dnia 30 czerwca 2015 roku, VI ACa 1046/14, Legalis nr 1360384 i z dnia 11 czerwca 2015 roku, VI ACa 1045/14, LEX nr 1916598). Również sytuacja, w której konsument pragnący ustalić prawidłowość zachowania przedsiębiorcy zobowiązany byłby do korzystania z opinii biegłego, oznacza nadmierne trudności równoznaczne z istotnym naruszeniem interesów konsumenta (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 25 czerwca 2014 roku, sygn. VI ACa 1930/13).

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy, sąd doszedł do wniosku, że postanowienie umowne zawarte w §4 ust.2 Regulaminu dotyczące sposobu ustalania wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy poprzez stworzenie pozoru istnienia obiektywnej metody ustalenia wartości aktywów netto funduszu, podczas gdy metoda taka nie istnieje, co przyznaje przedsiębiorcy faktyczną możliwość wpływania na wysokość świadczenia, do którego jest zobowiązany przedsiębiorca bez możliwości kontroli zgodności wykorzystanej metody z umową. Niewątpliwie takie ukształtowanie stosunku zobowiązaniowego wprowadza znaczną dysproporcję we wzajemnych prawach i obowiązkach stron, biorąc pod uwagę, że przeciętny konsument nie ma dostępu do informacji i metod, które umożliwiłyby mu weryfikację poprawności wyceny dokonanej przez przedsiębiorcę. Tym samym takie ukształtowanie umowy narusza dobre obyczaje, a przy tym rażąco narusza interesy konsumenta.

Również przyznanie ubezpieczycielowi prawa do jednostronnej zmiany strategii funduszu lub nawet jego likwidacji jest sprzeczne z dobrymi obyczajami, ponieważ pozwala przedsiębiorcy w sposób całkowicie dowolny, bez uzasadnienia zdecydować o zakończeniu stosunku ubezpieczenia lub zmiany działalności funduszu w sytuacji, gdy profil inwestycyjny funduszu należy uznać za podstawowe kryterium decyzji o wyborze takiego a nie innego funduszu. Takie uprawnienie z pewnością rażąco narusza interesy konsumenta, który jest pozbawiony jakiegokolwiek ochrony przed jednostronną decyzją przedsiębiorcy.

Odnosnie do postanowień Rozdziału 8 ust. 3 Warunków Ubezpieczenia oraz Tabeli opłat i limitów, w zakresie w jakim dotyczą opłaty likwidacyjnej, to zdaniem sądu mają one charakter klauzul abuzywnych, przy tym zasadniczo nie ze względu na samo ich zastrzeżenie, ale ze względu na wysokość przewidzianych opłat likwidacyjnych.

Jak wcześniej wskazano przedsiębiorca nie powinien zastrzegać postanowień, które doprowadzają do znaczącej nierównowagi kontraktowej, naruszając interesy konsumenta. Niewątpliwie zaś pozwany w ten sposób skonstruował produkt w postaci ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Nierównowaga ta opiera się na nierównomiernym rozłożeniu ryzyka umowy pomiędzy jego strony. Korzyść ubezpieczonego wyznacza przede wszystkim wartość jednostek uczestnictwa funduszy, w które zainwestowano składki wpłacane przez ubezpieczonego, a w dalszej kolejności wartość indeksu. Od wartości tych jednostek i indeksu zależy zysk lub strata ubezpieczonego „na produkcie”. Z kolei zysk zakładu ubezpieczeń „na produkcie” jest zasadniczo pewny, niezależny od jakichkolwiek czynników, ponieważ zakład ubezpieczeń ma obowiązek tak kalkulować wysokość opłat w każdej umowie, aby pokryć wszystkie ponoszone przez zakład ubezpieczeń koszty oraz co oczywiste osiągnąć zysk (art. 18 ust. 2 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej).

Nierównowagi kontraktowej stron nie można jednak tłumaczyć wymogami prawa, ponieważ żaden przepis prawa nie nakazuje istnienia takiej nierównowagi. W szczególności obowiązek obciążania ubezpieczonych kosztami akwizycji przypadającymi na daną umowę w przypadku rozwiązania umowy nie wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji z dnia 28 grudnia 2009 r. (Dz.U. Nr 226, poz. 1825). Zgodnie z § 1 tego rozporządzenia określa ono szczególne zasady rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji. Nie reguluje ono zatem koniecznej treści umów ubezpieczenia. W szczególności bezpodstawne jest zastrzeżenie zawarte w Rozdziale 8 ust.3 Warunków Ubezpieczenia, że koszty związane z zawarciem umowy powinny być pokryte przez pobranie opłaty likwidacyjnej, ponieważ z przepisów rozporządzenia wynika, że rozwiązanie umowy ubezpieczenia generuje (aktywuje) określone koszty po stronie ubezpieczyciela. Jak bowiem wcześniej wskazano przepisy rozporządzenia dotyczą jedynie kwestii rachunkowych, w tym możliwości ujęcia danego wydatku w kosztach zakładu ubezpieczeń i nie mają żadnego przełożenia na obowiązki umowne zakładu ubezpieczeń i jego kontrahentów.

Sąd nie zgodził się również z twierdzeniami pozwanego, że opłata likwidacyjna ma uzasadnienie w celu pokrycia kosztów powstałych w związku z zawarciem stosunku ubezpieczenia i realizacją całkowitego wykupu. Opłata tym różni się od zwykłego wynagrodzenia, że powinna być uzasadniona poniesionymi kosztami, które powinny być wiadome dla strony, która ma opłatę uiścić. Tymczasem sposób wyliczenia opłaty likwidacyjnej jest oderwany od ponoszonych przez zakład ubezpieczeń kosztów. Zauważyć bowiem trzeba, że opłata likwidacyjna stanowi iloczyn wskaźnika określonego w Tabeli opłat i limitów oraz składki zainwestowanej lub wartości rachunku, w zależności od tego która wartość jest mniejsza. Powyższe wskazuje, że opłata likwidacyjna została ustalona w sposób sztywny, jako opłata ryczałtowa, co oznacza, iż obiektywnie nie mogła mieć bezpośredniego związku z kosztami jakie miała ponosić strona pozwana w związku z zawarciem, wykonywaniem i rozwiązaniem umowy. Jednocześnie rzeczona opłata została ustalona na bardzo wysokim poziomie, który musi być poczytany, jako nieadekwatny i rażąco wygórowany.

Fakt oderwania wysokości opłaty likwidacyjnej od rzeczywiście poniesionych kosztów oraz mechanizm naliczania opłaty przemawiają, zdaniem Sądu, za przyjęciem, że celem wprowadzenia opłaty likwidacyjnej było wywarcie na konsumentach presji, w celu dalszego trwania w stosunku umownym, a nie zabezpieczenie własnych interesów poprzez minimalizację strat związanych z tym, że strona poniosła koszty licząc na długoletnie trwanie stosunku umownego. Opłata nie miała zatem charakteru kompensacyjnego, ale represyjny, stanowiąc swego rodzaju sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy (tak również na gruncie podobnych stanów faktycznych Sąd Najwyższy w wyroku z dnia

18 grudnia 2013 roku, I CSK 149/13, Legalis nr 75368, Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 13 czerwca 2017 roku, I ACa 96/17, Legalis nr 1674091 oraz Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 15 września 2017 roku, I ACa 983/16, Legalis nr 1683467).

W rezultacie, w drodze ostrożnej analogii można przyjąć, iż zakwestionowane postanowienie wzorca podpada pod dyspozycję art. 385<sup>3</sup> pkt 17 k.c. stanowiącego, że w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności nakładają na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego. Wprawdzie brak jest podstaw,



aby opłatę likwidacyjną traktować stricte jako odstępne w rozumieniu art. 396 k.c., jednak niewątpliwie wskazana opłata zbliża się do instytucji prawnej odstępnego i ma analogiczny do odstępnego charakter (tak Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia

26 czerwca 2012 roku, VI ACa 87/12, Legalis nr 740911). Nie można przy tym pominąć faktu, że przepis art. 830 § 1 k.c. zezwala ubezpieczającemu na wypowiedzenie umowy

w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub w ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku – ze skutkiem natychmiastowym. Jednocześnie przepis ten nie przewiduje nakładania jakichkolwiek sankcji na wypowiadającego umowę. Tym bardziej obwarowywanie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia sankcjami w postaci opłat likwidacyjnych nie znajduje prawnego uzasadnienia.

Niezależnie od powyższego, nawet w przypadku przyznania racji pozwanemu, że opłata likwidacyjna była rzeczywiście związana z poniesionymi przez pozwanego kosztami dystrybucji, wdrożenia i realizacją całkowitego wykupu i miała na celu jedynie pokrycie tych kosztów, to zdaniem sądu klauzula taka i tak byłaby niedozwolona. W ocenie Sądu koszty prowizji dla ubezpieczającego są wydatkami ponoszonymi w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej. Nie pozostają one w bezpośrednim związku z faktem rozwiązania umowy i w znacznej mierze dotyczą działalności strony pozwanej jako ubezpieczyciela, a nie jedynie umowy zawartej z powódką. Przyjęcie stanowiska strony pozwanej prowadziłoby do przerzucenia wysokiego ryzyka prowadzonej działalności gospodarczej na powoda. W przypadku rozwiązania umowy musiałby on bowiem ponieść nie tylko koszty związane z jej zakończeniem, ale również koszty jakie poniosła strona pozwana w celu zawarcia umowy jak i w trakcie jej trwania. Wyliczone przez stronę pozwaną koszty nie pozostają w żadnym związku z rozwiązaniem przedmiotowej umowy a w każdym razie jako takie nie zostały wykazane. Opieranie wysokości opłaty likwidacyjnej na wskazanych kosztach jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interesy konsumenta. Sąd nie zaprzecza, iż przedsiębiorca może stosować postanowienia wzorca umownego określające zasady odpowiedzialności finansowej konsumenta w przypadku wcześniejszego wypowiedzenia umowy, to jednak zasady tej odpowiedzialności muszą pozostawać w związku z kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 19 marca 2007 roku, III SK 21/06, OSNP z 2008 r. nr 11-12 poz. 181).

Ponadto gdyby powód wiedział, że z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia jako ubezpieczony, a nie ubezpieczający wiąże się ogromna prowizja, którą będzie musiał w przyszłości hipotetycznie spłacić z pewnością nie zdecydowałby się na zawarcie umowy poprzez pośrednika, ale bezpośrednio z pozwanym. Zatem ukrywanie przed konsumentem tego kosztu, a następnie obciążanie go nim należy zakwalifikować jako działanie sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszające interesy konsumenta.

Dodać również należy, że przedsiębiorca zawierający umowę z konsumentem nie powinien co do zasady przerzucać na konsumenta wszystkich ponoszonych przez siebie kosztów, w sytuacji gdy koszty te nie są kompensowane korzyściami osiąganymi przez konsumenta. Przedsiębiorca ma co oczywiste prawo do osiągnięcia zysku, ale zysk powinien być osiągnięty uczciwie, nie kosztem naruszenia interesów konsumenta przy wykorzystaniu jego słabszej pozycji kontraktowej. Gdyby strony Umowy miały jednakową pozycję negocjacyjną ubezpieczony z pewnością nie zgodziłby się na taki zapis Umowy, który pozbawiałby go dużej części przekazanych pozwanemu środków, przy jednoczesnym odniesieniu z tego faktu korzyści przez drugą stronę.

Ponadto zważyć należy, że istotny z punktu widzenia przedsiębiorcy jest zysk odnoszony z całej działalności gospodarczej, a nie z konkretnej umowy. Przedsiębiorca powinien zatem tak skalkulować warunki zawieranych przez siebie umów, aby niezależnie od zysków osiąganych na poszczególnych transakcjach całe przedsiębiorstwo przynosiło dochód. W przypadku poszczególnych umów chęć osiągnięcia zysku z umowy nie stanowi należytego usprawiedliwienia dla umieszczenia w nich postanowień kształtujących prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszających jego interesy.

Za abuzywnością klauzuli opłaty likwidacyjnej przemawia nie tylko jej prawny skutek, ale również sposób w jaki klauzula ta została wprowadzona do stosunku umownego.

Pozwany, nadając spornemu świadczeniu nazwę „opłata likwidacyjna”, wprowadzał konsumentów w błąd. Wykładnia językowa pojęcia „opłata likwidacyjna” jest bardzo wąska i dla typowego konsumenta oznacza, że będzie to tylko i wyłącznie koszt czynności związanych z likwidacją polisy a nie wszelkich działań pozwanej związanych z umową, w tym szczególnie koszt prowizji pośrednika.

Dokonując oceny abuzywności przedmiotowych postanowień umownych dotyczących opłaty likwidacyjnej można pomocniczo odwołać się także do orzecznictwa Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. W wyroku z dnia

7 października 2011 roku w sprawie o sygn. akt XVII Amc 1704/09 Sąd ten uznał za niedozwolone i zakazał wykorzystywania postanowienia, w którym wysokość opłaty likwidacyjnej, stanowiącej procent środków wypłacanych z subkonta składek regularnych, wynosiła w 1. i 2. roku 99 %, a następnie w kolejnych latach odpowiednio 80%, 70%, 60%, 50%, 40%, 30%, 20% i 10%. Wskazane postanowienie zostało następnie umieszczone w rejestrze postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone. Podobieństwo występujące pomiędzy postanowieniami stosowanymi przez stronę pozwaną a wskazanymi wyżej postanowieniami niedozwolonymi przemawia za przyjęciem, iż zapisy Rozdziału 8 ust. 3 Warunków Ubezpieczenia i Tabeli opłat i limitów stanowią niedozwolone postanowienia umowne. W obu przypadkach przewidziana wysokość opłaty likwidacyjnej jest bowiem wygórowana i nie znajduje jakiegokolwiek uzasadnienia faktycznego w tej konkretnej sprawie, w tym, w określonego rodzaju ekwiwalentnych świadczeniach.

Wyżej zaprezentowane rozumowanie w dużym stopniu odnosi się również do opłaty administracyjnej, której wysokość sąd uznał za abuzywną.

Zgodnie z Rozdziałem 8 ust. 3 Warunków Ubezpieczenia stanowi ona pokrycie kosztu zarządzania i administrowania ubezpieczeniem, kosztu zawarcia danego stosunku ubezpieczenia oraz stanowi wynagrodzenie ubezpieczyciela. Jak wcześniej wskazano taka opłata powinna jednak korelować z rzeczywiście ponoszonymi kosztami. W przypadku przedmiotowego ubezpieczenia cała aktywność ubezpieczyciela sprowadza się jednak tylko do nabywania kolejnych takich samych certyfikatów i ewidencjonowania ich na rachunku ubezpieczonego. W związku z tym trudno uznać, aby tak ograniczone obowiązki ubezpieczyciela uzasadniały pobieranie prawie 20 % od każdej bieżącej składki. Pojawia się bowiem pytanie, jaka musiałaby być opłata administracyjna, gdyby ubezpieczyciel aktywnie zarządzał funduszem, tj. analizował rynek i dokonywał bieżących decyzji o inwestowaniu w różnorodne aktywa w celu maksymalizacji zysku? Czy w opinii ubezpieczyciela zasadnym byłoby wtedy pobieranie opłaty w wysokości na przykład połowy z uiszczanych składek bieżących? Rozumowanie to wskazuje na oczywistą nadmierność pobieranej opłaty administracyjnej, jednakże jedynie w części przewyższającej opłatę za ryzyko, która i tak stanowi jednak tylko ok. 2,58 % opłaty administracyjnej.

Odnosnie do postanowienia ustalającego wartość początkową jednostki uczestnictwa na 200 zł, to jej abuzywność wynika z zupełnego oderwania tej kwoty od rzeczywistej wartości jednostek uczestnictwa. Dlatego też jak wskazuje powód, w kolejnych wycenach wartość jednostek uczestnictwa natychmiast spadała i to czasem w sposób drastyczny (k.9). przykłady te oraz okoliczności niniejszej sprawy wskazują, że wartość 200 zł za jednostkę uczestnictwa została przez pozwanego zawyżona, czego skutkiem było nabycie mniejszej ilości jednostek uczestnictwa niż zostało by nabyte, gdyby jednostki poddano standardowej wycenie jakiej dokonywał pozwany (ilość nabytych jednostek równała się ilorazowi Składki pierwszej i wartości jednostki uczestnictwa, więc im większa wartość jednostki uczestnictwa tym mniejsza ilość nabywanych jednostek – Rozdział 5 ust. 10 Warunków Ubezpieczenia). Efekt jest o tyle drastyczny, że Składka pierwsza stanowi aż 20 % całej składki, którą ubezpieczony uiszcza w trakcie trwania ubezpieczenia. Tym samym aż 20 % środków ubezpieczonego (a w przypadku wcześniejszego zakończenia ubezpieczenia odpowiednio więcej) zostało przez ubezpieczyciela lokowanych nieprawidłowo. Działanie takie z pewnością jest sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco przy tym naruszając interesy konsumenta.

Na koniec, jedynie ubocznie należy się odnieść na koniec do ewentualnego uchylenia się powoda od skutków prawnych oświadczenia woli o zawarciu Umowy ubezpieczenia złożonego pod wpływem błędu. W tym zakresie sąd uznał, że złożone przez powoda oświadczenie było nieskuteczne, ponieważ powód nie pozostawał w błędzie co do treści

Umowy ubezpieczenia. Z treści oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu wynika, że błąd powoda dotyczył niepoinformowania jej przez pracownika (...) SA o wysokości opłaty administracyjnej oraz o błędnym poinformowaniu, iż ubezpieczenie to ryzykowny produkt inwestycyjny, a nie bezpieczny produkt oszczędnościowy. Nawet gdyby dać wiarę tym twierdzeniom powoda, to i tak nie jest to przypadek błędu co do treści czynności prawnej. Informacja o charakterze danego produktu w ogóle nie składa się na treść czynności prawnej, którą to treść tworzą prawa i obowiązki stron. Z kolei w przypadku niepoinformowania powoda o wysokości opłaty likwidacyjnej nie może być mowy o pozostawianiu powoda w błędzie, jako że powód nie miał żadnego wyobrażenia o wysokości. Brak wyobrażenia o jakimś elemencie umowy jest zasadniczo różny od błędnego wyobrażeniem o nim. Gdyby powód został poinformowany, że z zawarciem Umowy nie wiążą się żadne koszty lub są one inne niż w rzeczywistości, to powód mógłby zasadnie powoływać się, że zawierając Umowę działał pod wpływem błędu. Jeśli jednak powód podpisał Umowę bez wcześniejszego zapoznania się choćby z Tabelą opłat lub bez skierowania do osoby pośredniczącej prośby o informację o wysokości opłat i innych kosztów, to tym samym powód wyraził niejako zgodę in blanco na wysokość kosztów określoną w Umowie, co wyklucza powoływanie się na błąd (por. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 kwietnia 2016 r., I ACa 1452/15).

Niezależnie od powyższego powód nie może powoływać się na błąd, ponieważ nie został on wywołany przez ubezpieczyciela, tylko, zgodnie z oświadczeniem powoda, przez ubezpieczającego, a w takiej sytuacji konieczne jest, aby adresat oświadczenia woli wiedział o błędzie lub mógł go z łatwością zauważyć (art. 84 §1 kc).

Zgodnie z art. 405 kc 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. Przepis ten stosuje się w szczególności do świadczenia nienależnego, tj. takiego, w którym ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył, albo jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty, albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia (art. 410§1 i 2 kc).

Skutkiem stwierdzenia nieważności zawartej przez powoda z pozwanym (...) SA jest uznanie, że spełnione przez powoda świadczenia nie miały oparcia w łączącej strony umowie (podobnie jak świadczenia spełniane przez pozwanego, jednak nie są one objęte niniejszym postępowaniem).

Powodowi przysługuje więc roszczenie o zwrot tych kwot w całości – w przypadku umowy (...) wysokość roszczenia odpowiada sumie wpłaconych składek – 197 132 zł, a w przypadku umowy (...) – 166 804 zł. Z pierwszej wierzytelności powód dochodził (s.2 pozwu) jedynie kwoty 70 996,76 zł (197 132 – 126 135,24 zł), a z drugiej 60 074,18 zł (166 804 – 106 729,82) – co łącznie daje kwotę 131 070,94 zł, którą należało zasądzić na rzecz powoda.

O odsetkach sąd orzekł na podstawie art. 481 kc i art. 455 kc, uznając, że terminem, w którym pozwany powinien spełnić świadczenie jest upływ 14 dni od doręczenia odpisu pozwu (a więc 29 stycznia 2019 roku). Odsetki należne są od dnia następnego. Przedprocesowe wezwanie do zapłaty z 21 maja 2018 roku oparte było o uchylenie się przez powoda od oświadczenia złożonego pod wpływem błędu, a ta podstawa roszczenia nie była zasadna.

Dłużnikiem jest przy tym tylko jeden z pozwanych, gdyż świadczenia spełniane były na jego rzecz.

Uznanie, że umowa jest nieważna, a w konsekwencji powodowi przysługuje wierzytelność wobec podmiotu, na rzecz którego spełniał świadczenia (i brak wątpliwości co do wypłacalności tego pozwanego), powoduje, że brak jest podstaw do przypisywania odpowiedzialności drugiemu z pozwanych, tj. (...) SA – bez względu na to, jak oceni się zachowanie pracownika tego podmiotu podczas oferowania produktu. Odpowiedzialność (...) SA mogłaby mieć charakter odszkodowawczy, tymczasem nie sposób przyjąć aby w dacie zamknięcia rozprawy w majątku powoda została wyrządzona szkoda, pomimo spełnienia przez niego nienależnego świadczenia. W miejsce spełnionego świadczenia w skład majątku powoda wchodzi bowiem wierzytelność o jego zwrot, której istnienie zostaje stwierdzone wyrokiem.

O kosztach procesu sąd orzekł na podstawie art. 98 kpc i art. 102 kpc. W pierwszej kolejności na rzecz powoda zasądzone od pozwanego, który przegrał sprawę zwrot poniesionych kosztów procesu obejmujących 6 554 zł opłaty, 17 zł opłaty skarbowej oraz 6 480 zł wynagrodzenia pełnomocnika – ustalonego w wysokości 120% stawki minimalnej z uwagi na wkład pełnomocnika w rozstrzygnięcie sprawy, obejmujący również czynności zmierzające do polubownego przeprocesowego załatwienia sprawy.

Na podstawie art. 102 kpc oddalony został wniosek drugiego z pozwanych o zasądzenie kosztów procesu. Uwzględnić bowiem należało, że oddalenie powództwa przeciwko (...) SA było przede wszystkim skutkiem przyjęcia, że zawarta umowa była nieważna, a nie uznaniem, że pozwany nie mógłby ponosić odpowiedzialności za szkodę.

W tych okolicznościach Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.